



ASSOCIAZIONE PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

**Domiciliarità  
e  
residenzialità  
per  
l'invecchiamento attivo**

**A cura di: Claudio Falasca**

**2017**



<b>Indice</b>	3
<b>1. Presentazione:</b> Enzo Costa - <i>Presidente AUSER</i>	7
<b>2. Introduzione:</b> Claudio Falasca	9
<b>3. Contenuto e nota tecnica di lettura</b>	11
3.1. Articolazione della ricerca	11
3.2. Riferimenti statistici	11
<b>4. SINTESI DELLA RICERCA</b>	13
<b>4.1. L'INVECCHIAMENTO</b>	13
4.1.1. Una prospettiva con cui cominciare e a fare i conti	13
4.1.2. I nuovi anziani	14
4.1.3. Recuperare il ritardo	14
<b>4.2. LA DOMICILIARITA'</b>	15
4.2.1. Le famiglie si indebitano	15
4.2.2. Cresce la domanda di assistenza ma le risorse per i servizi sono inadeguate	16
4.2.3. I comuni costretti a tagliare i servizi	17
4.2.4. Crolla la spesa per anziani	17
4.2.5. Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	18
4.2.6. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	18
4.2.7. Voucher, assegno di cura e buono socio sanitario	19
4.2.8. L' indennità di accompagnamento	20
4.2.9. Le badanti	21
4.2.10. La condizione abitativa	21
<b>4.3. LA RESIDENZIALITA'</b>	22
<b>4.3.1. I PRESIDI SOCIO RESIDENZIALI E SOCIO SANITARI</b>	22
4.3.1.1. L'offerta di posti letto nei presidi per tipologia di ospiti, funzione di protezione sociale e carattere di residenzialità	23
4.3.1.2. Forti squilibri territoriali nell'offerta di posti Letto	24
4.3.1.3. Posti letto per tipologia di ospiti	25
4.3.1.4. Posti letto per funzione di protezione sociale	25
4.3.1.5. Posti letto per carattere di residenzialità	25
<b>4.3.2. GLI ANZIANI OSPITI NEI PRESIDI</b>	25
4.3.2.1. Per genere	25
4.3.2.2. Per età	25
4.3.2.3. Autosufficienti e non	26
<b>4.3.3. ANZIANI AUTOSUFFICIENTI</b>	26
4.3.3.1. Per genere	26
4.3.3.2. Per età	26
4.3.3.3. Per funzione di protezione sociale	26
4.3.3.4. Per carattere di residenzialità	26
4.3.3.5. Per livello di assistenza sanitaria	26
<b>4.3.4. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI</b>	27
4.3.4.1. Per genere	27
4.3.4.2. Per età	27
4.3.4.3. Per funzione di protezione sociale	27

4.3.4.4.	Per carattere di residenzialità	27
4.3.4.5.	Per livello di assistenza sanitaria	27
4.3.5.	<b>LA GESTIONE DEI PRESIDII SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARI</b>	27
4.3.5.1.	Natura giuridica del titolare dei Presidii e soggetto gestore	27
4.3.5.2.	Finanziamenti pubblici	28
4.3.5.3.	Livello di assistenza sanitaria	28
4.3.5.4.	Il lavoro nei presidii	28
4.3.5.5.	Presenza di figure professionali	29
4.3.5.6.	Le liste di attesa	29
4.3.5.7.	Le rette	29
4.3.5.8.	Le carte dei servizi	30
4.3.5.9.	Comportamenti illeciti	30
5.	<b>LE PROPOSTE</b>	30
5.1.	<b>GLI INDIRIZZI POLITICI E CULTURALI PER UNA DOMICILIARITA E RESIDENZIALITA' A FAVORE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO</b>	30
5.1.1.	La vita degli anziani nella prospettiva dell'invecchiamento attivo.	31
5.1.2.	Una nuova idea di vecchiaia e di welfare	31
5.1.3.	Dare visibilità al welfare erogato dagli anziani	32
5.1.4.	I nuovi anziani	32
5.1.5.	La buona anzianità si costruisce per tempo	33
5.1.6.	Promuovere l'invecchiamento attivo	33
5.1.7.	Favorire la relazionalità come fondamento della cura della longevità care.	34
5.2.	<b>LE AZIONI PER UNA DOMICILIARITA E RESIDENZIALITA' A FAVORE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO</b>	34
5.2.1.	Rendere le città amiche degli anziani	34
5.2.2.	Adeguare il patrimonio immobiliare alle esigenze dell'invecchiamento attivo	35
5.2.3.	Qualificare i servizi della domiciliarità	37
5.2.3.1.	Garantire adeguate e stabili nel tempo agli enti territoriali	37
5.2.3.2.	Garantire efficaci i servizi di assistenza domiciliare ADI e SAD	38
5.2.3.3.	Impegno nella emersione del lavoro nero nel lavoro di cura	38
5.2.3.4.	Riconoscimento professionale, contrattuale e formazione.	38
5.2.3.5.	Rendere trasparente l'incontro tra domanda e offerta del lavoro di cura	39
5.2.3.6.	Istituire il fondo unico per la non autosufficienza	39
5.2.4.	Qualificare e ampliare l'offerta di residenzialità	40
5.2.4.1.	L'offerta di strutture residenziali	40
5.2.4.2.	Il modello	40
5.2.4.3.	La qualità	40
5.2.4.4.	L'equilibrio e la sostenibilità del sistema	41
6.	<b>RESIDENZIALITA' E DOMICILIARITA' PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO</b>	42
6.1.	<b>DINAMICHE DEMOGRAFICHE, NUOVI EQUILIBRI E PRIORITA' SOCIALI</b>	42
6.1.1.	Superare gli stereotipi	44
6.1.2.	I futuri pensionati	44
6.1.3.	La vita da "vecchi"	45
6.1.4.	Il tempo del lavoro	46

6.1.5.	I sistemi previdenziali	47
6.1.6.	Sistemi sanitari: non pronti per popolazioni sempre più anziane.	48
6.1.7.	Le città e le abitazioni	48
<b>6.2.</b>	<b>L'INVECCHIAMENTO IN ITALIA</b>	<b>50</b>
6.2.1.	Le conseguenze dell'invecchiamento	51
6.2.2.	La risposta delle famiglie all'insorgere della non autosufficienza	52
6.2.3.	Il modello italiano di assistenza alla non autosufficienza	53
<b>6.3.</b>	<b>LE RISORSE PER L'ASSISTENZA DI LUNGA DURATA – LONG TERM CARE</b>	<b>53</b>
6.3.1.	Cresce la domanda ma non aumentano i servizi assistenziali	54
6.3.2.	I comuni costretti a tagliare i servizi	57
6.3.3.	La spesa dei comuni per l'assistenza agli anziani.	59
<b>6.4.</b>	<b>LA DOMICILIARITA'</b>	<b>62</b>
6.4.1.	La qualità urbana	62
6.4.2.	La condizione abitativa	64
6.4.3.	L' indennità di accompagnamento	65
6.4.4.	Le badanti	68
6.4.5.	L'assistenza domiciliare integrata (ADI)	74
6.4.6.	Assistenza domiciliare socio assistenziale per anziani (SAD)	77
6.4.7.	Assistenza domiciliare voucher, assegno di cura e buono socio sanitario	79
<b>6.5.</b>	<b>LA RESIDENZIALITA'</b>	<b>81</b>
6.5.1.	<b>I PRESIDI SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARI</b>	<b>81</b>
6.5.1.1.	Le unità di servizio	85
6.5.2.	<b>L'OFFERTA DI POSTI LETTO NEI PRESIDI PER TIPOLOGIA DI OSPITI, FUNZIONE DI PROTEZIONE SOCIALE E CARATTERE DI RESIDENZIALITA'</b>	<b>86</b>
6.5.2.1.	Posti letto per tipologia di ospiti	89
6.5.2.2.	Funzione di protezione sociale	90
6.5.2.3.	Posti letto per carattere di residenzialità	92
6.5.3.	<b>GLI ANZIANI NEI PRESIDI</b>	<b>94</b>
6.5.3.1.	Gli anziani ospiti nei Presidi	94
6.5.3.2.	Gli anziani nei presidi per genere	96
6.5.3.3.	Anziani nei presidi per classi di età	98
6.5.3.3.1.	<i>Anziani tra 65 e 74 anni</i>	98
6.5.3.3.2.	<i>Anziani tra 75 e 79 anni</i>	100
6.5.3.3.3.	<i>Anziani tra 80 e 84 anni</i>	101
6.5.3.3.4.	<i>Anziani tra 85 anni e oltre</i>	102
6.5.3.4.	Anziani autosufficienti e non ospiti dei Presidi	103
6.5.4.	<b>ANZIANI AUTOSUFFICIENTI OSPITI NEI PRESIDI</b>	<b>109</b>
6.5.4.1.	Anziani autosufficienti per genere	111
6.5.4.2.	Anziani autosufficienti per classe di età	113
6.5.4.3.	Anziani autosufficienti per funzione di protezione sociale	120
6.5.4.4.	Anziani autosufficienti per carattere di residenzialità	127
6.5.4.5.	Anziani autosufficienti per livello di assistenza sanitaria	132
6.5.5.	<b>ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI OSPITI NEI PRESIDI</b>	<b>137</b>

6.5.5.1. Anziani non autosufficienti per genere	139
6.5.5.2. Anziani non autosufficienti per classi di età	142
6.5.5.3. Anziani non autosufficienti per funzione di protezione sociale	147
6.5.5.4. Anziani non autosufficienti per carattere di residenzialità	152
6.5.5.5. Anziani non autosufficienti per livello di assistenza sanitaria	156
<b>6.5.6. LA GESTIONE DEI PRESIDI</b>	<b>162</b>
6.5.6.1. Natura giuridica del titolare dei Presidi	162
6.5.6.2. Posti letto operativi nei Presidi per tipo di gestore	165
6.5.6.3. Finanziamento pubblico	167
6.5.6.4. Il lavoro nei presidi	170
6.5.6.5. La presenza di figure professionali nei Presidi	175
6.5.6.6. Liste di attesa	177
6.5.6.7. Le rette	177
6.5.6.8. Le carte dei servizi	180
6.5.6.9. I comportamenti illeciti nei Presidi	181
<b>BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE</b>	<b>186</b>

## **1. Presentazione: Enzo Costa - *Presidente AUSER***

Questa importante ricerca completa un percorso che racchiude l'intero mandato che l'attuale presidenza ha avuto all'ultimo congresso Auser.

Siamo partiti con la ridefinizione del "Progetto Sociale dell'Auser", abbiamo lanciato la nuova campagna di Comunicazione ridefinendo la centralità della azione dell'Auser, ci siamo interrogati sull'efficienza del nostro modello organizzativo apportando gli opportuni correttivi, abbiamo evidenziato le buone pratiche che quotidianamente riusciamo a realizzare, sottolineato l'importanza della formazione nell'età adulta rivendicandone il riconoscimento di un diritto, abbiamo centrato il nostro lavoro sulle politiche dell'invecchiamento attivo rivendicando anche uno strumento legislativo nazionale, abbiamo contribuito a rilanciare il lavoro sull'housing sociale attraverso la riorganizzazione di "Abitare Anziani", ci siamo interessati di vaccinazioni, farmaci equivalenti, contrasto al gioco d'azzardo e di buona e sana alimentazione per gli anziani realizzando una importante ricerca con lo SPI..

Abbiamo lavorato anche per affermare il nostro ruolo in campo internazionale, e nello specifico in Europa, rafforzando i rapporti con Solidar e dotandoci, per la prima volta, di strumenti di comunicazione tradotti anche in inglese.

Tutte azioni che hanno un obiettivo comune: affermare che l'invecchiamento attivo rappresenta il fronte operativo principale per la nostra organizzazione.

Questo studio raccoglie tutti i dati e le proposte che servono per evidenziare quanto la nostra intuizione sia una delle grandi questioni che la società di oggi, ma soprattutto del futuro, dovrà porsi.

Il cambiamento demografico modifica il profilo e i bisogni delle comunità, non accorgersi di questo è impossibile e allo stesso tempo terribile.

Garantire una qualità della vita dignitosa a tutti i cittadini è un obiettivo che se non affrontato per tempo rischia di diventare un'emergenza irrisolvibile.

La ricerca che il nostro preziosissimo Claudio Falasca ha prodotto si intreccia quindi con i nostri lavori e le nostre riflessioni congressuali, ci aiuta a ridefinire i nostri obiettivi congressuali e, poiché la renderemo disponibile a tutti attraverso la nostra piattaforma digitale, sono certo che contribuirà anche a sviluppare quel percorso culturale che ogni cambiamento necessita.

La ricerca inoltre è particolarmente completa in quanto non si limita ad analizzare tutti i dati statistici disponibili rielaborandoli e facendo emergere spunti utili a tante riflessioni di carattere sociale e sanitario, ma arriva a formulare delle proposte concrete che danno indirizzi politici e culturali precisi per favorire una domiciliarità e residenzialità a favore dell'invecchiamento attivo, ridisegnando regole e suggerimenti per una società che cambia nella sua composizione demografica e che necessariamente deve cambiare nel suo modo di essere organizzata e di erogare servizi o sussidi finanziari.

Praticamente si evidenziano i tratti del possibile nuovo welfare di cui questo paese ha bisogno, almeno per quanto riguarda la qualità della vita delle persone adulte, si propone sostanzialmente una nuova idea di vecchiaia e di welfare fino ad arrivare ad affrontare la nuova

organizzazione delle città proponendo anche delle utili regole come: integrare, facilitare, anticipare, rispettare, proteggere, promuovere.

Per arrivare infine ad affrontare i temi della riqualificazione del patrimonio immobiliare, dei servizi della assistenza domiciliare ADI e SAD, il lavoro di cura, l'istituzione del fondo unico per la non autosufficienza e la proposta di ampliamento dell'offerta di residenzialità ridefinendone il modello e la qualità.

Lo studio si interroga infine sull'equilibrio e la sostenibilità del sistema proposto affrontando il tema della spesa pubblica e privata.

Il risultato è un contributo importante per arrivare alla realizzazione di un efficace sistema di cura a lungo termine (*long term care*) che proietta la figura dell'anziano in una nuova dimensione con un ruolo economico e sociale, sia all'interno della famiglia che del contesto sociale, che cambia integralmente l'attuale paradigma e lo presenta come una possibile risorsa a disposizione dell'intera comunità.



## 2. Introduzione: Claudio Falasca

L'obiettivo della ricerca è la ricostruzione del quadro delle principali misure di sostegno a favore degli anziani non autosufficienti, in quanto punto critico della più generale condizione anziana, al fine di individuare le possibili azioni necessarie a realizzare un più efficace sistema di cura a lungo termine (*long term care*). Questo tenendo conto: delle prospettive demografiche del Paese; degli effetti della crisi economica e finanziaria sulle politiche di welfare a livello nazionale e locale; dei mutamenti nel ruolo economico e sociale degli anziani in ambito familiare e comunitario; della maturazione di una percezione nuova dell'invecchiamento che induce a considerare gli anziani non più un costo, in particolare sanitario, ma una risorsa a disposizione dell'intera comunità. In sintesi un sistema di cura di lunga durata in una prospettiva di invecchiamento attivo.

La ricerca si sviluppa a partire dal dato che l'Italia è tra i paesi dell'Unione Europea e dell'OCSE con le più alte aspettative di vita. Questo ha indotto e induce nel sentire comune, avvalorato anche dal BES<sup>1</sup>, a ritenere la situazione nazionale mediamente in termini positivi in quanto l'indice di longevità viene giustamente considerato un indicatore sintetico di una discreta qualità della vita derivante da un insieme positivo di fattori, non ultimi quelli alimentari e sanitari. E' questa una comprensibile e condivisibile visione ottimistica che però, ad oggi, ad eccezione delle polemiche sulla sostenibilità del sistema previdenziale e sulle presunte responsabilità degli anziani nei ritardi nel "rinnovamento" del Paese, ancora non è considerato un problema con cui fare i conti per le conseguenze più complessive che ne deriveranno nel tempo.

Ad un esame più attento, infatti, ben serie e rilevanti sono le implicazioni culturali, sociali, economiche che deriveranno dalla progressiva crescita della popolazione anziana sul complesso della popolazione, soprattutto se questa avviene in un contesto caratterizzato da bassi tassi di crescita demografica e di stagnazione o peggioramento della situazione economica.

Nel recente passato per far fronte alle nuove esigenze derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dalla progressiva crescita degli anziani non autosufficienti, due sono stati le risposte, anche come conseguenza dei mutamenti intervenuti all'interno e all'esterno dei nuclei familiari. La prima è stata quella della "domiciliarità" con un ruolo centrale delle famiglie, supportato da risorse e servizi pubblici di sostegno. La seconda è stata quella della "residenzialità" fondata sulla rete territoriale di presidi socio sanitari e socio assistenziali.

Nei fatti, i numeri stanno a testimoniarlo, sono state le famiglie che si sono in qualche modo inventate quello che potremmo chiamare una sorta di "modello italiano di sostegno alla non autosufficienza" incardinato sulla esternalizzazione del servizio di cura dall'ambito domestico alla figura del "badante". Questo modello, fino ad oggi tutto sommato a basso costo e ad alto valore, è stato possibile grazie alla copresenza di alcune condizioni reddituali e di contesto.

---

<sup>1</sup> **Benessere Equo e Sostenibile (BES):** L'Istat insieme ai rappresentanti delle parti sociali e della società civile, ha sviluppato un approccio multidimensionale per misurare il "benessere equo e sostenibile" (BES) che integra l'indicatore dell'attività economica, il Pil, con misure delle fondamentali dimensioni sociali e ambientali del benessere, e con misure di disegualianza e sostenibilità economica, sociale e ambientale.

Oggi queste condizioni stanno mutando rapidamente: gli effetti della crisi stanno colpendo duramente tanto i redditi familiari, quanto le risorse che i comuni dedicano all'assistenza sociale; il crescente numero di anziani che vivono soli in abitazioni che, se pur di proprietà, sono spesso profondamente inadeguate alle loro esigenze; la crescente presa di coscienza da parte di lavoratori e lavoratrici *"badanti"* del ruolo che hanno assunto. Tutto questo sta facendo venir meno quelle convenienze su cui si fondava l'esternalizzazione del servizio di cura.

L'altra risposta, quella della residenzialità fondata sulla rete dei presidi socio sanitari e socio assistenziali, per un insieme di circostanze manifesta seri segni di inadeguatezza. Anch'essa, colpita dalla crisi, si sta dimostrando insufficiente per consistenza dei servizi che è in grado di offrire, profondamente squilibrata territorialmente, sempre più costosa per le famiglie, pesante per le risorse pubbliche, con livelli di gradimento mediamente critico, con frequenti fenomeni di cattiva gestione e, cosa ancora più grave, di maltrattamento degli ospiti anziani.

Nell'uno e nell'altro caso ha risentirne in modo diretto sono gli anziani e le famiglie che stanno reagendo reinternalizzando il servizio in ambito familiare con le immaginabili conseguenze, in particolare sulle donne lavoratrici costrette, ancora una volta, a dover scegliere tra il prodigarsi in una pluralità logorante di ruoli o rinunciare al lavoro. Più in generale è l'intero corpo sociale a soffrire degli elementi di rigidità che derivano dalla incapacità di valorizzare una sua componente sempre più importante.

In sostanza il modello italiano di sostegno alla non autosufficienza degli anziani sta manifestando forti limiti di inadeguatezza. Non si tratta solo di limiti congiunturali derivanti dalla crisi economica e finanziaria che, una volta superata, potranno consentire di realizzare un soddisfacente sistema di cura di lunga durata destinando ad esso adeguate risorse.

Il quadro che emerge dalla ricerca dimostra che ci troviamo di fronte a seri problemi di carattere strutturale che coinvolgono, sotto vari profili, le diverse dimensioni della vita collettiva. Soluzioni adeguate sono possibili a condizione che la cura di lunga durata degli anziani non autosufficienti venga collocata nel quadro di una complessiva politica a favore dell'invecchiamento attivo. Non prenderne pienamente coscienza significherebbe rendere insostenibili socialmente e economicamente le conseguenze della crescente longevità.

### **3. Contenuto e nota tecnica di lettura**

#### **3.1. ARTICOLAZIONE DELLA RICERCA**

La ricerca si articola in quattro parti. La prima è relativa alle previsioni di invecchiamento della popolazione e all'insorgere di un diverso quadro di priorità sociali che, per essere pienamente compreso, richiede il superamento di alcuni stereotipi culturali profondamente radicati nel sentire comune. In particolare l'idea che una volta pensionate le persone siano solo un costo e non una risorsa che ancora può dare molto alla famiglia e alla comunità.

Per lo scenario internazionale i riferimenti sono i recenti studi dell'OCSE dove viene approfondito il tema della longevità e le sue conseguenze sui sistemi economici e sociali. Per lo scenario nazionale i riferimenti sono le previsioni dell'ISTAT sulla longevità in Italia, l'insorgere della non autosufficienza come vera porta di accesso alla vecchiaia, la specificità della risposta italiana di assistenza alla non autosufficienza

La seconda parte è relativa al quadro delle risorse che il Paese dedica alle politiche di cura di lunga durata per la non autosufficienza a livello nazionale e locale. I riferimenti sono le rilevazioni ISTAT sulla spesa per l'assistenza da cui emerge chiaramente come, anche per effetto della crisi, a fronte di una crescente domanda si riducono le risorse ed i comuni sono costretti a tagliare i servizi.

La terza parte è dedicata alla domiciliarità nelle sue diverse componenti. Con riferimento alle indagini dell'ISTAT e dell'INPS vengono analizzate le varie forme di assistenza alla domiciliarità; la consistenza ed estensione delle indennità di accompagnamento; il ruolo che lavoratrici e lavoratori svolgono nei servizi di assistenza domiciliare agli anziani (badanti) con attenzione alla evoluzione del fenomeno e ai suoi elementi di problematicità. Con riferimento alla ricerca di AeA viene analizzata la condizione abitativa degli anziani.

La quarta parte esamina il sistema dei presidi socio sanitari e socio assistenziali. L'esame, sulla base della ricerca ISTAT del 2015, è condotto a più livelli: il sistema in quanto tale e nella sua distribuzione territoriale; l'offerta di posti letto per tipologia di ospiti, carattere di residenzialità e funzione di protezione sociale; gli anziani ospiti nei presidi, distinti in autosufficienti e non autosufficienti, prendendo in considerazione classi di età, genere, e ragioni del loro ricorso al presidio; la gestione dei presidi con riferimento al profilo giuridico, alla presenza di finanziamenti pubblici, al lavoro e figure professionali, alle liste di attesa e rette, alle carte dei servizi e ai comportamenti illeciti con riferimento al recente rapporto dei NAS.

Per facilitare la lettura della ricerca la parte analitica è preceduta da un capitolo di sintesi subito seguito dalle azioni che AUSER propone come necessarie per realizzare nel nostro Paese un sistema di cura di lunga durata per la non autosufficienza nel quadro di una politica a favore dell'invecchiamento attivo. Nella sintesi e nelle proposte vengono riprese integralmente tabelle e grafici della parte analitica della ricerca.

#### **3.2. RIFERIMENTI STATISTICI**

La ricerca è svolta con riferimento rigoroso a informazioni statistiche ufficiali nel quinquennio 2009 - 2013. Questa è la copertura statistica abbastanza omogenea garantita tanto

da ISTAT quanto dall'INPS. In alcuni casi, in effetti molto pochi, vengono riportati dati aggiornati al 2015. I livelli di analisi, ad eccezione del capitolo sulla longevità in area OCSE, sono quello nazionale, di area geografica e di regione. Nei casi di assenza di fonti statistiche ufficiali la ricerca assume a riferimento studi, ricerche, approfondimenti dei principali centri di elaborazione sulla longevità e sulla cura di lunga durata quali: Ministero della salute, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, CNEL, AUSER, AeA, Network nazionale per l'invecchiamento, Italia Longeva, CENSIS, 50&Più, Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, Assoprevidenza, Itinerari Previdenziali, ADUC e Caritas Italiana.

## 4. SINTESI DELLA RICERCA

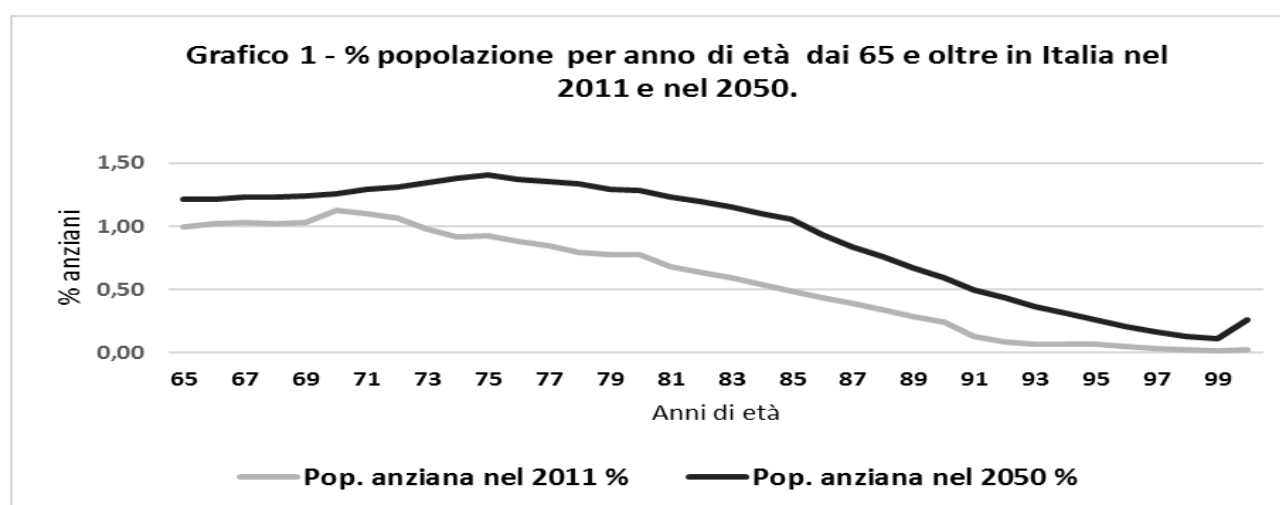
### 4.1. L'INVECCHIAMENTO

#### 4.1.1. Una prospettiva con cui cominciare e a fare i conti

Il pianeta sarà sempre più popolato da anziani e il cambiamento è già sotto i nostri occhi. In Italia nel 2011 le persone con più di 65 anni erano 12.171.292, il 20,5% del totale della popolazione. Già oggi, secondo i recenti dati EUROSTAT, siamo il paese europeo più vecchio: il 21,4% ha più di 65 anni, rispetto a una media UE del 18,5%, e il 6,4% ne ha più di 80, contro una media di 5,1%. Nel 2050 l'ISTAT prevede che gli anziani saranno 21.775.809, il 34,3% della popolazione. Si passerà da un rapporto 1 a 5 a un rapporto 1 a 3 (Grafico 1).

Una prospettiva che non interessa solo l'Italia. In tutto il mondo si contano 868 milioni di persone ultrasessantenni, pari al 12% della popolazione, con proiezioni che si spingono verso i 2,4 miliardi per il 2050, quando 21 persone su 100 avranno più di 60 anni.

Il risultato sarà che nel mondo ci saranno più ultra sessantenni che ragazzi sotto i 16 anni: cosa che accade per la prima volta nella storia dell'umanità. Uno scenario dalle inedite implicazioni sociali ed economiche che richiede, già oggi, come sollecita l'OCSE<sup>2</sup>, uno straordinario impegno politico e culturale nella elaborazione di una nuova idea del corso di vita delle persone capace di superare stereotipi desueti ed a cui adeguare i tempi del lavoro e del tempo libero, i sistemi previdenziali e sanitari, le politiche abitative e urbane.



Elaborazione Auser su dati OCSE

Per comprendere pienamente la dimensione del problema la Ragioneria Generale dello Stato<sup>3</sup> valuta che, nelle previsioni dello scenario nazionale base, la spesa per l'assistenza di lunga durata passerà dall' 1,9% del PIL nel 2015 al 3,2% del PIL nel 2060.

<sup>2</sup> OCSE – Ageing: debate the issues – 2015 – Rapporto dell'OCSE sull'invecchiamento della popolazione a livello globale.

<sup>3</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario – Rapporto n. 17 - 2016

#### 4.1.2. I nuovi anziani

I “nuovi anziani” sono per lo più persone in buona salute, tuttavia invecchiando andranno inevitabilmente incontro a malattie croniche che incideranno non poco sul sistema sanitario.

L’ISTAT<sup>4</sup> stima che nel 2013 circa 2,5 milioni di anziani fossero afflitti da limitazioni funzionali (Tab.1), con picchi significativi nel Sud (Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e tassi più bassi nel Nord Italia. In particolare le limitazioni più frequenti ovunque sono quelle delle attività nella vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL) che interessa 1,6 milioni di anziani, con tasso nazionale del 12,8%), a seguire quelle relative al movimento che interessa 1,3 milioni, con un tasso del 10,2% e al confinamento che interessa 1,2 milioni con un tasso del 9,4%.

<b>Tab. 1 - Anziani per tipo di limitazioni funzionali. Valori % 2013</b>					
	Con limitazioni funzionali	Tipo di limitazione funzionale			
		Confinamento	Limitazioni nelle funzioni	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista, udito, parola
Italia	<b>19,8</b>	<b>9,4</b>	<b>12,8</b>	<b>10,2</b>	<b>5,2</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Comprensibilmente questo scenario si estenderà con il progredire del livello di longevità. Farvi fronte richiede indubbiamente un deciso cambio di direzione che sposti il centro dell’attenzione nell’azione di assistenza dalla cura in acuto al numero sempre maggiore di pazienti cronici.

#### 4.1.2. Recuperare il ritardo

L’Italia appare ancora in ritardo nel maturare un proprio sistema di assistenza a lungo termine (Long term care – LTC) rivolto agli anziani con particolare riferimento alla non autosufficienza.

Il modello italiano di assistenza si caratterizza per la copresenza di due linee di azione: la “domiciliarità” e la “residenzialità”. La prima si fonda sulla convinzione profondamente radicata e diffusa nella cultura comune che per le persone anziane rimanere in casa propria è sempre e comunque la soluzione migliore. La seconda linea, quella della residenzialità, è costituita da quell’insieme di strutture (presidi) pubblici e o privati in cui le persone anziane bisognose di assistenza vengono ospitate anche a tempo indefinito.

Il confronto quantitativo tra le due linee di azione vede decisamente favorita la domiciliarità a cui ricorrono circa 2,5 milioni di anziani, mentre nelle strutture per la residenzialità trovano assistenza poco più di 278.000 di anziani autosufficienti e non nel 2013.

Tuttavia tanto l’una quanto l’altra linea di azione manifestano gravi limiti di inadeguatezza. Quantitativa di carattere strutturale derivante dalla progressiva crescita dei longevi e di carattere

<sup>4</sup> ISTAT – Condizioni di salute, condizioni di rischio e prevenzione- 2014. L’indagine è stata realizzata su un campione ampliato grazie al sostegno del Ministero della Salute e delle regioni per produrre stime a livello regionale e sub-regionale, per un totale complessivo di circa 120 mila rispondenti.

congiunturale per gli effetti della crisi sui redditi familiari e sulle finanze pubbliche. Qualitativa come conseguenza della incapacità dell'attuale modello di assistenza di corrispondere alle domande che esprimono i nuovi anziani.

#### **4.2. LA DOMICILIARITA'**

Il sistema si è retto finora per buona parte sul contributo delle famiglie dei non autosufficienti: secondo l'ISTAT<sup>5</sup> in Italia ci sono circa 3,3 milioni di caregiver familiari, l'8,6% della popolazione italiana adulta, che si prende cura di adulti anziani, malati e disabili.

In prospettiva, a causa delle demografiche, si prevedono crescenti difficoltà innanzitutto per l'aumento previsto di popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura a cui non potrà corrispondere un adeguato numero di caregiver familiari<sup>6</sup>, ma anche perché stanno cambiando le condizioni di contesto per il venir meno di quelle convenienze su cui si fondava l'esternalizzazione del servizio. In particolare: per gli effetti della crisi che hanno colpito duramente tanto i redditi familiari, in non poche province risulta in crescita il numero di cittadini anziani in condizioni di indebitamento e di disagio sociale determinate da redditi scarsi, quanto le risorse che i comuni dedicano all'assistenza sociale; per il crescente numero di anziani che vivono soli in abitazioni che, se pur di proprietà, sono spesso profondamente inadeguate alle loro esigenze; per la crescente presa di coscienza da parte di lavoratori e lavoratrici "badanti" del ruolo che hanno assunto.

##### **4.2.1. Le famiglie si indebitano**

La definitiva revisione dei parametri dell'ISEE<sup>7</sup> nel novembre 2014 ha determinato nuovi livelli di detrazione fiscale per le persone non autosufficienti e l'equiparazione di alcune prestazioni assistenziali (quali ad esempio la pensione di invalidità civile e l'indennità di accompagnamento) a veri e propri redditi che contribuiscono ad alzare l'indicatore. La conseguenza di tale provvedimento è stata quella di costringere le famiglie a pagare quote più elevate di compartecipazione alle spese per sanità e servizi sociali locali intaccando la capacità di spesa dei longevi e dei familiari.

Non sorprende che, secondo il CENSIS<sup>8</sup>, siano oltre 561 mila le famiglie che per pagare l'assistenza ad un non autosufficiente hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi o vendere l'abitazione (anche in nuda proprietà) o indebitarsi. Tanto più che da sempre il finanziamento del costo dell'assistenza a familiari non autosufficienti ha richiesto uno sforzo economico diffuso nelle reti familiari con quasi 910 mila famiglie in cui più membri si sono tassati per contribuire a pagare tale assistenza.

---

<sup>5</sup> ISTAT - La conciliazione tra lavoro e famiglia – 2011

<sup>6</sup> Applicando all'Italia l'indicatore *Oldest Support Ratio* (OSR), definito come rapporto tra la popolazione appartenente alla classe 50-74 anni e la classe over-85 e cioè il numero di persone potenzialmente in grado di garantire cure informali per ciascuna persona over-85, l'indicatore si è ridotto nel periodo 1982-2015 da 40,5 a meno di 10 unità, un valore che scende al di sotto delle 5 unità se il calcolo viene effettuato solo per la componente femminile della popolazione.

<sup>7</sup> ISEE: è l'indicatore della situazione economica equivalente. L'attestazione contenente l'indicatore ISEE consente ai cittadini di accedere, a condizioni agevolate, alle prestazioni sociali o ai servizi di pubblica utilità.

<sup>8</sup> CENSIS - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

#### 4.2.2. Cresce la domanda di assistenza, ma le risorse per i servizi sono inadeguate

Per la prima volta nella storia del Paese la copertura dei servizi e degli interventi per anziani non autosufficienti presenta tutti segni meno: in tutti i servizi sono diminuiti gli anziani presi in carico, nonostante cresca il numero di anziani non autosufficienti; gli utenti ospiti di strutture residenziali fra il 2009 e il 2013 sono diminuiti del 9,1%; quelli che hanno l'indennità di accompagnamento sono scesi dal 12,6% del 2011 al 12,0 del 2013. La spesa per servizi sociali per anziani di regioni e comuni dal 2009 al 2013 è diminuita del 7,9%.

Il Fondo nazionale per le politiche sociali<sup>9</sup>, il principale canale di finanziamento, con i continui tagli, che hanno raggiunto anche livelli del 30-40% annuo, è stato fortemente ridimensionato dalle leggi finanziarie annuali fino a raggiungere nel 2012 valore solo simbolico (Tab. 2). Nel 2016 la dotazione del fondo è del 78% in meno di quella che aveva nel 2009. Ciò significa per gli enti locali la scomparsa di una fonte di finanziamento che contribuisce per il 12,1% alla spesa sociale.

<b>Tab. 2 – Risorse per il Fondo Nazionale per le Politiche sociali (FNPS) 2009 - 2016.</b>								
<b>Valori in milioni di euro.</b>								
Anno	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fondi	<b>1420</b>	<b>435</b>	<b>218</b>	<b>43</b>	<b>344</b>	<b>297,5</b>	<b>313</b>	<b>312</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

E' sicuramente positivo che nel 2015 il Fondo nazionale per le non autosufficienze<sup>10</sup>, dopo aver subito tagli pesantissimi nel biennio 2011-2012, durante i quali è stato quasi azzerato, sia tornato ad avere una dotazione di 400 milioni di euro. Si tratta, infatti, della principale risorsa per enti locali a cui attingere per finanziare interventi sociali e socio-sanitari nella comunità, compresi i servizi di assistenza domiciliare, assegni di cura, servizi di prossimità e teleassistenza, solo per citarne alcuni.

Con le recenti leggi di stabilità si sta progressivamente recuperando il livello dei fondi stanziati nel 2009 (Tab. 3), ma nonostante questi reintegri i fondi statali restano nettamente inferiori al fabbisogno. Da sottolineare, inoltre, che il rifinanziamento ha carattere esclusivamente annuale, mentre per gli anni successivi permane la situazione di incertezza sui fondi disponibili.

<b>Tab. 3 - Fondi per le politiche sociali delle Regioni dal 2009 - 2013.</b>					
<b>Valori in milioni di euro</b>					
Anno	2009	2010	2011	2012	2013
Fondi	<b>1155</b>	<b>897</b>	<b>303</b>	<b>70</b>	<b>575</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

<sup>9</sup> **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS):** è la fonte nazionale di finanziamento degli interventi di assistenza alle persone e alle famiglie, così come previsto dalla Legge quadro di riforma dell'assistenza 328/2000.

<sup>10</sup> **Fondo per la non autosufficienza:** Il Fondo è stato istituito dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) ed è finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti.

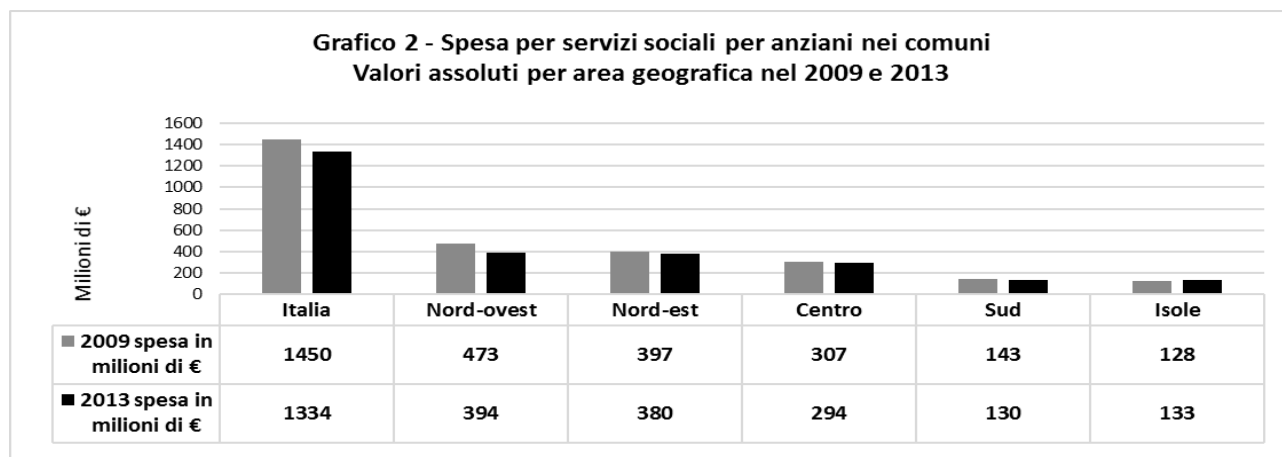


### 4.2.3. I comuni costretti a tagliare i servizi

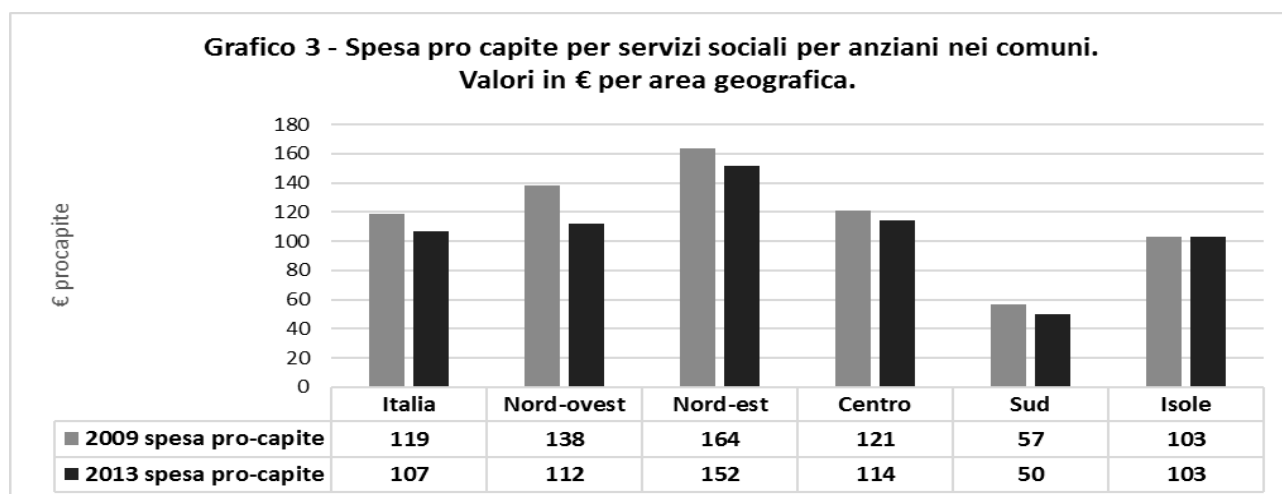
La spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati nel 2009 e 2013 ha subito una diminuzione complessiva dell'1,4%. Nelle regioni del Nord ovest si è ridotta del 7,3%, dell'1,4% nel Nord est: la somma della spesa delle due aree nel 2013 è il 54,7% del totale nazionale (56,5% nel 2009). Nel Centro e nelle Isole è aumentata del 6%, mentre è diminuita del 7,5 nel Meridione. Cifre che tradotte in valori pro capite significano come media nazionale il passaggio da 118 a 107 € dal 2009 al 2013, ma con una enorme variabilità tra le diverse aree che va dai 159€ pro capite nel Nord est ai 51€ nel Meridione: una differenza di 3 a 1.

### 4.2.4. Crolla la spesa per anziani

Se la spesa complessiva per i servizi sociali degli enti territoriali si è contratta nel quinquennio 2009 - 13 dell'1,4%, quella destinata agli anziani ha subito una ben più drastica riduzione dell'8% (Grafico 2). Ad eccezione delle Isole, dove è aumentata del 4%, nelle restanti aree è diminuita ovunque: del 16,7% nel Nord ovest, del 4,3% nel Nord est, del 4% nel Centro, del 9,1% nel Meridione. Nello stesso periodo i valori pro capite della spesa per anziani sono scesi a livello nazionale da 119 a 107€, passando dai valori massimi del Nord est di 164€ ai valori minimi del Meridione di 50€ (Grafico 3).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



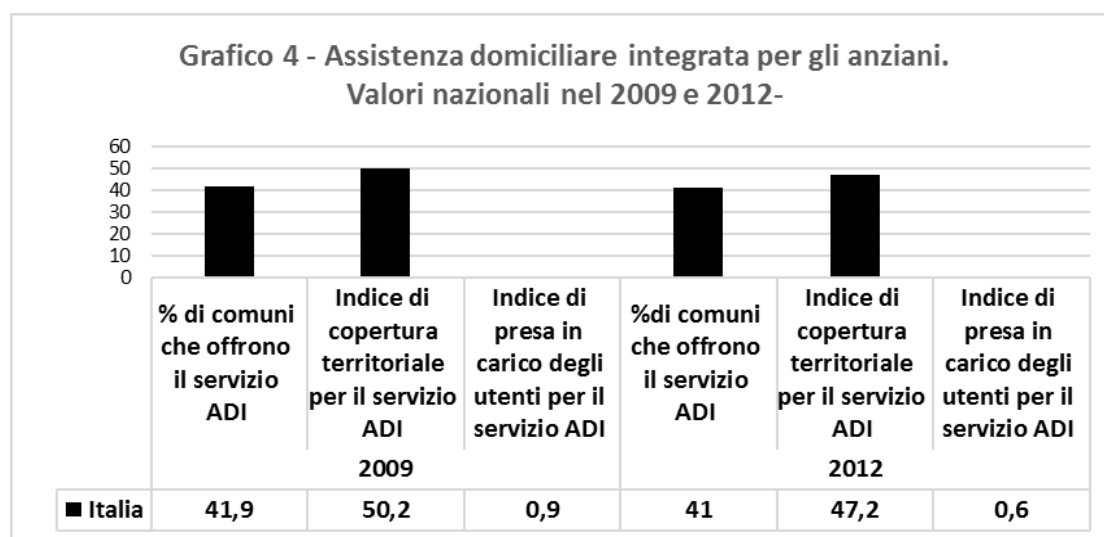
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 4.2.5. Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)<sup>11</sup>

A livello nazionale i comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare integrata nel periodo 2009-13 sono passati dal 41,9% al 41%. Nel Nord ovest l'offerta del servizio aumenta dal 38,5 a 43,4% dei comuni, nel Nord est c'è una contrazione netta del numero dei comuni passando dal 73,8% al 54,8%, anche nel centro diminuiscono dal 51,7% al 43,3%. Nel Meridione i comuni aumentano dal 32,4 al 37,4%, lo stesso nelle isole dal 7,8 al 10,3% (Grafico 4).

L'indice di copertura territoriale del servizio a livello nazionale diminuisce nel quinquennio dal 50,2 al 47,2. Diminuisce nel Nord ovest dal 37,9 al 36,7, più drasticamente nel Nord est dal 73,5 al 58,3, lo stesso nel centro nel Centro dal 68,9 al 63,4, aumenta sensibilmente nel Meridione da 39,1 a 52,3 mentre si dimezza nelle isole dal 24,5 a 13.

L'indice di presa in carico diminuisce a livello nazionale dallo 0,9 allo 0,6. Nelle aree geografiche l'indice diminuisce in tutte quelle del Nord mentre rimane costante nel resto del Paese



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 4.2.6. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)<sup>12</sup>

Nel quinquennio 2009-13 i comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare agli anziani diminuiscono passando a livello nazionale dall'86,3 all'85,7% (Grafico 5).

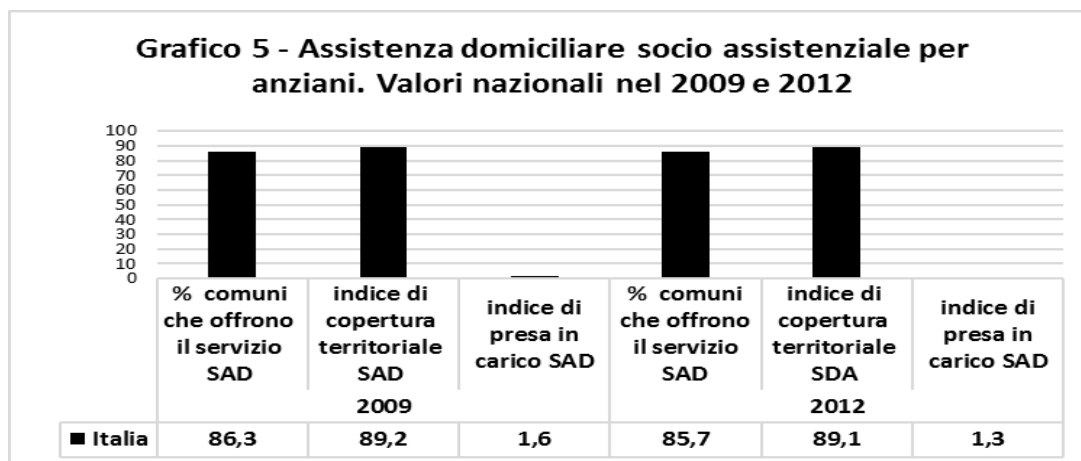
Nelle diverse aree geografiche l'offerta del servizio diminuisce in tutte con l'eccezione del centro e delle Isole. Nel Nord ovest l'offerta diminuisce passando dal 91,3 all'89,9%, nel Nord est dal 94 al 90,8%, nel Meridione 74,9 al 72,2, nel Centro invece aumenta dall'83,2 all'83,7 e nelle Isole dall'82,9 all'84,7%.

<sup>11</sup> **Assistenza domiciliare integrata (ADI):** indica il sistema di interventi e servizi sanitari offerti presso il domicilio dell'assistito. Vedi anche definizioni.

<sup>12</sup> **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD):** indica quel complesso di servizi socio-assistenziali erogati dai comuni nel proprio territorio a favore della popolazione anziana. Vedi anche definizioni.

Riguardo all'indice di copertura territoriale del servizio abbiamo una leggera diminuzione a livello nazionale passando dal 89,2 a 89,1. Nelle aree geografiche diminuisce nelle aree del Nord, del Centro e nelle Isole, aumenta di 6 punti nel Meridione passando dal 75,4 all'81,6.

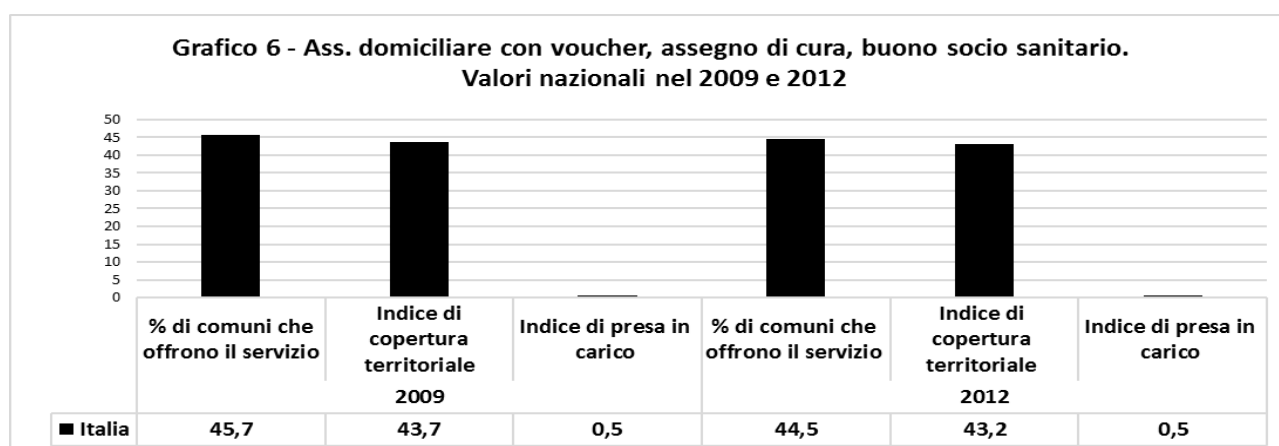
Relativamente all'indice di presa in carico diminuisce sia a livello nazionale da 1,6 a 1,3 e sia in tutte le aree geografiche. Lo stesso nelle regioni con l'unica eccezione del Friuli Venezia Giulia dove aumenta dal 2,2 al 2,3.



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 4.2.7. Voucher, assegno di cura e buono socio sanitario

A livello nazionale la percentuale dei comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare agli anziani per mezzo di voucher, assegni di cura e buoni socio sanitario nel 2013 sono lo 0,5%, lo stesso del 2009. Nelle aree geografiche la percentuale dei comuni diminuisce nel Nord, è stazionaria nel Centro e nel Meridione a livelli di 0,2 e 0,1, in aumento nelle Isole da 0,2 a 0,3 (Grafico 6).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 4.2.8. L' indennità di accompagnamento<sup>13</sup>

Nel 2013 l'ISTAT stima che siano 1.511.974 gli anziani a beneficiare della indennità di accompagnamento, il 12,6% del totale anziani e circa il 58,7% delle persone anziane che soffrono di una qualche forma di limitazione funzionale (Tab. 4).

<b>Tab. 4 - Anziani beneficiari di indennità di accompagnamento. Valori assoluti e % per fasce di età nel 2013.</b>		
<b>Fascia d'età</b>	<b>N. assoluto</b>	<b>% su tot.</b>
5-74 anni	225.326	14,9
75-84 anni	560.723	37,1
85+ anni	725.925	48,0
<b>Totale 65+</b>	<b>1.511.974</b>	<b>100,0</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

La spesa complessiva per indennità di accompagnamento era nel 2013 di 13.372 milioni di €. Di questa cifra il 71,8%, 10.140 milioni, era destinata agli anziani. Tra il 2010 ed il 2013 la spesa complessiva è aumentata del 4,8%, mentre quella per gli anziani è aumentata del 5,4%. Malgrado la spesa sia aumentata il numero di beneficiari dell'indennità è diminuito (Tab. 5).

<b>Tab. 5 - Spesa nominale per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (tutte le età) e anziani (65+ anni) nel 2010 e 2013.</b>				
<b>Italia</b>	<b>Spesa per indennità di accompagnamento per il totale dei beneficiari Milioni €)</b>	<b>Variazione % della spesa totale 2010-13</b>	<b>Spesa per indennità di accompagnamento per anziani 65+ Milioni €</b>	<b>Variazione % della spesa per anziani 2010-13</b>
<b>2010</b>	<b>12.762</b>		<b>9.620</b>	
<b>2013</b>	<b>13.372</b>	<b>+4,8</b>	<b>10.140</b>	<b>+5,4</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tra il 2010 e il 2013 la percentuale di anziani beneficiari a livello nazionale si riduce dello 0,7% con una riduzione di ben 19.000 beneficiari (Tab. 6).

<b>Tab. 6 - Beneficiari anziani di indennità di accompagnamento (% su popolazione 65+) nel 2010 e 2013.</b>			
	<b>2010</b>	<b>2013</b>	<b>Variazione 2010-2013</b>
<b>ITALIA</b>	<b>12,7</b>	<b>12,0</b>	<b>-0,7</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

<sup>13</sup> **Indennità di accompagnamento:** l'indennità di accompagnamento è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita.

#### 4.2.9. Le badanti<sup>14</sup>

Sconosciuto è il numero delle lavoratrici e/o lavoratori che svolgono la professione di assistenti familiari. Gli unici dati attendibili sono desumibili dall'Osservatorio dell'INPS sul lavoro domestico<sup>15</sup>.

Da questo ricaviamo che nel 2015 i lavoratori domestici erano 886.125, di questi 375.560 (il 42,4%) sono badanti. Dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, passando dal 26% dei lavoratori domestici al 42,4%, con un incremento del 46,1% (Tab. 7) .

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
<b>Badante</b>	257.043	26	290.008	31	306.786	34	362.078	36	366.685	38	367.454	41	375.560	42,4
<b>Colf</b>	700.570	71	631.808	68	589.167	66	646.387	64	589.268	62	539.019	59	510.163	57,6
<b>Senza indic.</b>	26.146	3	11.917	1	1.605	0	75	0	90	0	170	0	402	0,0
<b>Totale</b>	<b>983.759</b>		<b>933.733</b>		<b>897.558</b>		<b>1.008.540</b>		<b>956.043</b>		<b>906.643</b>		<b>886.125</b>	

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

A rappresentare la stragrande maggioranza di questi lavoratori sono le donne con il 92,9%, il picco più alto mai raggiunto con un incremento tra il 2009 e il 2015 del 63,4%.

Tra il 2009 e il 2015 sono diminuite le badanti di classi di età comprese tra 19 e i 34 anni, mentre sono aumentate le classi comprese tra i 55 e i 65 anni e oltre. La riduzione delle classi giovani è stata del 33,7%, mentre l'incremento delle classi più anziane è stato del 207,6%.

Negli stessi anni aumenta il numero delle settimane lavorate durante l'anno. Nel 2015 sono il 46% i lavoratori occupati per più di 40 settimane, nel 2009 erano il 23%.

Aumenta la fascia di reddito di 10.000€ annuo al 28,5%, nel 2009 era il 10%. La cifra media mensile che gli italiani dichiarano di pagare alle badanti è 920€. Si tratta di un dato medio che contiene le situazioni più diverse. Tenuto conto delle tutele garantite alle badanti regolari e che per molte in condizioni irregolare tali tutele sono comunque monetizzate.

Varie fonti stimano che le risorse economiche mobilitate siano non meno di 9 miliardi di euro per circa 1,5 milioni di anziani.

#### 4.2.10. La condizione abitativa<sup>16</sup>

Alla prevalenza della soluzione domiciliare nella assistenza agli anziani ha contribuito non poco il grande numero di abitazioni di proprietà. Come documentato nel 2° Rapporto di Abitare e Anziani del 2015, sono circa 10.000.000 gli anziani che vivono in case di proprietà: l'80,3% della popolazione anziana italiana.

Tuttavia anche questa componente manifesta i suoi limiti. Aumenta il numero degli anziani che vivono soli in case di proprietà che nel 2011 si attesta al 34,9% del totale, così come aumenta il

<sup>14</sup> **Badante:** è il termine usato nel linguaggio comune per designare lavoratrici o lavoratori addetti all'assistenza e alla cura di persone non autosufficienti, o che hanno comunque bisogno di assistenza, in ragione di condizioni di salute o di età, all'interno dell'ambiente domestico, anche se in realtà il termine più indicato è "assistente familiare".

<sup>15</sup> **INPS:** Osservatorio sui lavori domestici – Banche dati statistiche

<sup>16</sup> Si veda 2° Rapporto di Abitare e Anziani del 2015 sulla "Condizione abitativa degli anziani che abitano in case di proprietà"

numero di abitazioni di grandi dimensioni abitate da anziani soli che si attesta al 65,9%. A fronte non migliora la qualità abitativa delle abitazioni realizzate nel 35,4% dei casi prima del 1961 e il 19,5% prima del 1946. Si tratta quindi di abitazioni che per il 54,9% hanno più di 50 anni. Il 12,8 % risulta essere in condizioni mediocri o pessime e il 20,8% non prevede un vero e proprio impianto di riscaldamento, ma più spesso singoli apparecchi o fonti di calore. Il 76,1% è priva di ascensore.

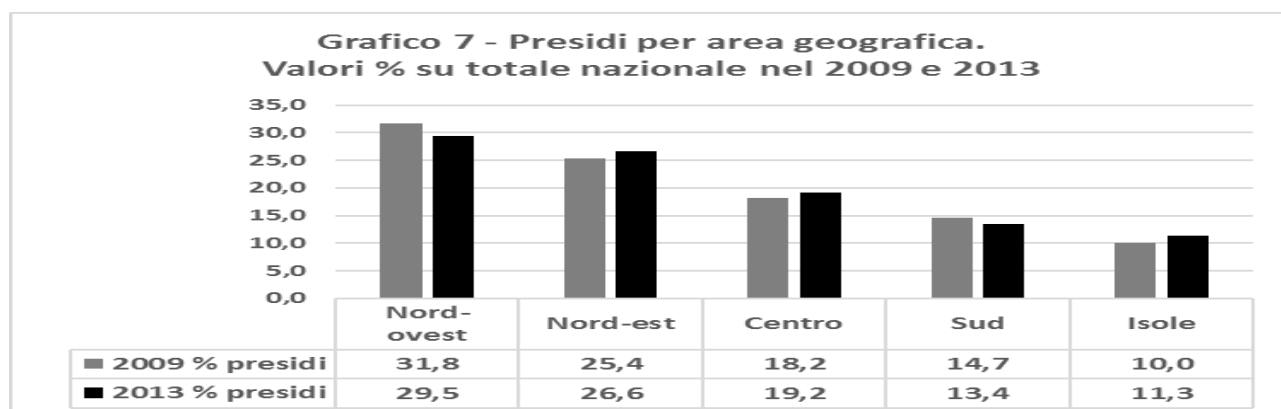
Tutte situazioni in cui l'opzione domiciliare può rivelarsi una trappola perché non sempre è garanzia di qualità e sicurezza. Per questo sarebbero necessari investimenti per l'adeguamento delle abitazioni a standard più adeguati o il trasferimento in abitazioni più adatte. Si pone anche un problema di "modello abitativo": l'attuale, in specie nelle città, è un serio limite allo scambio di relazioni tra l'anziano e il contesto comunitario. Sia in Italia che in altri paesi stanno maturando interessanti esperienze per fare della casa un punto di forza per l'invecchiamento attivo. Quel che è certo è che il modello italiano non è ottimale anche su questo aspetto e, nel medio lungo periodo, richiede interventi incisivi con adeguati investimenti.

### 4.3. LA RESIDENZIALITA'

#### 4.3.1. I PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI<sup>17</sup>

Al 31 dicembre 2013 risultano attivi 12.261 Presidi pubblici o privati che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno, escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private. Tra il 2009 e il 2013 il numero dei Presidi si riduce dello 7,2% a livello nazionale.

La loro distribuzione territoriali vede prevalere le regioni del centro nord con il 75,3%. Nel meridione e nelle isole i presidi sono rispettivamente 13,4 e l'11,5 (Grafico 7)



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

All'interno dei Presidi operano 14.751 "unità di servizio"<sup>18</sup>

<sup>17</sup> **Presidi residenziali:** sono le strutture pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Sono escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private. Nei Presidi ricadono tanto le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) quanto le RA (Residenze Assistenziali)

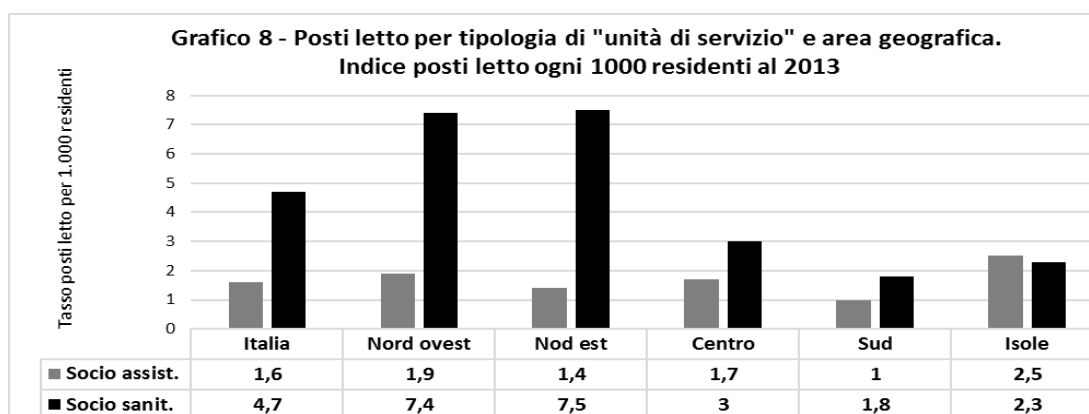
<sup>18</sup> **Unità di servizio:** è l'articolazione funzionale che all'interno di ciascun presidio eroga le diverse tipologie di assistenza. Le "unità" vengono classificate secondo quattro livelli di funzione: di protezione sociale, di livello di assistenza sanitaria erogata, di carattere di residenzialità e di target d'utenza prevalente.

Le unità di servizio che svolgono funzioni di tipo socio-sanitario sono 8.272. Queste dispongono della maggior parte dell'offerta residenziale per un ammontare di oltre 285 mila posti letto (il 74,2% dei posti letto complessivi).

Le unità di servizio che svolgono funzioni di tipo socio-assistenziale sono 6.479. L'offerta residenziale si riduce considerevolmente per queste unità che dispongono in totale di 98.117 posti letto, pari al 25,8% dei posti letto complessivi.

L'indice medio nazionale di posti letto ogni 1000 abitanti per le Unità di servizio socio assistenziale è dell'1,6, mentre quello per le Unità socio sanitarie è di 4,7. Le prime hanno un indice massimo di 2,5 nelle isole, mentre le seconde hanno l'indice massimo del 7,5 nelle regioni del Nord est (Grafico 8).

L'utenza prevalente dei presidi interessa varie figure sociali: i minori (0-17 anni), i disabili, le dipendenze, gli adulti con disagio sociale, gli immigrati, gli anziani, persone con problemi di salute mentale, multiutenza. La quota più rilevante, il 62,5% è destinata agli anziani, segue la multiutenza con l'11,7%, i disabili con l'8,4%, i minori con 4,9%.



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il carattere di residenzialità delle unità di servizio è decisamente di medie – grandi dimensioni con il 94,1% dei posti letto disponibili con un'organizzazione di tipo comunitario. I mutamenti normativi hanno previsto l'incremento di unità residenziali di piccole dimensioni con organizzazione di tipo familiare: tali unità nel 2013 disponevano solo del 5,6% dei posti letto complessivi, ma la quota aumenta al 31,4% se si considerano le sole residenze per minori.

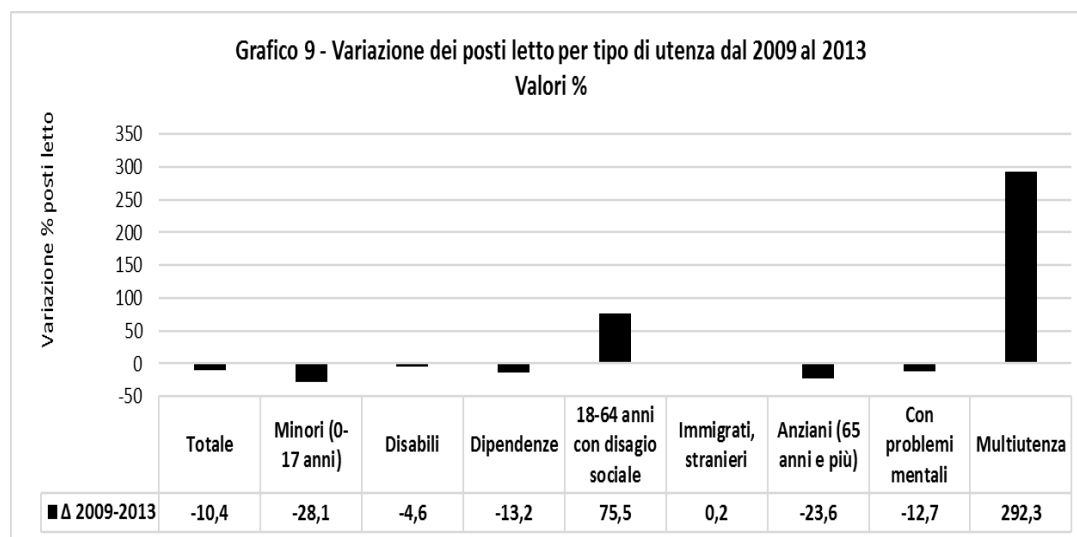
#### **4.3.1.1. L'offerta di posti letto nei presidi per tipologia di ospiti, funzione di protezione sociale e carattere di residenzialità**

I presidi dispongono complessivamente, per tutte le tipologie di ospiti, di 384.450 posti letto, 6,3 ogni 1.000 persone residenti, nel 2009 ammontavano a 429.220.

Agli anziani ne sono riservati 278.652 con un indice di 22,5 posti letto ogni 1.000 anziani.

Questo indice se confrontato con quelli dei principali paesi OCSE<sup>19</sup>, dove i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da 4 a 8 posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani), mette in evidenza come volendo allineare il nostro Paese alla media OCSE servirebbe in incremento di posti letto da circa 111.000 a 500.000.

Nei fatti a causa della crisi il numero dei posti letto si è ridotto. Nel periodo tra il 2009 e il 2013 ha subito una riduzione complessiva media del 10,4% (Grafico 9).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 4.3.1.2. Forti squilibri territoriali nell'offerta di posti letto

Nelle aree del Nord ovest e del Nord est si concentra il 66% delle disponibilità di Posti letto, il 15,1 nell'area del Centro il rimanente 18,8 nel Meridione e nelle Isole.

In rapporto alla popolazione l'offerta più alta si riscontra nel Nord con 9,1 posti letto ogni 1.000 residenti. L'indice decresce nelle altre aree e raggiunge i valori minimi nel Sud del Paese con meno di tre posti letto ogni 1.000 residenti.

Le regioni del Nord presentano la più alta disponibilità di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,4 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore inferiore a due nelle regioni del Sud. La distribuzione territoriale di posti letto dedicati alle funzioni di tipo socio-assistenziale segue, invece, un andamento più omogeneo e si assesta su valori molto più bassi in tutte le ripartizioni territoriali, ad eccezione delle Isole, dove l'offerta residenziale assistenziale prevale su quella sanitaria.

Il divario tra le regioni si riscontra anche in relazione alla tipologia di utenza assistita. La maggiore concentrazione di posti letto destinata ad anziani si registra nel Nord, con tassi di circa 29 posti letto ogni 1.000 residenti anziani, mentre nelle altre ripartizioni la quota di posti letto

<sup>19</sup> Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - Dai dati dei principali paesi OCSE si rileva che i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da 4 a 8 posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani).



destinata a utenti con più di 64 anni risulta molto inferiore e raggiunge il suo valore minimo al Sud con meno di 7 posti letto ogni 1.000 residenti anziani.

Le Isole, ed in modo particolare la Sicilia, si caratterizzano per la più ampia proporzione di posti letto dedicata ad accogliere stranieri (6 posti letto ogni 1.000 residenti stranieri), scostandosi nettamente dal dato nazionale che si attesta su un valore di 1,7 per 1.000 stranieri residenti.

#### **4.3.1.3. Posti letto per tipologia di ospiti**

La destinazione dei posti letto interessa varie figure sociali: i minori (0-17 anni), i disabili, le dipendenze, gli adulti con disagio sociale, gli immigrati, gli anziani, persone con problemi di salute mentale, multiutenza. La quota più rilevante dei posti letto, il 62,5% è destinata agli anziani, segue la multiutenza con l'11,7%, i disabili con l'8,4%, i minori con 4,9%.

Nel periodo 2009-13 i posti letto destinato agli ospiti anziani diminuiscono del 23,6%, in termini assoluti 77.017 unità.

#### **4.3.1.4. Posti letto per funzione di protezione sociale**

I posti letto dei presidi sono destinati a diverse funzioni di protezione sociale. La prevalente è sicuramente quella socio sanitaria alla quale vengono destinati il 73,5% dei posti letto disponibili.

Le altre funzioni sono l'accoglienza di emergenze a cui sono destinati il 2,2% dei posti letto, l'accoglienza abitativa il 13,8, la funzione tutelare 3,9%, l'educativa - psicologica lo 0,7% e quella non meglio precisata con lo 0,3%.

#### **4.3.1.5. Posti letto per carattere di residenzialità**

I Presidi differiscono anche per il carattere della residenzialità, definita in base alle dimensioni e al tipo di organizzazione adottato.

Il 94,1% dei posti letto si colloca in "unità di servizio" di medie o grandi dimensioni con un'organizzazione di tipo comunitario. I mutamenti normativi hanno previsto l'incremento di unità residenziali di piccole dimensioni con organizzazione di tipo familiare. Tali unità dispongono soltanto del 5,6% dei posti letto complessivi, ma la quota aumenta al 31,4% se si considerano le sole residenze per minori.

### **4.3.2. GLI ANZIANI OSPITI NEI PRESIDII**

Gli anziani ospiti nei presidi nel 2013 sono 278.652, il 75,8 del totale degli ospiti assistiti. Il 41,5% è ospite dei Presidi del Nord Ovest con una presenza particolarmente rilevante del 23,5% in Lombardia. Nel Nord Est il 28,4% con una flessione del 7,7% nel periodo 2009-13. Nel Centro il 14,2% con un decremento nei cinque anni di riferimento del 7,6%. Nel Meridione il 9,2%, con un calo dello 0,8 dal 2009. Nelle Isole sono il 6,7%, con un calo 6,1 dal 2009.

#### **4.3.2.1. Per genere**

Degli ospiti anziani 70.730 sono uomini e 207.922 sono donne: rispettivamente il 25,4% e il 74,6% del totale. Nell'intervallo 2009 -2013 ambedue i generi diminuiscono: del 5,4% gli uomini e del 10% le donne.

#### **4.3.2.2. Per età**

Oltre i due terzi degli anziani assistiti nelle strutture residenziali (74%) ha superato gli 80 anni, quota che sale al 76% per i non autosufficienti e si riduce al 68% per gli anziani

autosufficienti. Il tasso di ricovero per gli anziani con meno di 75 anni è pari a 5 ogni 1.000 residenti e cresce gradualmente con l'aumentare dell'età, raggiungendo quota 77 per 1.000 tra gli ultra-ottantacinquenni.

#### **4.3.2.3. Autosufficienti e non**

I 278.652 anziani ospiti nei Presidi nel 2013 per il 75,7% sono non autosufficienti: un autosufficiente ogni tre non autosufficienti. Rispetto al 2009 c'è stato un aumento dello 0,9% dei non autosufficienti e una riduzione dello 0,9% degli autosufficienti.

Da un rapporto di 1 anziano autosufficiente per ogni 4,5 non autosufficienti del Nord-ovest e di 1 a 5,5 nel Nord-ovest, si passa dall'1 a circa 2 nel Centro, all'1 a 1 nelle aree del meridione e delle isole.

#### **4.3.3. ANZIANI AUTOSUFFICIENTI**

Gli anziani autosufficienti nel 2013 sono 67.769, il 10,7% in meno rispetto al 2009 quando ammontavano a 75.868. La loro distribuzione per area geografica è del 30,7 % nel Nord-ovest, del 17,7% nel Nord-est, del 21% nel Centro, del 17,5% nel Meridione e del 13,1% nelle Isole. Dal 2009 al 2013 decrescono in tutte le aree ad eccezione del meridione dove aumentano del 2,2%.

##### **4.3.3.1 Per genere**

La stragrande maggioranza degli anziani autosufficienti sono donne: mediamente il rapporto è di un uomo ogni 2,5 donne. Tra il 2009 e il 2013 gli uomini decrescono in valore assoluto dell'11% circa, mentre le donne decrescono del 10,5%.

##### **4.3.3.2. Per età**

Il 43,7% degli ospiti autosufficienti dei Presidi ha più di 85 anni, che sommati agli anziani compresi tra gli 80-84 anni rappresentano il 67,8% degli ospiti nel 2013. Nelle rimanenti classi di età il 16,3% è nella classe compresa tra 65 e 74 anni, mentre il rimanente 15,8% è nella classe tra 75 e 80.

##### **4.3.3.3. Per funzione di protezione sociale**

Per l'accoglienza abitativa il 42,3% di assistiti nel 2013 e la socio-sanitaria il 47,5%. Nelle altre funzioni abbiamo il 7,3% nella tutelare, 1,3% nella socio – educativa, 1% nella accoglienza di emergenza e lo 0,2 nella educativa - psicologica.

##### **4.3.3.4. Per carattere di residenzialità**

Nel 2013 a livello nazionale gli anziani autosufficienti ospiti per carattere comunitario sono 61.640, il 91 % del totale, mentre nel familiare sono ospiti 5.910 anziani, l'8,7% del totale. Nel quinquennio considerato, 2009-2013, le residenze con carattere comunitario si riducono dell'11,7%, mentre le familiari aumentano dell'88,1%.

##### **4.3.3.5. Per livello di assistenza sanitaria**

Nel quinquennio diminuiscono del 40,7% gli ospiti nei Presidi con assenza di prestazioni sanitarie e questo è sicuramente un dato positivo, nel contempo però aumentano gli ospiti nei Presidi con prestazioni basse e medie, rispettivamente del 5,8 e 3,3% e diminuiscono del 5,4% nei Presidi con prestazioni sanitarie alte. Confrontando la percentuale del 31,9 del 2009 con il 21,2% del 2013 di anziani ospiti con nessuna prestazione sanitaria, nel quinquennio c'è stato un deciso

aumento dell'offerta di prestazioni sanitarie, anche se è ancora molto alto il numero di anziani che non godono di servizi sanitari adeguati.

#### **4.3.4. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Nel 2013 sono 210.854 gli ospiti non autosufficienti: il 75,7% del totale. Nell'intervallo 2009-2013 diminuiscono del 6,4% passando da 225.182 a 210.854. La loro distribuzione per area geografica è del 44,9% nel Nord ovest che sommato al 31,9% del Nord- st rappresentano il 76,8% del totale nazionale. Le rimanenti quote si ripartiscono per il 12% nel Centro, il 6,6% nel Meridione e il 4,6% nelle Isole.

##### **4.3.4.1. Per genere**

Anche nel caso degli anziani non autosufficienti il rapporto uomini donne è a netto favore delle donne che mediamente è di uno a tre. Tra il 2009 e il 2013 gli uomini decrescono del 3,1%, mentre le donne del 7,4%.

##### **4.3.4.2. Per età**

Il 54,1% degli ospiti non autosufficienti ha più di 85 anni, sommati agli anziani compresi nella classe di età tra 80-84 anni rappresentano il 76% degli ospiti nel 2013. Nelle rimanenti classi di età abbiamo l'11,3% nella classe tra 65-74 anni e il 12,7% in quella tra 75 e 79 anni.

##### **4.3.4.3. Per funzione di protezione sociale**

Fruiscono fondamentalmente delle prestazioni socio sanitarie. A livello nazionale queste sono il 92,7% dell'insieme delle prestazioni, con un leggero calo dal 2009 al 2013. La stessa accoglienza abitativa, che in alcuni casi raggiunge livelli altissimi per gli ospiti autosufficienti, nel caso dei non autosufficienti ha un numero di presenze del 4,6%. Le altre prestazioni si aggirano su valori minimi intorno all'1%.

##### **4.3.4.4. Per carattere di residenzialità**

Anche nel caso degli anziani non autosufficienti la stragrande maggioranza, il 97,6% nel 2013, è ospite di strutture con carattere residenziale comunitario. Tra il 2009 e il 2013 Le residenze a carattere familiare hanno un significativo incremento percentuale del 91%.

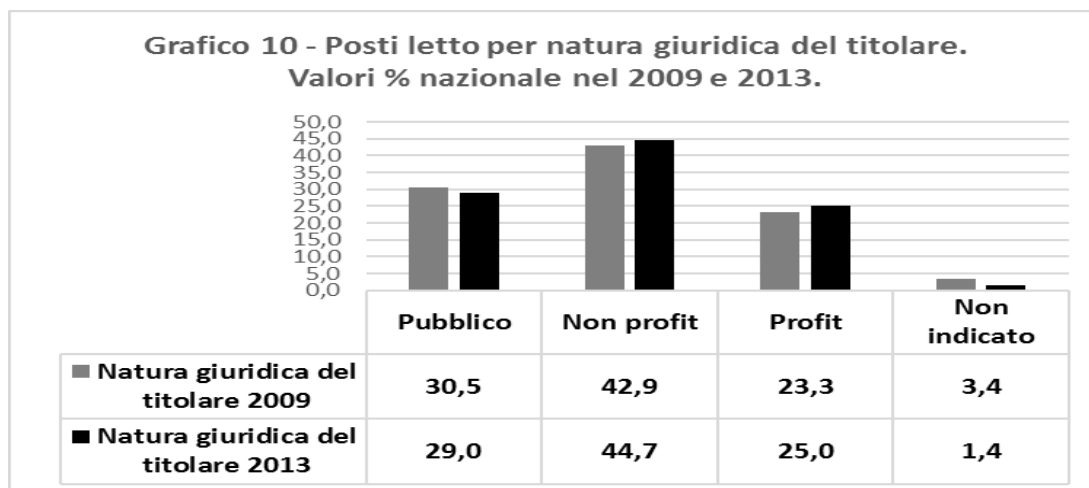
##### **4.3.4.5. Per livello di assistenza sanitaria**

Nel 2013 il 52,8% fruisce di prestazioni sanitarie di livello medio, il 31,8 di livello alto, il 13,4 di livello basso e l'1,9 di nessuna prestazione sanitari. Decisamente un quadro migliore rispetto a quello degli anziani autosufficienti dove solo il 45,8% gode di prestazione sanitarie medio-alte.

#### **4.3.5. LA GESTIONE DEI PRESIDII SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARI**

##### **4.3.5.1. Natura giuridica del titolare dei Presidi e soggetto gestore**

La titolarità delle strutture è in carico di enti non profit nel 36% dei casi, di enti pubblici nel 25%, di enti privati *for profit* in circa il 22% dei casi e nel 15% a enti religiosi. Nell'88% delle residenze sono gli stessi titolari a gestire direttamente il presidio mentre sono il 12% i titolari che danno in gestione le loro strutture ad altri enti (Grafico 10).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nel 2013 il 75,1% dei gestori dei presidi sono privati. I principali gruppi sono il 17,9% cooperative, il 16,1 società private, il 15,2% fondazioni, il 13,7% enti ecclesiastici. La gestione pubblica interessa il 23,5% dei Presidi e si articola tra Comuni, Aziende pubbliche di servizio, Aziende del SSN, altri enti pubblici.

#### **4.3.5.2. Finanziamenti pubblici**

Il 66,7% dei presidi beneficia di finanziamenti pubblici. Nel 2009 era il 78,8%.

#### **4.3.5.3. Livello di assistenza sanitaria**

L'assistenza sanitaria nei presidi è del tutto assente per il 12,6% dei posti letto, di livello basso nel 18,5%, di livello medio nel 44,7% e di livello alto nel 24,0% dei posti letto.

Dal 2009 al 2013 i dati indicano un incremento positivo delle prestazioni di assistenza sanitaria di livello alto del 6,8% a questo corrispondono dei decrementi significativi delle prestazioni di livello medio del - 13,9% e basso del-2,9% e addirittura del -30,5% dell'assenza di prestazioni.

Per gli anziani nei presidi nel 24,9% dei casi si registra un alto livello di assistenza sanitaria, nel 46,6% una assistenza sanitaria media, nel 19,8% bassa e nel 8,8% dei casi assente.

Nel 2009 l'assistenza sanitaria agli anziani era: alta il 21,3%, media il 49,9%, bassa il 18,1%, nessuna 10,6%.

#### **4.3.5.4. Il lavoro nei presidi**

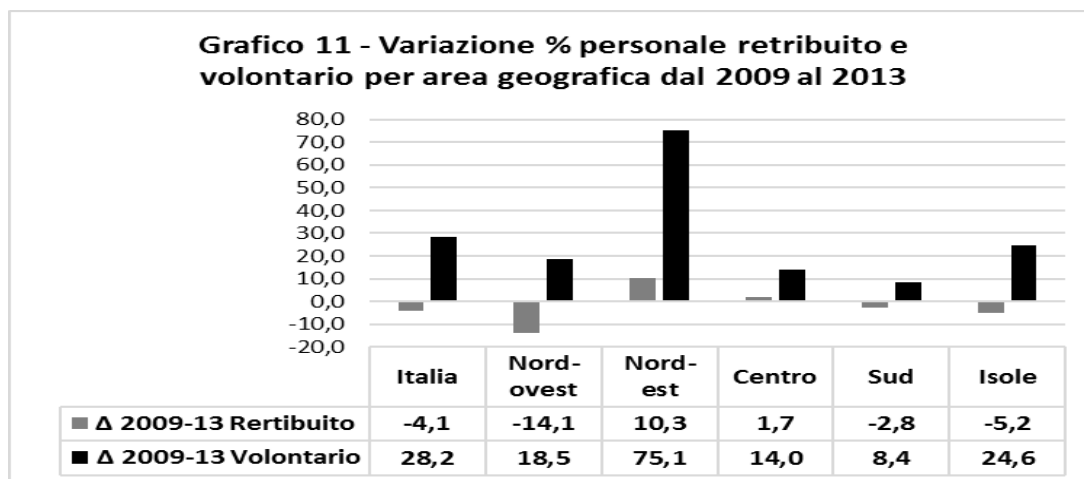
Nel 2013 il personale impegnato nei presidi ammonta a 362.499 lavoratori di cui 308125 retribuiti e 54.374 volontari, rispettivamente 85 e 15%.

Nel 2009 il totale era di 363.607 di cui 321.194 retribuito e 42.413 volontario: rispettivamente 88,3 e 11,7%.

Tra il 2009 e il 2013 il totale del personale è diminuito dello 0,3%, quello retribuito è diminuito del 4,1%, mentre il volontario è aumentato del 28,2% (Grafico 11).

Il rapporto tra personale retribuito e assistiti è di 1,14, praticamente 1 a 1

Circa il 25% del personale è impegnato in attività di direzione, amministrative e di servizio



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 4.3.5.5. Presenza di figure professionali

Nel periodo 2009 – 2013 la presenza di figure professionali operanti presso i presidi ha subito una contrazione del 4,1% passando da 321.194 a 308.125

Le figure prevalenti sono: gli assistenti sanitari con 85.474 unità, il 27,7% del totale; altri addetti alla assistenza alla persona con 47.408 unità, il 15,4%; il personale sanitario infermieristico con 34.574, il 12,22, gli addetti ai servizi generali 30627 unità, 9,9%; i medici in medicina generale 6.703 unità, il 2,2%; gli specialisti in terapie mediche 3.375 unità, 1,1%; gli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche 4792 unità, 1,6%.

#### 4.3.5.6. Le liste di attesa

Dalla indagine dell’AUSER del 2012<sup>20</sup>, circa il 45% dei responsabili di RSA dichiara l’esistenza di liste di attesa. Il dato risulta più elevato nelle regioni del Nord Italia con il 46,3% e in quelle del Sud con il 48,3% mentre poco più confortante è il dato rilevato nel Centro con il 39,4%. I tempi di attesa per l’accesso ad una struttura residenziale o semiresidenziale, ed in particolare per quelle rivolte a strutture in grado di ospitare utenti non autosufficienti, possono raggiungere in media dai 90 ai 180 giorni.

#### 4.3.5.7. Le rette

I dati relativi alle rette dell’assistenza residenziale sono scarsi, non omogenei e non particolarmente aggiornati. In particolare, con riferimento alle tariffe, la fonte più completa risulta essere il Terzo Rapporto Non Autosufficienza che ha dedicato uno specifico approfondimento alla materia.

Secondo le indicazioni fornite nel Rapporto, la tariffa complessiva “media” nazionale delle strutture residenziali sanitarie si collocava nel 2011 a 106,31 euro, ovviamente con ampio *range* di variabilità - fra gli 80 e i 143 euro per i casi a maggiore intensità assistenziale – in ragione della funzione assegnata ai Presidi nel sistema regionale di cure, degli standard di personale, della consistenza delle prestazioni a carico al Sistema Sanitario Nazionale e della presenza più o meno marcata di strutture a più alta complessità assistenziale.

<sup>20</sup> AUSER - Ricerca sulle RSA - 2012

Analoga variabilità si registra sia con riferimento alla *quota sanitaria*, quantificabile dai 30 ai 103 euro (in ragione del carattere più o meno “sanitario” delle prestazioni comprese nel costo complessivo e delle condizioni cliniche degli ospiti), sia alla *retta alberghiera*, che si traduce in una quota di partecipazione degli ospiti variabile fra i 26 e i 90 euro.

#### **4.3.5.8. Le carte dei servizi**

Secondo la ricerca AUSER del 2012, la quasi totalità delle strutture, l’88%, sono dotate di *Carta dei servizi* e il 70% di esse dispone di un regolamento interno. Nel 95% dei casi si evidenzia il rispetto dei principali requisiti previsti dalle normative sia dal punto di vista igienico sanitario, sia in merito all’abbattimento delle barriere architettoniche. Gli anziani inoltre fruiscono di un discreto numero di servizi generali di vita collettiva erogati direttamente dalle RSA, in coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale, anche se molto spesso a pagamento.

Dall’analisi delle carte dei servizi e dalle risposte ai questionari proposti alle strutture ad integrazione dei dati a disposizione, dalla ricerca si deduce come in larga misura lo strumento della Carta dei Servizi svolga il ruolo primario di mero adempimento normativo e burocratico: uno strumento descrittivo quindi, piuttosto che operativo.

Carenti sono, infatti, i contenuti delle Carte dei Servizi per quel che riguarda la Governance delle aziende. Esclusivamente il 18% delle RSA riporta informazioni in merito agli organismi rappresentativi, al ruolo degli stessi all’interno della struttura sanitaria, o comunque più in generale in merito alla struttura aziendale.

#### **4.3.5.9. Comportamenti illeciti**

Stando a quanto emerge dalla relazione dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS)<sup>21</sup> alla commissione parlamentare di inchiesta sulla efficienza ed efficacia del servizio sanitario nazionale emerge una situazione particolarmente allarmante.

*“A livello nazionale nel biennio 2010-2011 sono stati effettuati, nelle strutture ricettive per anziani in generale, quasi 5.000 controlli, di cui 1.473 casi sono risultati non conformi, 902 sono stati segnalati all'autorità amministrativa e 740 sono stati segnalati all'autorità giudiziaria; vi sono stati inoltre 14 arresti, 1.444 sanzioni penali, 1.438 sanzioni amministrative e 150 adozioni di provvedimenti di chiusura. I dati che forse interessano di più sono quelli che riguardano il benessere degli ospiti: 16 volte abbiamo dovuto effettuare una denuncia per sequestro di persona, 129 volte per abbandono di incapace, 51 volte per maltrattamenti, 236 volte per esercizio abusivo della professione sanitaria e 53 volte perché all'interno le strutture avevano dei farmaci guasti o imperfetti”.*

---

<sup>21</sup> **Senato della Repubblica** - Commissione parlamentare di inchiesta sulla efficacia e efficienza del servizio sanitario nazionale – 2013

## **5. LE PROPOSTE**

### **5.1. GLI INDIRIZZI POLITICI E CULTURALI PER UNA DOMICILIARITA' E RESIDENZIALITA' A FAVORE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO:**

Il quadro complessivo che emerge dalla ricerca è un sistema di assistenza a lungo termine (LTC) inadeguato a far fronte alle nuove esigenze, in progressiva contrazione anche per effetto della crisi, penalizzato dalla esistenza di alcune gravi criticità.

Il suo adeguamento non è riducibile alla soluzione annosa della ripartizione delle competenze, della eterogeneità nella fornitura dei servizi da parte delle singole regioni, del livello complessivo di spesa pubblica per i servizi di continuità assistenziale, richiede invece di ripensare la filosofia generale su cui si fonda l'assistenza agli anziani nel nostro Paese.

Sono le condizioni attuali e gli scenari futuri che si prospettano per le ragioni demografiche e sociali indagate nella ricerca, che sollecitano la elaborazione di un progetto di riforma di ampio respiro.

Per questo è necessario ridefinire prioritariamente le coordinate di fondo di questo possibile progetto nel quadro e in coerenza con una prospettiva di invecchiamento attivo.

#### **5.1.1. La vita degli anziani nella prospettiva dell'invecchiamento attivo.**

Secondo il CENSIS<sup>22</sup> svolgono attività di volontariato regolarmente oltre 712 mila longevi e quasi 3,1 milioni di tanto in tanto; fanno regolarmente attività fisica, dalla palestra alla piscina, oltre 1 milione di longevi e oltre 2,6 milioni di tanto in tanto. 727 mila frequentano regolarmente cinema, teatro e musei e oltre 5,2 milioni vi si recano di tanto in tanto; 346 sono clienti abituali, regolari di ristoranti, trattorie e quasi 6,2 milioni vi si reca di tanto in tanto; giocano a lotto, superenalotto, scommettono in modo vario regolarmente 353 mila longevi e lo fanno di tanto in tanto quasi 4,4 milioni; frequentano regolarmente scuole di ballo, balere, locali in cui si balla 314 mila longevi e oltre 2,5 milioni di tanto in tanto; 151 mila viaggiano regolarmente all'estero e non lontano da 2,9 milioni di tanto in tanto. Guidano più o meno regolarmente l'auto circa 7 milioni di longevi. Inoltre, in ambito lavorativo, svolgono attività lavorativa regolare o in nero quasi 2,7 milioni di persone con 65 anni e oltre: 1,7 milioni lavorano di tanto in tanto e 929 mila con continuità. Oltre 40 mila longevi dichiarano che nel prossimo futuro proveranno ad avviare un'attività autonoma, da una piccola impresa ad un'attività artigiana o commerciale o entrando come socio in una cooperativa, e oltre 225 mila nei prossimi anni si preparano a cercare lavoro.

Sono numeri che descrivono in modo eloquente e impressivo cosa sia concretamente l'invecchiamento attivo nel quotidiano della nostra società.

#### **5.1.2. Una nuova idea di vecchiaia e di welfare**

*Gli anziani sono una risorsa e non un costo:* è questa la visione prevalente degli anziani nella cultura collettiva degli italiani. Persistono stereotipi come quello dell'anziano sempre e comunque fragile, povero e marginale; così come avanzano luoghi comuni, molto presenti sui

---

<sup>22</sup> CENSIS - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

media, per cui gli equilibri del sistema previdenziale è messo a rischio dai troppi anziani; per non dire dell'idea che la disoccupazione giovanile è causata dalla pervicace pretesa degli anziani di voler continuare a lavorare. Tuttavia, la longevità attiva praticata ormai da quote crescenti di persone della terza e quarta età ha cominciato a promuovere una nuova idea di vecchiaia il cui nucleo centrale è che gli anziani non sono un peso passivo di cui sopportare il carico, ma i protagonisti attivi di una fase molto diversa del nostro vivere collettivo.

D'altra parte è la realtà quotidiana a farsi carico di far avanzare un nuovo modo di vedere gli anziani in quanto già oggi sono protagonisti di contributi concreti, sostanziali alla vita delle famiglie e delle comunità, portatori di valori e stili di vita che possono costituire riferimento importante per andare oltre la crisi e superare la fase del rimpianto di *come eravamo* prima che la crisi iniziasse.

Responsabilità, impegno, cultura del limite sono alcuni dei riferimenti valoriali di cui sono portatori i nuovi anziani, utili per andare oltre una fase di soggettivismo estremo, deregolato, segnato da una irrefrenabile corsa nel breve e nel presente, che ha finito per ripiegare le persone su se stesse spegnendo il desiderio del cambiamento.

I valori e gli stili di vita degli attuali longevi sono portatori di una modernità che molto può dire e dare alla società italiana.

#### **5.1.3. Dare visibilità al welfare erogato dagli anziani**

Gli anziani che si prendono cura di altre persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti in modo regolare sono oltre 972 mila e 3,7 milioni lo fanno di tanto in tanto; oltre 1,5 milioni di longevi dichiarano di contribuire con i propri soldi alla famiglia di figli o nipoti, mentre sono non lontano da 5,5 milioni i longevi che lo fanno di tanto in tanto; oltre 3,2 milioni di longevi si prende cura regolarmente dei nipoti e quasi 5,7 milioni lo fanno di tanto in tanto.

Gli anziani quindi non sono solo recettori passivi di risorse e servizi di welfare, ma sono tra i grandi protagonisti di una redistribuzione orizzontale sia a vantaggio di altri longevi che delle altre classi di età. La bilancia del *dare e avere* tra generazioni deve tenere presente i rilevanti flussi di reddito che partono dal monte pensioni e arrivano ad integrare redditi familiari traballanti e/o a finanziare le spese impreviste e/o gli investimenti relativi all'acquisto casa e/o la formazione dei nipoti; deve tenere anche conto del *care* per i nipoti che consente a tante mamme di lavorare.

#### **5.1.4. I nuovi anziani**

Fragilità e non autosufficienza hanno una relazione diretta con il tempo che passa, tanto che tra gli ottantenni cresce in modo esponenziale la quota di persone che hanno bisogno di supporto. Tuttavia non esiste un rapporto meccanico tra longevità e non autosufficienza e la buona anzianità va costruita. I 13 milioni di anziani italiani, che sono le generazioni della ricostruzione, del miracolo economico e le prime fila dei *baby boomers*, stanno rivoluzionando il modo di vivere la terza e quarta età. La longevità attiva è oggi il paradigma concreto di questa rivoluzione silenziosa, quotidiana, molecolare. Non più tratto terminale e declinante del ciclo di vita, la longevità è una fase con contenuti e finalità proprie, in cui realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e delle comunità.



La vita di relazione è il cuore della longevità attiva e costituisce non solo la chiave della soddisfazione per la propria esistenza espressa dalla maggioranza dei longevi (il CENSIS ha rilevato che 84,5% degli anziani valuta positivamente la propria vita), ma anche una forma di prevenzione primaria rispetto all'insorgere di patologie, in particolare quelle indotte dalla solitudine da cui si generano circuiti regressivi con depressione, patologie varie dello stato dell'umore, e ricorso eccessivo e inappropriato a farmaci e prestazioni sanitarie

#### **5.1.5. La buona anzianità si costruisce per tempo**

Gli italiani non hanno paura di invecchiare, perché pensano che sia un fatto naturale da affrontare con naturalezza, ma sono consapevoli che la responsabilizzazione individuale conta. Una longevità serena e appagante dipende anche da come ci si prepara: questo riguarda la salute, la psiche e l'economia.

Comportamenti salutari nel quotidiano con abitudini attente ad evitare impatti negativi sulla salute aiutano a prevenire l'insorgenza di patologie; prepararsi ad un tempo non più occupato in via primaria da famiglia, lavoro e relazioni tipiche della fase adulta, vuol dire riprogettare e investire su nuovi contenuti della propria vita quotidiana, sfuggendo al rischio della solitudine e della connessa depressione da cui si origina una spirale regressiva anche sul piano dello stato di salute; per l'economia conta sempre più la capacità di costruire una rete di autotutela perché la sola pensione non sempre basta a garantire benessere e sicurezza.

Le generazioni attuali di longevi beneficiano di percorsi previdenziali forti e patrimoni mediamente solidi fatti di proprietà della prima casa e spesso anche di altri immobili, presidi economici che hanno consentito di affrontare le nuove emergenze assistenziali ad alto costo legate alla non autosufficienza. Per il futuro però, per i longevi che verranno la dimensione economica rischia di non essere più così solida se non sono attivate opportune scelte, sicuramente a livello collettivo lottando in modo deciso per ridurre gli altissimi livelli di precarietà, ma anche a livello individuale, in grado di promuovere nuova accumulazione di reddito e patrimonio.

#### **5.1.6. Promuovere l'invecchiamento attivo**

Stante le dinamiche demografiche è strategico per il futuro promuovere la valorizzazione della longevità attiva, incentivarla, facilitarne la diffusione e la pratica, vale a dire offrire in modo diffuso agli individui le condizioni materiali per attuare la riprogettazione di vita, per decidere di investire sugli anni di vita residua. Gli anni di vita residua a partire dai 65 anni, compatibilmente con il proprio stato di salute e il connesso grado di autosufficienza, devono diventare per ciascuna persona un contenitore pieno di relazioni, attività, impegni, progetti, voglia di fare, insomma devono creare un valore che finisca per avere anche un positivo impatto sociale.

E' questa la filosofia dell'invecchiamento attivo che si enuclea dai comportamenti di milioni di anziani attuali, e che deve diventare il cuore della risposta sociopolitica e istituzionale alla sfida dell'invecchiamento. E tale filosofia deve informare anche il *care* per i non autosufficienti perché ad ogni stadio di autonomia, anche quello dove essa è minima, è possibile e sicuramente più efficace puntare sulla valorizzazione delle potenzialità residue, piuttosto che operare in modo puramente assistenziale accrescendo, nei fatti, la dipendenza. Solo così sarà possibile costruire un

*modello sostenibile e di qualità* in grado di valorizzare l'età longeva senza trasformarla in una patologia e al contempo dare *care* adeguato ai non autosufficienti.

#### **5.1.7. Favorire la relazionalità come fondamento della cura della longevità care.**

Le esperienze degli altri paesi, in particolare quella olandese, hanno confermato quanto emerso anche dalle buone pratiche italiane per l'assistenza ai longevi non autosufficienti: occorre allentare il dominio della sanità sulla vita dei longevi e promuovere contesti che siano piattaforme per la moltiplicazione delle relazioni, in cui ci sia un *set* ampio di attività, iniziative, progetti in cui le persone possono coinvolgersi e a partire dalle quali sviluppare rapporti con gli altri. Una longevità serena richiede buona salute, una certa sicurezza economica e reti di relazioni, contesti in cui rompere la gabbia della solitudine che, con il passare degli anni, diventa una minaccia consistente, e che molto spaventa i longevi. Quale che sia la soluzione che prevale per la persona non autosufficiente, la domiciliarità o la residenzialità, tutto deve essere orientato a garantire reti di relazioni, opportunità per essere attivi, condizioni per realizzare progetti e aspettative, affinché i longevi siano protagonisti della vita delle comunità. Il nuovo paradigma socioculturale, la longevità attiva e la valorizzazione delle potenzialità residue, deve informare ogni luogo, attività, iniziativa rivolta ai longevi, perché solo così sarà possibile promuovere soluzioni anche assistenziali sostenibili.

### **5.2. LE AZIONI PER UNA DOMICILIARITÀ E RESIDENZIALITÀ A FAVORE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO**

#### **5.2.1. Rendere le città amiche degli anziani**

A conclusione dell'editoriale della guida dell'OMS "Global Age-friendly Cities"<sup>23</sup> si dice *"Il vero problema consiste allora nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessari, da un lato per il suo benessere e dall'altro per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo"*.

Successivamente, nel capitolo 2, la guida dell'OMS prosegue: *"Una città a misura di anziano incoraggia l'invecchiamento attivo ottimizzando le opportunità a favore della salute, della partecipazione e della sicurezza, allo scopo di rafforzare la qualità della vita mentre la gente invecchia. Dal punto di vista pratico, una città a misura di anziano adegua le sue strutture e i suoi servizi in modo da renderli accessibili e usufruibili dalle persone più anziane con bisogni e capacità diverse"*.

Queste importanti dichiarazioni ricondotte nella realtà italiana significano che le politiche, i servizi, l'ambiente e le strutture devono sostenere e permettere che le persone invecchino attivamente con le seguenti modalità:

**integrare** - Una città a misura di persone anziane può scaturire solo da un approccio

---

<sup>23</sup> WHO - "Global Age-friendly Cities – 2007" - la Guida ha lo scopo di coinvolgere le città a diventare più amiche dei bisogni degli anziani, in modo da valorizzarne il potenziale che rappresentano per l'umanità.

“integrato” mirato al loro stile di vita. Adottare questo approccio significa coordinare le azioni attraverso le diverse aree della politica cittadina e dei servizi in modo che si rinforzino reciprocamente;

**facilitare** - La parola d’ordine che deve essere messa al centro delle politiche per un ambiente urbano sociale e fisico a misura di anziano deve essere “facilitazione”. Le politiche, i servizi, l’ambiente e le strutture devono “facilitare” l’espressione della vasta gamma di capacità e di risorse delle persone anziane; la risposta alle necessità e alle preferenze connesse con l’invecchiamento; il rispetto delle decisioni e delle scelte relative allo stile di vita delle persone anziane; la protezione di coloro che sono più vulnerabili; la promozione del loro inserimento in tutte le aree della vita della comunità, nonché il loro contributo;

**anticipare** - In una città favorevole agli anziani dovrebbe essere normale che l’ambiente naturale e quello costruito siano preparati ad accogliere utenti con capacità diverse anziché essere concepiti per una persona (cioè per un giovane maschio) che si trovi nella “media” immaginaria.

**rispettare** - Il riconoscimento ed il rispetto dovrebbe caratterizzare le relazioni sociali e i servizi, come anche le strutture fisiche e i materiali. Il rispetto e la considerazione nei confronti dell’individuo dovrebbero essere i valori essenziali ovunque, sulla strada, in casa e sui percorsi, nei servizi pubblici e commerciali, nell’impiego e nelle strutture assistenziali.

**proteggere** - I servizi pubblici ed accreditati dovrebbero impiegare personale amichevole che pazientemente fornisce assistenza alle persone anziane. I commercianti dovrebbero servire le persone anziane con la stessa prontezza con cui servono gli altri clienti. Le comunità dovrebbero avere riconoscenza verso le persone anziane per il loro contributo passato, non solo per quello attuale. Dato che l’educazione favorisce la conoscenza, gli alunni e le alunne delle scuole dovrebbero ricevere informazioni sull’invecchiamento e sulle persone anziane, e i media dovrebbero rappresentarli in modo realistico e non stereotipato.

**promuovere** - Una città favorevole agli anziani promuove il loro inserimento in tutte le aree della vita della comunità, nonché il loro contributo. Per questo è necessario un forte ruolo dei servizi sociali municipali nel promuovere la solidarietà tra le generazioni e le culture all’interno delle comunità facilitare le relazioni sociali nei servizi locali e nelle attività che fanno incontrare le persone di ogni età. Dovrebbero essere favorite le occasioni per i vicini di conoscersi tra loro; vegliando sulla sicurezza reciproca, aiutandosi e comunicando l’un l’altro. Grazie a una rete servizi sociali, uomini e donne, parenti, amici, vicini e fornitori di servizi, i componenti anziani della comunità dovrebbero sentirsi integrati e sicuri. Ci dovrebbe essere, inoltre, un contatto personalizzato, non solo con il telefono amico, con le persone anziane a rischio di rimanere socialmente isolate e dovrebbero essere ridotte al minimo le barriere economiche, linguistiche e culturali che vengono percepite dalle persone anziane.

### **5.2.2. Adeguare il patrimonio immobiliare alle esigenze dell’invecchiamento attivo**

Come detto nel volgere di pochi decenni un terzo della popolazione avrà una età superiore ai 65 anni. Si tratta di un mutamento profondo di cui ancora non percepiamo le implicazioni.

L'allungamento della vita porta a guardare con occhi diversi la stagione all'invecchiamento, tuttavia non si può non prendere atto che in prospettiva saranno crescenti i problemi derivanti da una quota di popolazione sempre meno autonoma nelle sue funzioni più elementari. Questo comporterà sicuramente una crescente domanda di spazi, prodotti e servizi di supporto, già ampiamente percepita da quei settori economici attivi nell'offerta di prodotti a favore dell'invecchiamento attivo, che se non ben indirizzata e governata potrebbero produrre pesanti effetti sulle già magre risorse pubbliche.

Questo deve indurre ad accelerare la messa a punto di una strategia fondata su una più chiara percezione del problema che, come indica il rapporto *“Anziani e casa nell’unione Europea” a cura dell'Osservatorio Europeo del Social Housing* comporta di ripensare profondamente le relazioni degli anziani con la casa e il contesto di quartiere in quanto è sui caratteri di queste relazioni che si fonderà in futuro la qualità della vita nella terza e quarta età.

Per ridefinire queste relazioni non è necessario porre mano a “grandi interventi”, quanto piuttosto a diffuse e leggere misure di “riconversione”, anche perché gli anziani mal sopportano bruschi cambiamenti del loro “ambiente” fatto di affetti, memorie, vicinanze, relazioni... Si tratta quindi di agire su due linee di azione finalizzate la prima all'adeguamento del patrimonio immobiliare esistente, in larga parte di proprietà degli anziani, adeguandolo ai moderni standards di sicurezza e confort, dotandolo di tutte quelle tecnologie che rendono più agevole la gestione domestica. La seconda linea di azione è quella di rafforzare quell'insieme di relazioni e servizi, tanto pubblici quanto privati, per garantire all'anziano tutti i necessari supporti di vicinato, per sostenerlo e accompagnarlo nelle sue condizioni di salute e nel soddisfare i suoi bisogni sociali e culturali.

Tutto questo comporta sicuramente l'impegno di adeguate risorse non solo private, ma anche pubbliche. Non si tratta, però, di quantità impossibili visto che le principali misure di sostegno pubblico agli interventi di adeguamento e ristrutturazione del patrimonio immobiliare sono già operative da anni con significativi risultati. Si tratta invece di stabilizzarle e meglio indirizzarle sulla base di standard di qualità commisurati ai problemi di una crescente popolazione anziana.

Al riguardo sono illuminanti le esperienze internazionali riportate nel Capitolo 8 del 2° Rapporto di AeA.

Lo stesso adeguamento del sistema dei servizi non comporta, verosimilmente, l'impegno di ulteriori grandi risorse, quanto piuttosto la necessità di ridefinirne responsabilità e qualità delle relazioni che legano i diversi gestori dei servizi e del loro insieme con il singolo anziano.

In particolare due soggetti possono dare un grande contributo alla maturazione di nuovi modelli abitativi a favore dell'invecchiamento attivo.

Innanzitutto gli Enti che gestiscono il patrimonio residenziale pubblico. In considerazione delle loro finalità istituzionali, delle loro grandi esperienze e professionalità e tenuto conto del loro rilevante patrimonio abitativo, è fuori di dubbio come possano giocare un ruolo centrale nel promuovere politiche abitative attente ai bisogni degli anziani.

Questo impegno può avvenire in particolare in quattro direzioni.

- Qualificando il patrimonio già in loro possesso dotandolo, progressivamente, di tutti quei “servizi” indispensabili per affermare un nuovo modello abitativo sempre più inclusivo.
- Proponendosi come protagonisti in quei programmi di trasformazione del patrimonio pubblico in corso ed in cui sono previste quote significative di social housing.
- Facilitando il diffondersi di esperienze nuove di coabitazione assistita
- Ponendosi come punto di riferimento per i programmi di riqualificazione del patrimonio abitativo privato offrendo servizi di orientamento.

In questo impegno essi potrebbero sollecitare il coinvolgimento di tutti quei soggetti pubblici detentori di consistente patrimonio immobiliare quali gli enti di previdenza a partire dall’INPS.

Quest’ultimo, in considerazione del suo rilevante patrimonio immobiliare è fuori di dubbio che possa giocare un ruolo diretto nel promuovere politiche abitative attente ai bisogni degli anziani così come precedentemente delineate.

Questo anche perché è a favore degli interessi che l’Istituto rappresenta fare sì che il patrimonio di cui è detentore non perda valore di mercato. Questo oggi è possibile farlo rendendo il patrimonio sempre più rispondente ad una domanda sociale crescente derivante dal processo di invecchiamento della popolazione.

Così facendo l’INPS si fa promotore attivo per affermare moduli abitativi a favore degli anziani verso quei soggetti pubblici e privati operativi nei programmi di social housing, in particolare quelli che intervengono sul patrimonio pubblico.

Un grande contributo a questo diffuso processo di adeguamento può essere dato da quell’insieme di soggetti sociali organizzati che già oggi si fanno carico di migliorare la condizione anziana. Quello che deve essere chiesto a questi soggetti che operano in rapporto a persone strutturalmente fragili, è di garantire assistenza e servizi professionalmente qualificati e di totale affidabilità.

### **5.2.3. Qualificare i servizi della domiciliarità**

#### **5.2.3.1. Garantire risorse adeguate e stabili nel tempo agli enti territoriali.**

Per impedire che si consolidi l’idea che l’assistenza alla persona anziana si riduca alla erogazione di singole prestazioni e sempre meno a prendersi carico complessivamente della persona, è indispensabile garantire agli enti erogatori i servizi adeguate e stabili risorse nel tempo interrompendo l’altalena delle disponibilità degli ultimi anni. Non tener conto di questa esigenza produce un doppio danno: insicurezza per il malato e impoverimento per la famiglia.

Questo vale in particolare in questi anni in cui sta emergendo in tutta evidenza come il problema della povertà costituisca una concreta problematica sociale. Nel nostro Paese il rischio di povertà riguarda circa un terzo della popolazione e, ad eccezione del 2014, negli ultimi anni ha registrato una continua crescita. Diversi dati convalidano questo trend negativo che sta caratterizzando la popolazione nazionale. L’INPS ha confermato che tra il 2008 e il 2014 la quota di Italiani con un reddito al di sotto della soglia di povertà è cresciuto di circa un terzo, passando da

11 a 15 milioni di individui. Nello stesso periodo di tempo, la percentuale delle famiglie con un reddito inferiore a questa soglia è salita dal 18 al 25 per cento.

A questo processo è sicuramente da ricondurre la tendenza a riportare nell'ambito familiare l'assistenza agli anziani con il conseguente abbandono del lavoro da parte in particolare delle donne e della riduzione delle presenze nelle strutture residenziali.

Non garantire le necessarie risorse agli erogatori territoriali dei servizi di assistenza significherebbe contribuire a inasprire rendere questo processo con pesanti conseguenze sociali.

#### **5.2.3.2. Garantire efficaci servizi di assistenza domiciliare ADI e SAD**

Come si è visto nell'analisi e come emerso nel recente convegno promosso da *Italia longeva (11-12 luglio 2016)*, i due servizi di base della domiciliarità, ADI e SAD, sono soggetti a fluttuazioni di offerta in conseguenza alla variazione delle risorse rese disponibili per il Comuni, presentano difformità di efficienza ed efficacia nei diversi modelli di prestazione dei servizi nelle diverse regioni, pongono un serio problema di equilibrio territoriali interregionale e infra regionale. Di fatto assistiamo ad un panorama abbastanza variegato in cui a fronte di esperienze regionali di grande qualità, esistono realtà in cui il servizio stenda a raggiungere livelli di adeguatezza soddisfacente.

L'ipotesi che si avanza è quella di istituire una banca nazionale (europea) delle migliori pratiche e di introdurre un sistema di indicatori omogeneo a livello nazionale per valutare la progressione nel miglioramento della performance nella prestazione del servizio.

#### **5.2.3.3. Impegno nella emersione del lavoro nero nel lavoro di cura**

Si tratta di un primario problema economico e sociale. Stime di varie fonti sostengono che la consistenza delle persone che lavorano in nero nella assistenza agli anziani siano quanto meno il doppio delle 375.560 rilevate dall'Osservatorio INPS nel 2015.

Negli ultimi anni non ci sono stati interventi particolari per regolare il mercato privato delle assistenti familiari. In linea generale, sono disponibili degli incentivi fiscali per i destinatari delle cure e per le relative famiglie che impiegano lavoratori nel settore dell'assistenza domiciliare con contratti regolari (legge n. 342/2000 e legge n. 296/2006). L'opzione strategica principale adottata per affrontare il caso dei cittadini extracomunitari in questione è stata la legalizzazione di quelle persone impiegate nel mercato parallelo senza un regolare contratto o anche un permesso di soggiorno. Alcuni decreti *ad hoc* hanno permesso sia ai migranti che ai loro datori di lavoro di regolarizzare la loro posizione senza conseguenze legali.

E' questa una strada che va ripresa con più decisione interrompendo il circuito delle reciproche convenienze: le famiglie pagano meno e sono libere da vincoli, mentre le assistenti familiari rinunciano a un insieme di garanzie e di tutele, in cambio di una paga più vantaggiosa.

Si tratta di lavorare per fare in modo che il costo della regolarizzazione non sia troppo elevato per le famiglie, prevedendo ad esempio misure di detrazione dal reddito e che nel contempo garantisca un ritorno economico per le lavoratrici.

#### **5.2.3.4. Riconoscimento professionale, contrattuale e formazione.**

Mentre si lavora sulla emersione va comunque avviato un serio lavoro per il riconoscimento professionale e contrattuale di queste lavoratrici a garanzia dei loro diritti, ma anche dell'anziano e delle famiglie.

Una famiglia quando decide di ricorrere ad un assistente familiare per la cura del proprio anziano deve essere messa in condizione di sapere quali competenze professionali le sono necessarie: questo è possibile solo se sono disponibili profili professionali definiti e riconosciuti.

Nello stesso tempo l'assistente familiare deve essere messo in grado di far valere le sue competenze in quanto riconosciute nella forma contrattuale che garantisce i suoi diritti.

Tutto questo, se coniugato contrattualmente con programmi di formazione consente di avviare un processo di qualificazione diffusa di quell'insieme di assistenti familiari (badanti) a cui affidiamo la cura di persone a noi care senza avere nessuna garanzia della loro professionalità.

#### **5.2.3.5. Rendere trasparente l'incontro tra domanda e offerta nel lavoro di cura**

Una pluralità di soggetti individuali e collettivi negli ultimi anni si sono attivati per intermediare l'incontro tra la domanda e l'offerta nel lavoro di cura. Il livello di trasparenza di questa sorta di servizio spesso lascia a desiderare sia dal punto di vista delle famiglie (tariffe, garanzia di professionalità, livelli di competenza, sicurezza) sia dal punto di vista dei lavoratori (salario, diritti contrattuali, formazione). Il tema è di una delicatezza straordinaria a cui è possibile porre rimedio promuovendo l'istituzione, come è stato fatto in alcune città, il "registro degli assistenti familiari" che raccoglie i nomi di chi fa assistenza agli anziani, garantendo a questo scopo una formazione specifica. Il registro, che dovrà essere reso disponibile a chiunque cerchi un assistente familiare di sicura esperienza e capacità. Duplice la finalità: fornire uno strumento che faciliti la ricerca di assistenti familiari qualificati; sostenere la crescita professionale e l'inserimento lavorativo di chi offre questo servizio.

#### **5.2.3.6. Istituire il fondo unico per la non autosufficienza**

Come emerge chiaramente dalla ricerca il livello di reddito di tantissimi anziani non sempre è tale da garantire il ricorso, in caso di bisogno, a strutture residenziali o assistenti familiari. E' questo un problema che in prospettiva molto probabilmente tenderà ad aggravarsi se nei prossimi anni non si inverte radicalmente la tendenza al precariato come condizione per garantire adeguati livelli pensionistici ai futuri anziani.

D'altra parte gli ultimi anni hanno dimostrato come le risorse che di anno in anno finanziano il Fondo nazionale per la non autosufficienza di cui alla legge 296/2006 non sono in grado di garantire la domanda sia per quantità che per costanza delle risorse. Ne consegue che nel mentre non deve venire meno l'impegno a incrementare e stabilizzare le disponibilità di risorse pubbliche che alimentano il fondo nazionale, nel contempo è opportuno istituire un Fondo nazionale per la non autosufficienza di carattere mutualistico o assicurativo.

Negli anni passati sono state avanzate varie ipotesi e alcune di esse sono state anche sperimentate in paesi europei, ad esempio in Germania. Andrebbe verificata la possibilità di dotare anche il nostro paese di un fondo con l'intento di fornire sostegno a persone non

autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione. Deve comunque essere chiaro che le risorse del fondo sono aggiuntive rispetto alle risorse pubbliche già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti.

#### **5.2.4. Qualificare e ampliare l'offerta di residenzialità**

**5.2.4.1. L'offerta di strutture residenziali:** alcuni elementi orientativi di riferimento possono essere tratti da dati nazionali esistenti e da parametri internazionali dedotti dai sistemi sanitari che presentano modelli organizzativi confrontabili con il nostro.

Dai dati dei principali paesi OCSE si rileva che i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da 4 a 8 posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani).

Dagli attuali 278.652 posti letto disponibili nelle residenze ne deriva un rapporto di 22,5 posti letto ogni 1000 anziani (dato 2011). Allineare il dato alla media OCSE servirebbe in incremento dal 33,3% al 166,6%.

**5.2.4.2. Il modello:** secondo la ricerca del CENSIS le residenze per anziani non hanno *appeal*, sono *parcheggi per vecchi* lontani da esigenze e aspettative dei longevi, anche se poi andando a vedere meglio il giudizio di chi ha rapporto diretto con le strutture residenziali fa registrare una valutazione positiva del 74,1%.

Questo induce a ritenere che se il predominio assoluto della domiciliarità è lo stato attuale della situazione, tuttavia il mercato della residenzialità è potenzialmente espandibile rispetto all'attuale dimensione residuale, purché migliori la qualità dei luoghi e dei servizi interni. Sono infatti 4,7 milioni i longevi che sarebbero favorevoli alla residenzialità, purché la sua qualità migliori rispetto all'attuale situazione. E per qualità migliore si intende non solo una assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, ma contesti ad alta intensità relazionale, aperti alle comunità esterne a cominciare da quelle limitrofe, piattaforme in grado di valorizzare le potenzialità residue delle persone non autosufficienti con uno spettro adeguato di attività diversificate.

Questi risultati si possono perseguire in varie modalità ed in particolare tanto con il modello comunitario e sia con quello familiare. Certamente quello familiare è più flessibile e rispondente a un sistema di relazioni umane più ravvicinate, da questo punto di vista gli spazi che si possono aprire con la diffusione di modelli di cohousing, badanti di condominio, servizi comuni, controllo sanitario a distanza sono di enorme interesse e potrebbero essere la carta vincente di questo modello che attualmente è decisamente minoritario. Al modello comunitario attualmente prevalente, ed in prospettiva ad esso molti guardano con interesse come opportunità di investimento, da più parti sono rivolte pesanti critiche di inadeguatezza, ma questa può essere superata se si assume l'idea che queste strutture debbano parte integrante viva e aperta al territorio come lo sta a testimoniare, ad esempio, la Civitas Vitae di Padova.

**5.2.4.3. La qualità:** i numerosi casi di vero e proprio malaffare che avvengono nelle strutture residenziali per anziani, di cui ci documentano i NAS, mettono in luce l'esigenza di un



enorme problema di affidabilità dei soggetti, individuali e d'impresa pubblica e privata, a cui si chiede di assistere le persone anziani per loro natura deboli e incapaci di difendersi.

Dopo ogni vergognoso evento di cui danno notizia i mass media si alza sempre un coro di proteste e di proposte che, solitamente, scema nel giro di pochi giorni lasciando tutto invariato.

Per porvi rimedio, verificati i seri limiti delle carte dei servizi, è necessari intervenire su più linee di azione.

Intanto quello della prevenzione: al riguardo due cose sembrano essere fondamentali: la prima è esercitare un controllo serrato sul contenuto e rispetto delle convenzioni, la seconda è di introdurre in forma vincolante un serio sistema di gestione per la qualità tanto delle strutture quanto dei singoli operatori.

Al riguardo numerose strutture, in particolare nel Nord, hanno adottato sistemi di gestione della qualità, ma la maggior parte sono ispirate alla norma UNI EN ISO 9001 e alla norma UNI 10881. Soltanto un numero limitato ha percorso la strada della certificazione da parte di un ente terzo (organismo di certificazione), investendo in organizzazione e offrendo al pubblico un attestato emesso da un ente indipendente

Questa deve essere la strada da percorrere. I modelli a cui fare riferimento sono numerosi e molti dei contenuti su cui si dovrebbe fondare il sistema sono stati approfonditi tanto dalla *Commissione Nazionale per la Definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, quanto dalle regionali, l'importante è che il sistema sia vincolante in modo da "costringere" gli operatori a progressivi miglioramenti nel tempo da sottoporre a verifiche periodiche da parte di un soggetto terzo, non necessariamente pubblico.

Sul fronte della repressione dei comportamenti illeciti è importante che la Camera abbia approvato il DDL unificato "Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture sociosanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo". E' auspicabile che quanto prevede il provvedimento diventi rapidamente operativo.

#### **5.2.4.4. L'equilibrio e la sostenibilità del sistema**

Nei diversi paesi europei il rebus principale riguarda il *come finanziare* questo segmento di welfare, visti gli elevati costi destinati a crescere ulteriormente dato l'invecchiamento della popolazione. In Svezia e nel Regno Unito si spinge per spostare gli anziani dalla soluzione residenziale, considerata troppo costosa, a quella domiciliare che dovrebbe essere più praticabile. Esplodono però i casi di cattiva assistenza che nel Regno Unito accendono il furore popolare, laddove emergono casi di maltrattamenti di longevi a domicilio da parte di operatori sottopagati e stressati dall'obbligo di rispettare tempi di intervento ridottissimi.

Non c'è ad oggi un modello replicabile in toto o che si sia affermato come *benchmark*. In Italia per la non autosufficienza si stima siano mobilitate rilevanti risorse private di longevi e famiglie: oltre 9 miliardi di euro per le badanti, 4,9 miliardi di euro per il pagamento delle rette per gli oltre 295 mila longevi ospiti di residenze; poi ci sono le risorse pubbliche come l'indennità di

accompagnamento che risulta pari a 9,6 miliardi di euro per i longevi e a oltre 12,7 miliardi per il totale dei beneficiari. La spesa pubblica per la *long term care* per gli anziani non autosufficienti risulta pari all'1,9% del Pil 2015, vale a dire circa 25 miliardi di euro. Il futuro è legato alla valorizzazione delle redditività sociale di queste risorse, alla capacità di migliorare quello che viene finanziato e prodotto con esse.

Se ad oggi la maggioranza degli italiani in caso di non autosufficienza conta sulla copertura di risorse non dedicate come i propri risparmi mobiliari e immobiliari ed il supporto dei familiari, dall'indagine del CENSIS è emersa una propensione potenziale degli italiani ad accantonare risorse *dedicate* a finanziare nel tempo forme di tutela dalla non autosufficienza: considerando le dichiarazioni soggettive degli occupati sono potenzialmente mobilitabili poco più di 17 miliardi di euro annuali.

E' una cifra virtuale, puramente indicativa, eppure segnala una novità: la disponibilità dei non longevi a considerare un risparmio di lungo periodo specificamente dedicato alla tutela della non autosufficienza.

Quindi vista la crescente attenzione nella cultura collettiva verso il rischio non autosufficienza, il timore che esso genera e la propensione potenziale ad investire nel tempo per costruirsi una tutela adeguata, si apre la partita del come mettere concretamente in movimento l'accumulo concreto di queste risorse. E' una questione di prodotti assicurativi, di connotati dei soggetti chiamati a operare su questo mercato, e di modalità di promozione, anche fiscale, dell'importanza strategica che hanno per una buona longevità il ricorso a strumenti di assicurazione sociale per la non autosufficienza. La logica che la buona longevità si costruisce nella fase di vita non longeva deve sempre più valere anche per la dimensione economica: è questa la partita vera da giocare subito anche per porre freno al processo di ulteriore precarizzazione del lavoro nell'intero sistema di LTC.

## **6. DOMICILIARITA' E RESIDENZIALITA' PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO**

### **6.1. DINAMICHE DEMOGRAFICHE, NUOVI EQUILIBRI E PRIORITA' SOCIALI**

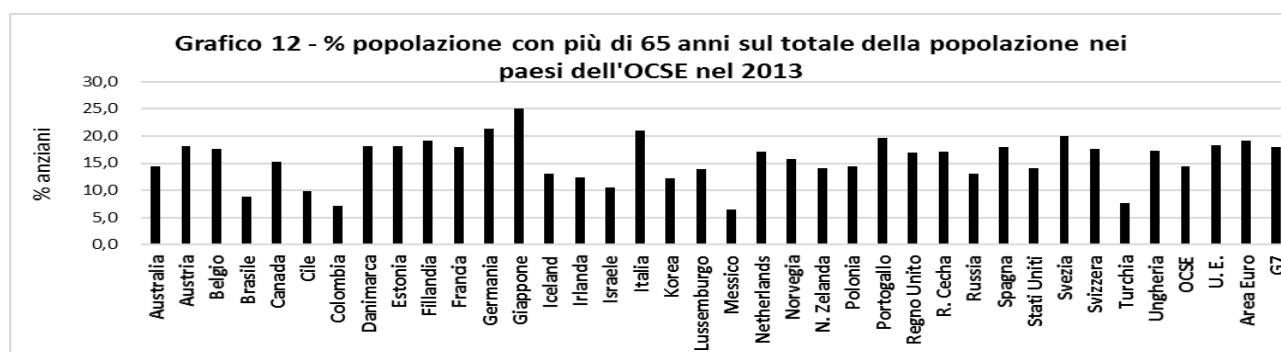
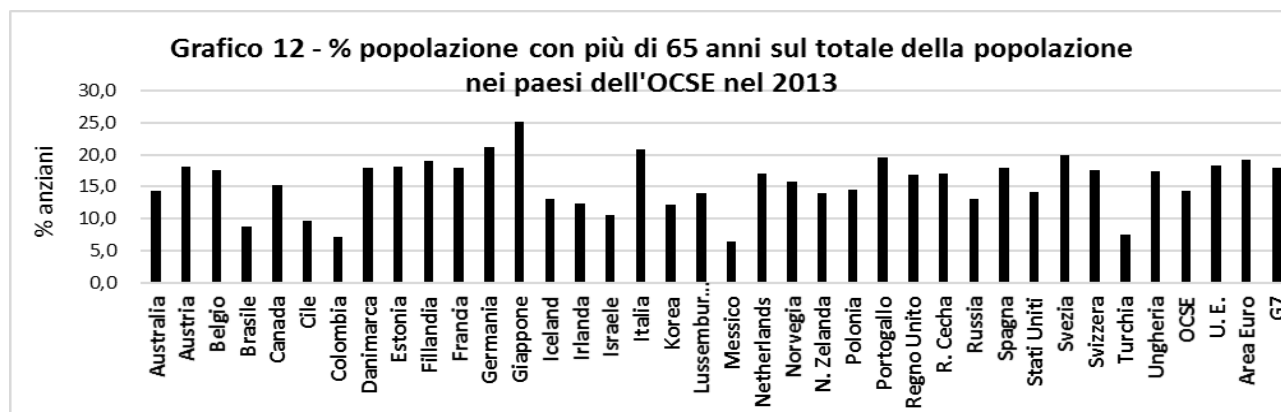
*"Benvenuto nel tuo futuro ....*

*In tutto il mondo, le società stanno invecchiando - ci sono meno persone giovani e molti più persone anziane. I numeri sono impressionanti: in Giappone nel 1963 solo circa 1 persona su 16 aveva 65 anni o più; mezzo secolo più tardi, nel 2013, la proporzione è di 1 a 4. Nello stesso periodo, l'Italia ha visto la sua popolazione raddoppiare da meno di 1 su 10 a più di 1 su 5. Questi paesi non sono soli. Oggi ci sono oltre 900 milioni di persone in tutto il mondo di età superiore ai 60 anni, entro il 2050 il numero dovrebbe aumentare a 2,4 miliardi."*

Queste le parole usate nella introduzione della pubblicazione dell'OCSE del 2015 su "Ageing: Debate the Issues"<sup>24</sup>.

Tutta la ricerca dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico è un invito agli Stati a non prendere sottogamba il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Già oggi il 12% della popolazione mondiale è di persone ultrasessantenni con proiezioni che si spingono verso i 2,4 miliardi per il 2050, quando 21 persone su 100 avranno più di 60 anni. Tra trentacinque anni ci saranno più ultra-sessantenni che ragazzi sotto i 16 anni e sarà la prima volta nella storia dell'umanità (Grafico 12).

Un fenomeno al quale non sono estranee le nazioni in via di sviluppo, dove già adesso vive oltre il 62% degli ultra-sessantenni del mondo. Lo scenario demografico in molti Paesi dell'Asia e del Sud America sta evolvendo così rapidamente da non dar tempo ai governi di adeguarsi. L'esercito degli over-65 è sempre più nutrito in tutto il mondo e infatti, non a caso, l'agenda dei "Sustainable Development Goal (SDG) per il 2030"<sup>25</sup> ha per la prima volta riconosciuto gli anziani come parte integrante del processo di sviluppo: occuparsi dei diritti e delle necessità degli anziani è infatti imprescindibile se si vuole perseguire l'obiettivo del "non lasciare nessuno indietro".



Elaborazione AUSER su dati OCSE

<sup>24</sup> OCSE – Ageing: debate the issues – 2015 -Rapporto degli esperti dell'Organizzazione internazionale sull'invecchiamento della popolazione.

<sup>25</sup> Nazioni Unite - Sustainable Development Goals (SDGs) – 2015 - Gli Obiettivi di Sviluppo sono un insieme di obiettivi pensato per il futuro dello sviluppo internazionale. L'Organizzazione delle Nazioni Unite li ha creati e promossi come obiettivi globali di sviluppo sostenibile. Gli obiettivi di sviluppo sostenibile hanno sostituito gli obiettivi di sviluppo del Millennio, scaduti alla fine del 2015, e sono validi per il periodo 2015-2030. Sono previsti 17 obiettivi e 169 target specifici.

### 6.1.1. Superare gli stereotipi

I dati OCSE documentano scenari dalle inedite implicazioni sociali ed economiche: farvi fronte richiede un impegno politico e culturale straordinario su più fronti.

La vita di una persona è stata finora considerata divisa in tre tronconi: infanzia (dipendenza), età adulta (produttività), età avanzata (dipendenza). Secondo gli autori del rapporto OCSE, però, non c'è nulla di più lontano dal vero, visto che gli anziani rappresentano spesso una grande risorsa economica, innanzi tutto per le loro pensioni, ma anche per le numerose attività che svolgono in ambito familiare, che spesso consente alle donne di avere una autonoma attività lavorativa, e in ambito sociale con il loro impegno nel volontariato per il supporto di servizi fondamentali che la loro esperienza consente di svolgere egregiamente.

Le persone di età avanzata, insomma, non sono semplicemente degli anziani, ma maestri, professionisti, artigiani, contadini, persone in grado di badare ad altre. Certo, tra di loro ci sono anche persone fragili, colpite da demenza, malattie croniche e disabilità varie. Ridurre il tutto a questa seconda categoria, come spesso viene fatto in ossequio a vecchi stereotipi, è un grave errore. Secondo gli esperti dell'OCSE occorre invece avere un quadro preciso della ricchissima realtà rappresentata dagli anziani per costruire e pianificare il futuro su solide basi, liberandosi dei preconcetti sulla terza età e disegnando politiche che tengano conto della crescente longevità delle nostre società.

Ed infatti si comincia a parlare di *Silver Economy*, tant'è che per esplorare le opportunità economiche offerte dalle attività e dalle esigenze degli adulti più anziani in Europa la Commissione della UE ha promosso il progetto di ricerca<sup>26</sup> che dovrà fornire informazioni strategiche e dati necessari per stabilire un quadro di riferimento per lo sviluppo di una strategia sulla *Silver Economy* per l'Europa, basato sulle iniziative regionali, nazionali e industriali esistenti in Europa.

Lo studio sarà operativo fino a febbraio 2017 e avrà i seguenti obiettivi:

- stimare la dimensione potenziale della *Silver Economy* europea da ora fino al 2025;
- fornire una panoramica delle iniziative politiche in corso e in programma nell'ambito della *Silver Economy* di tutta Europa;
- identificare 10 scenari realistici che abbiano il potenziale più alto per creare posti di lavoro e crescita economica;
- sviluppare raccomandazioni politiche a livello UE concentrandosi sul modo migliore per stimolare l'emergere della *Silver Economy* in Europa.

### 6.1.2. I futuri pensionati

Di cosa c'è bisogno per vivere una vecchiaia felice? Fondamentalmente di una buona salute, una casa in cui vivere, famiglia, amici e naturalmente di un po' di soldi per essere sereni.

Secondo i dati del rapporto OCSE *Pensions at a Glance 2013*<sup>27</sup> la maggior parte dei pensionati ha uno standard di vita non dissimile da quello dei lavoratori attivi. Almeno come

---

<sup>26</sup> Il progetto di ricerca sulla *Silver economy* verrà realizzato per conto della DG Reti di comunicazione, contenuti e tecnologie (Connect) della Commissione Europea da un consorzio composto da Technopolis Group, Oxford Economics e Cbased.

<sup>27</sup> OCSE - *Pensions at a Glance 2013* – Esame dei sistemi pensionistici nei paesi OCSE e di un gruppo selezionato di paesi non OCSE. In particolare valuta le tendenze dei sistemi pensionistici e del lavoro in età avanzata nel quadro della evoluzione delle aspettative di vita.

regola generale. E, secondo gli esperti dell'OCSE, la cosa non sorprende perché il pensionato di oggi ha alle spalle una vita all'insegna del posto di lavoro fisso, un miraggio per chi si affaccia oggi nel mondo del lavoro. Così i pensionati delle prossime generazioni saranno molto, ma molto diversi; alcuni saranno stati disoccupati a lungo, altri avranno avuto lunghi periodi di bassi salari; solo alcuni continueranno a godere di buoni stipendi e di posti stabili. Il *gap* tra chi guadagna molto e chi poco si allarga sempre di più e parallelamente diverge la propensione al risparmio di questi due gruppi.

Per quanti non potranno godere di una pensione adeguata significherà e quindi essere in condizioni di povertà significa anche, in genere, non godere di buona salute e arrivare alla vecchiaia con un bel carico di malattie e disabilità. Così, la vecchiaia per i giovani di oggi potrebbe essere assai meno dorata di quella che osservano nei loro genitori.

Ma lasciare che la gente invecchi in maniera così dissimile non rappresenta una buona politica, oltre ad essere eticamente scorretto.

La disoccupazione giovanile ha cifre record in tutti i Paesi OCSE e questo impone una pesante ipoteca sugli anziani di domani. Questo deve spingere i governanti, sollecitano gli esperti, a intervenire prima che questa generazione entri nella terza età, cercando di prevenire al massimo i rischi per la salute e ridisegnando i sistemi di protezione sociale. E soprattutto cercando di dare ai giovani le migliori *chance* di mettere in atto tutte le loro potenzialità.

### **6.1. 3. La vita da "vecchi"**

Da giovani non ci si pensa perché la vita è *l'hic et nunc*, il presente, in genere bello e felice. Ma affacciarsi nel futuro restituisce un quadro un po' diverso di come saremo da anziani ed è bene cominciare a farci un pensiero.

Il fattore chiave che determina come sarà la vita nella terza età è in larga misura i margini di disponibilità economica. Al momento la situazione per gli anziani non è critica tenuto conto che il loro tasso medio di povertà in area OCSE è sceso dal 15,1% del 2007, al 12,8% del 2010, nonostante l'aumento dei tassi di povertà sperimentato a livello di popolazione generale per via della crisi economica. Certo, anche nel caso delle pensioni il *gender gap* si fa sentire, con le donne esposte ad un maggior rischio di povertà, vuoi perché percepiscono pensioni più basse, vuoi perché spesso sopravvivono al compagno di una vita e dunque anche alla sua pensione.

Importanti determinanti di una vecchiaia di successo sono anche gli amici e la famiglia; eppure oltre il 20% degli over-65 afferma di non avere più rapporti con gli amici.

Altrettanto importante per l'anziano è l'accessibilità ai servizi pubblici, visto che necessitano di maggior assistenza rispetto al resto della popolazione.

C'è poi la spesa per l'assistenza, che a volte assorbe oltre il 60% della pensione. Qualcuno già da tempo ha adottato soluzioni drastiche. In Svizzera ad esempio, il costo dell'assistenza degli anziani è così alto che alcune famiglie 'esportano' nonno e nonna in Thailandia per potersi permettere di pagare una casa di riposo. Tra l'altro la Svizzera è uno dei Paesi col più alto tasso di povertà (22%) in area OCSE.

In Corea, dove di anziani ce ne sono molti, le famiglie sono ricorse a soluzioni meno drastiche, servendosi del sistema uHouse (*Ubiquitous Health House*) per monitorare via internet la salute dei propri cari. Questo sistema aiuta le famiglie e gli anziani a mantenere la loro privacy e

indipendenza, fornendo comunque assistenza domiciliare e di fatto sostituendo i servizi ospedalieri.

Anche in Italia è in crescita il fenomeno della emigrazione di pensionati verso paesi dal costo della vita più basso.

#### 6.1.4. Il tempo del lavoro

Il rapporto OCSE del 2006, *'Live longer – Work longer'*<sup>28</sup>, stima che in assenza di modifiche degli attuali schemi di lavoro e pensionamento, il rapporto anziani inattivi per lavoratore attivo è destinato a raddoppiare, passando dal 38% del 2000, al 70% entro il 2050. In questo stesso lasso di tempo in Europa questo rapporto potrebbe diventare 1:1. Restando così le cose, il PIL pro capite in area OCSE si ridurrà dell'1,7% l'anno nell'arco delle prossime tre decadi, riducendosi di circa il 30% rispetto al suo tasso tra il 1970 e il 2000.

Ma in realtà il futuro non è mai così semplice da decifrare. Così appena un anno dopo la pubblicazione di questo rapporto, la pensione di molti anziani è stata ridotta in polvere dalle speculazioni in borsa. Di conseguenza, molti di loro sono dovuti tornare a lavorare. Almeno quelli che hanno avuto la fortuna di trovarlo un lavoro. Secondo gli autori del rapporto OCSE a questo punto vanno innanzitutto sfatati due miti: che gli anziani tolgano lavoro ai giovani e che con l'avanzare degli anni la capacità lavorativa si deteriori.

Il motto *live longer, work longer* va però declinato nelle realtà delle singole nazioni. Per questo l'OCSE ha lanciato una serie di studi nazionali chiamati *'Working better with age'*. Che non significa tornare alla realtà degli USA di fine 1800, quando il 68% degli uomini over-65 erano ancora al lavoro, ma trovare soluzioni per far lavorare meglio le persone di età compresa tra i 55 e i 64 anni. In area OCSE il 57,5% di questa fascia d'età è ancora al lavoro, anche se le percentuali variano sensibilmente da una nazione all'altra. A guidare la classifica degli anziani più stacanovisti è l'Islanda, con l'83,6% ancora al lavoro, seguita da Nuova Zelanda (76,3%), Svezia (74%), Norvegia (72,2%) e Svizzera (71,5%). Sul versante opposto la Turchia, con appena il 31,4% di questa fascia d'età ancora al lavoro, la Grecia (33,7%) e la Slovenia (35,8%) (Grafico 13).



Elaborazione AUSER su dati OCSE

<sup>28</sup> OCSE - *Live longer – Work longer – 2006* – Nello studio gli esperti dell'OCSE esaminano l'evoluzione del rapporto tra lavoratori attivi e pensionati entro i prossimi 50 anni, mettendo in evidenza le conseguenze la eventualità che i secondi superino il numero dei primi e l'opportunità di ripensare i modelli e i tempi di lavoro e di pensione.

### 6.1.5. I sistemi previdenziali

Il sistema pensionistico, è noto, non gode certo di buona salute a livello planetario e la crescente longevità lo sta mettendo a dura prova tant'è che negli ultimi anni proliferano gli studi dell'OCSE. Di seguito si fa riferimento ad alcuni di questi studi.

Il rapporto OCSE *Pensions Outlook 2014*<sup>29</sup>, analizza le varie modalità messe in atto dalle diverse nazioni per affrontare le sfide quali quella demografica. Le generazioni 'baby boom' sono destinate pian piano a scomparire, lasciandosi dietro elementi più permanenti quali l'allungamento dell'aspettativa di vita.

Con la prospettiva di anziani sempre più longevi mantenere invariati gli anni di versamenti pensionistici significherebbe trovarsi a spalmare i contributi accumulati su un maggior numero di anni, cioè in definitiva rassegnarsi ad avere pensioni più basse.

Nel caso in cui invece i governi o i datori di lavoro dovessero addossarsi l'onere dei costi extra, generati dal maggior numero di anni trascorsi in pensione, rispetto ai contributi versati durante gli anni di lavoro, probabilmente si troverebbero a fronteggiare problemi di solvenza o di sostenibilità fiscale.

Gli autori del rapporto, insomma, concludono che versare più contributi e più a lungo, soprattutto ritoccando in avanti l'età pensionabile, sembra il modo migliore per venir fuori da questi problemi. In questo modo si andrebbe a mantenere il giusto rapporto tra anni di contributi versati e anni di pensionamento. Molti Paesi si sono infatti adeguati, innalzando l'età pensionistica o definendo l'età della pensione sulla base dell'aspettativa di vita.

Però non si può certo dire che questo sia un approccio equo, perché l'allungamento dell'aspettativa di vita non è distribuito uniformemente attraverso tutta la società. Fissando l'età pensionabile a 65 anni per tutti verrebbero favoriti tutti quei gruppi che potranno godere di una maggiore aspettativa di vita godendo per un maggior numero di anni la pensione, rispetto ai gruppi con minore aspettativa e che magari, come accade spesso, hanno anche iniziato a lavorare in età più precoce versando i contributi previdenziali per un maggior numero di anni.

Forse, riflettono gli autori, un approccio migliore potrebbe essere quello di collegare il numero degli anni di versamenti all'aspettativa di vita, ma per fare questo sono necessari una serie di dati, attualmente non disponibili in tutti i Paesi. Per non parlare del fatto che non è affatto detto che l'aspettativa di vita si mantenga quella attuale o magari aumenti in futuro.

Nel rapporto sempre dell'OCSE "*Roadmap for the Good Design of DC Pension Plans*"<sup>30</sup> vengono prese in considerazione per fondi pensione e provider di rendite, le possibili strategie per

---

<sup>29</sup> OCSE - *Pensions Outlook- 2014* – Lo studio esamina il mutevole paesaggio pensionistico dei Paesi OCSE. Esamina le riforme delle pensioni, il ruolo delle pensioni private e i sistemi di risparmio per la pensione. L'invecchiamento della popolazione e i mezzi per aumentare la copertura. Il volume è completato da un capitolo sul default delle strategie di pensionamento.

<sup>30</sup> OCSE - *Roadmap for the Good Design of DC Pension Plans – 2012* – La tabella di marcia è stata approvata da gruppo di lavoro dell'OCSE sulle pensioni private nel giugno 2012

proteggersi dal rischio longevità. Suggestioni sono contenute anche nel rapporto OCSE *“Mortality Assumptions and Longevity Risk”*<sup>31</sup>.

### **6.1.6. Sistemi sanitari: non pronti per popolazioni sempre più anziane.**

Secondo il rapporto OCSE sull’Ageing<sup>32</sup>, il modello di assistenza sanitaria prevalente al giorno d’oggi non tiene conto delle variazioni epidemiologiche e delle reali necessità assistenziali della popolazione. Il principale obiettivo a tutt’oggi rimane quello di costruire nuovi ospedali, acquistare attrezzature innovative e costose, migliorare sempre più i servizi per gli acuti.

L’invecchiamento della popolazione richiede invece un deciso cambio di direzione che sposti il baricentro dalla cura di pochi episodi acuti, alla moltitudine delle necessità dei ‘cronici’. Uno scenario che riporta in primo piano il ruolo della medicina di famiglia e della *continuity of care* attraverso diversi attori sul territorio.

Un esempio di quanto gli attuali sistemi sanitari siano inadeguati rispetto alla crescente complessità di una popolazione che invecchia è la demenza, condizione che interessa oggi almeno 47 milioni di persone, destinate a diventare 76 milioni entro il 2030. Il più alto tasso di prevalenza di questa condizione in area OCSE si registra in Francia, Italia, Svizzera, Spagna, Svezia e Norvegia (6,3-6,5% degli over-60 affetti). E non esistono cure, neppure all’orizzonte. In attesa dei progressi della ricerca la vita dei pazienti affetti da demenza e delle loro famiglie è decisamente difficile. A medici e *care giver* dovrebbero essere offerti training specifici, dati strumenti migliori per assistere queste persone, dovrebbe essere semplificato il dialogo tra servizi sanitari e sociali.

La ricerca dell’OCSE ha individuato 10 punti che potrebbero fare la differenza, che vanno dal minimizzare il rischio di sviluppare questa condizione, allo sfruttare tutto il potenziale delle nuove tecnologie per supportare questi pazienti e consentire loro una morte dignitosa. In particolare viene sottolineata la necessità di un ben diverso livello di conoscenza statistica dei fenomeni connessi alla longevità, purtroppo gravemente sottovalutata nonostante la nostra sia considerata l’epoca dei *big data*. Implementare i dati della *digital health* è estremamente utile nel campo della ricerca di nuove terapie per le patologie neurodegenerative come la demenza, ma anche per la loro assistenza. Per questo sono necessari investimenti importanti in personale, corsi di formazione, training e per la realizzazione di infrastrutture.

Tutti obiettivi che devono fare i conti con la realtà di un budget per le demenze che ammonta a meno dell’1% del totale nel campo “ricerca e sviluppo” in area G7.

### **6.1.7. Le città e le abitazioni**

I giornali sono prodighi di suggerimenti su posti esotici, vista spiaggia o campo da golf, dove ritirarsi in pensione spendendo niente. Ma la realtà, fotografata dal rapporto ‘Ageing in the City’<sup>33</sup>, racconta un’altra storia: almeno metà degli over-65 di area OCSE continuano a vivere in città.

---

<sup>31</sup> OCSE - Mortality Assumptions and Longevity Risk - 2014 – Il rapporto esamina le implicazioni della longevità per i fondi pensione e i fornitori di rendita

<sup>32</sup> OCSE - Ageing: debate the issues – 2015 – Rapporto dell’OCSE sull’invecchiamento della popolazione a livello globale.

<sup>33</sup> OCSE - Ageing in the City’ – 2015 – Lo studio esamina le tendenze dell’invecchiamento, il suo impatto sulle aree urbane e le strategie per la politica e la governance. Vengono analizzati nove casi di studio che coprono Toyama, in



Farsi carico di questa realtà richiede che l'urbanistica debba tener conto delle nuove esigenze degli anziani, assicurando trasporti e servizi adeguati. Così l'OCSE propone di utilizzare un certo numero di indicatori (concernenti la salute, le abitazioni, i trasporti, l'occupazione, ecc) che aiutino i cittadini e i loro rappresentanti a comprendere meglio i cambiamenti demografici e a pianificare come gestirli.

Di quanto sia importante questo tema nelle politiche per l'invecchiamento attivo è messo bene in evidenza nella guida "Global Age-friendly Cities"<sup>34</sup> dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) in cui a conclusione dell'editoriale introduttivo, si dice *"Il vero problema consiste allora nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessari, da un lato per il suo benessere e dall'altro per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo"*.

Successivamente, nel capitolo 2, la guida dell'OMS prosegue: *"Una città a misura di anziano incoraggia l'invecchiamento attivo ottimizzando le opportunità a favore della salute, della partecipazione e della sicurezza, allo scopo di rafforzare la qualità della vita mentre la gente invecchia. Dal punto di vista pratico, una città a misura di anziano adegua le sue strutture e i suoi servizi in modo da renderli accessibili e usufruibili dalle persone più anziane con bisogni e capacità diverse"*.

Come si vede una grande attenzione al rapporto ambiente urbano – longevità. E' del tutto evidente come in questo rapporto un ruolo determinante lo abbia la qualità delle abitazioni dove gli anziani risiedono. Anche qui si pone un enorme lavoro di adeguamento. In prospettiva saranno crescenti i problemi derivanti da una quota di popolazione sempre meno autonoma nelle sue funzioni più elementari. Questo comporterà sicuramente una crescente domanda di spazi, prodotti e servizi di supporto, già ampiamente percepita da quei settori economici attivi nell'offerta di prodotti a favore dell'invecchiamento attivo.

Tutto questo è stato recentemente messo in luce dal Rapporto di Eurofound: "Abitazioni inadeguate in Europa: costi e conseguenze"<sup>35</sup>. Il rapporto mostra come l'inadeguatezza delle abitazioni abbia un impatto negativo fortissimo, arrivando a creare problemi di salute o incidenti, con conseguenze rilevanti in termini di costi sanitari. Lasciare vivere le persone in alloggi inadeguati pesa in maniera significativa sulle economie dei paesi dell'UE: il costo totale annuo è di quasi 194 miliardi di euro.

L'impatto reale dell'inadeguatezza degli alloggi tende ad essere evidente solo nel lungo periodo e il risparmio che gli investimenti in alloggi di buona qualità sarebbero in grado di

---

Giappone; Yokohama, Giappone; Lisbona, Portogallo; Calgary, Canada; Colonia, Germania; Brno, Repubblica Ceca; Manchester, Regno Unito; Philadelphia, Stati Uniti e Helsinki, Finlandia.

<sup>34</sup> OMS - "Global Age-friendly Cities – 2015 – La guida ha lo scopo di suggerire come rendere le città "amiche" degli anziani tenendo conto delle loro necessità al fine di favorire lo sviluppo delle loro potenzialità.

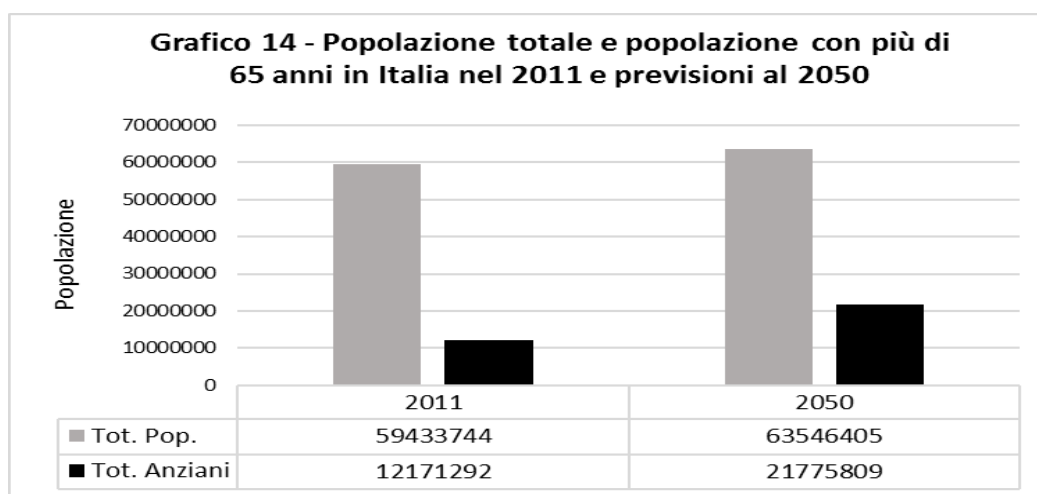
<sup>35</sup> Rapporto Eurofound "Inadequate housing in Europe: Costs and consequences" Agosto 2016.

produrre per il settore dei servizi pubblici, per l'economia e la società in generale non sono sempre immediatamente visibili.

Questo deve indurre ad accelerare la messa a punto di una strategia fondata su una più chiara percezione del problema che, come indica il rapporto *“Anziani e casa nell’unione Europea”*<sup>36</sup> a cura dell'Osservatorio Europeo del Social Housing, comporta di ripensare profondamente le relazioni degli anziani con la casa e il contesto di quartiere in quanto è sui caratteri di queste relazioni che si fonderà in futuro la qualità della vita nella terza e quarta età.

## 6.2. L'INVECCHIAMENTO IN ITALIA

In Italia oltre il 21% della popolazione ha più di 65 anni o più, ben 13,2 milioni di anziani in termini assoluti, di cui la metà (6,6 milioni) con più di 75 anni (Istat 2015). In prospettiva si prevede che la componente di ultrasessantacinquenni raggiungerà il suo picco, 20-26% sulla popolazione totale negli anni 2050-2060 (Grafico 14).



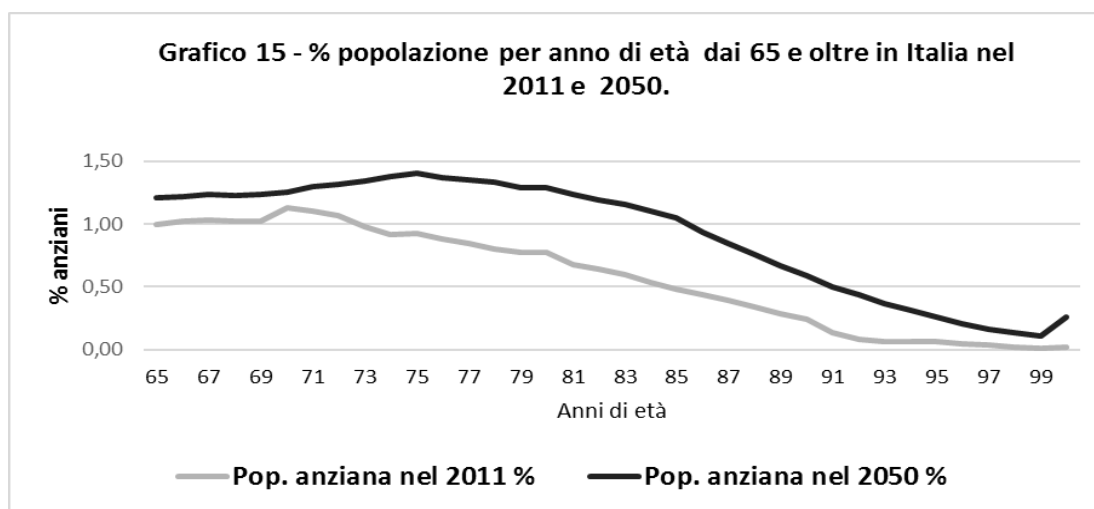
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Secondo l'ISTAT<sup>37</sup> nel suo studio del 2008 sulle previsioni demografiche italiane al 2050 - Grafico 14: *“L’aspetto in assoluto più certo di tutte le previsioni è il progressivo e inarrestabile incremento della popolazione anziana, tanto in termini assoluti quanto relativi. I numeri assoluti dicono che, rispetto agli attuali 11,8 milioni, gli anziani ammonteranno entro il 2051 a 20,3 milioni nello scenario centrale, a 22,2 milioni nello scenario alto, a 18,3 milioni nello scenario basso. La forchetta tra le due ipotesi estreme evidenzia pertanto un’ampiezza di ben 3,9 milioni di individui. I numeri relativi trasmettono, invece, un unico messaggio, guarda caso lo stesso sia per le ipotesi qui presentate sia per le ipotesi pubblicate in occasione di precedenti previsioni Istat: gli ultra 64enni, oggi pari al 19,9% del totale (1 anziano ogni 5 residenti), perverranno al 33% nel 2051 (1 anziano ogni tre residenti). Con l’invecchiare della popolazione, cresce in misura soverchiante il numero delle persone molto anziane. Secondo lo scenario centrale i cosiddetti “grandi vecchi” (anziani di 85*

<sup>36</sup> Osservatorio Europeo del Social Housing – 2008 - *“Anziani e casa nell’unione Europea – Lo studio analizza il rapporto tra invecchiamento della popolazione e condizione abitativa nei paesi dell’Unione Europea.*

<sup>37</sup> ISTAT - Previsioni demografiche – Nota informativa 20080619 - 2008

anni e oltre) passano da 1,3 milioni nel 2007 a 4,8 milioni nel 2051, per una proporzione che aumenta dal 2,3% al 7,8%" (Grafico 15).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

La regione che tra 40 anni toccherà il livello massimo di popolazione anziana si prevede che sia la Liguria con una percentuale di over 75 pari a circa il 22,5%. L'anno successivo sarà la volta di Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte. Le regioni del Sud Italia continueranno ad avere incrementi del gruppo di popolazione over 75 per lungo tempo, ben oltre il 2065.

### 6.2.1. Le conseguenze dell'invecchiamento

Una conseguenza diretta di questo scenario è certamente l'aumento (almeno in termini assoluti) di quel segmento di anziani con bisogni sanitari e socio-assistenziali che necessitano assistenza di tipo continuativa. Un recente lavoro dell'ISTAT<sup>38</sup> ha prodotto stime aggiornate del numero di anziani con limitazioni funzionali che necessitano di cure e assistenza. Nel 2013, si stima che circa 2,5 milioni di anziani siano affetti da limitazioni funzionali<sup>39</sup>, con picchi significativi al Sud (Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e tassi più bassi nel Nord Italia. In particolare le limitazioni più frequenti sono quelle delle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL) che interessano 1,6 milioni di anziani, con un tasso nazionale del 12,8%, a seguire quelle relative al movimento con 1,3 milioni, con un tasso del 10,2%) e il confinamento con 1,2 milioni, con un tasso del 9,4% (Tab. 8).

<sup>38</sup> ISTAT – Condizioni di salute, condizioni di rischio e prevenzione – 2014

<sup>39</sup> L'ISTAT si riferisce a persone con limitazioni funzionali e non più a persone con disabilità, allineandosi con l'approccio dell'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO) e la sua International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) che concepiscono la disabilità come il risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali personali e ambientali. Nello specifico, l'ISTAT definisce le persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà in alcune specifiche dimensioni: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

**Tab. 8 – Persone di 65 anni e più con limitazioni funzionali per tipo di limitazioni funzionali e regione di residenza nel 2013 – Elaborazione AUSER su dati ISTAT**

REGIONI	Con limitazioni funzionali	Tipo di limitazione funzionale			
		Confinamento	Nelle funzioni	Nel movimento	Nella vista, udito e parola
Piemonte	14,7	6,3	9,0	8,8	3,7
Valle d'Aosta	14,4	7,2	9,1	9,1	3,3
Liguria	15,0	7,4	9,9	8,4	2,9
Lombardia	15,7	7,9	9,5	7,7	3,5
Trentino- Alto Adige	15,3	4,1	10,4	7,3	4,8
<i>Bolzano</i>	<i>14,9</i>	<i>3,3</i>	<i>9,4</i>	<i>6,2</i>	<i>4,0</i>
<i>Trento</i>	<i>15,8</i>	<i>5,0</i>	<i>11,4</i>	<i>8,3</i>	<i>5,5</i>
Veneto	18,7	7,6	12,4	9,3	4,6
Friuli-Venezia Giulia	17,4	9,7	11,2	9,0	4,6
Emilia-Romagna	17,9	7,2	12,3	9,2	4,7
Toscana	17,6	8,5	9,8	10,5	4,6
Umbria	21,3	8,3	15,3	11,8	6,2
Marche	19,2	10,0	13,7	9,0	5,2
Lazio	19,4	9,5	12,2	9,6	5,7
Abruzzo	19,2	8,8	13,1	7,6	6,2
Molise	20,6	9,4	12,2	11,9	4,9
Campania	25,2	12,9	16,2	12,2	7,4
Puglia	26,9	14,3	18,7	13,4	6,6
Basilicata	19,7	9,3	11,2	8,4	7,6
Calabria	22,8	10,9	15,3	11,5	7,1
Sicilia	25,5	12,8	16,8	13,8	6,3
Sardegna	25,4	10,6	17,0	13,8	5,8
ITALIA	19,8	9,4	12,8	10,2	5,2

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

E' opportuno ricordare che fragilità, cronicità e disabilità (come pure la stessa non autosufficienza) non sono concetti sovrapponibili e mai come oggi esistono strumenti e politiche per favorire e promuovere una vita longeva attiva ed in buona salute. Tuttavia è evidente come nelle coorti più anziane aumentino la prevalenza e l'incidenza delle principali patologie età-correlate. Non a caso con l'avanzare dell'età cresce la proporzione di coloro che dichiarano di avere una malattia o un problema di salute cronici, superando la metà dei cittadini di età compresa tra i 75 e gli 84 anni e sfiorando il 64% tra gli over 85.

La stessa situazione si verifica per quanto riguarda le limitazioni percepite nello svolgimento delle attività quotidiane. Nel 2009 oltre il 73% degli italiani non riferiva alcuna limitazione, tuttavia il quadro cambiava se la domanda veniva rivolta ai più anziani: la proporzione di persone over 65 con limitazioni si attestava intorno al 40% e, soprattutto per i grandi anziani, tali limitazioni venivano percepite come gravi (per il 39% degli over 85).

### **6.2.2. La risposta delle famiglie all'insorgere della non autosufficienza**

La longevità non spaventa, ma la non autosufficienza sì, non a caso nel sentire collettivo si diventa vecchi quando si perde la propria autonomia, diventando dipendenti da altri. La relazione diretta tra invecchiamento, patologie croniche e non autosufficienza negli ultimi anni si va

trasformando in una vera e propria insorgenza sociale ed economica in quanto il nostro sistema di welfare non è ancora attrezzato ad affrontarla.

A fronte di questi limiti la risposta delle famiglie è stata spontanea, molecolare, tempestiva e, per molti aspetti, adeguata: sono state loro a occuparsi dei longevi parzialmente o totalmente non autosufficienti, garantendo direttamente il *care* (in particolare mogli, conviventi, madri e figlie) o semplicemente assumendo una badante, di solito una donna piuttosto giovane, straniera, proveniente da un paese ad alta pressione migratoria. E' nato così in tempi brevi una nuova area del welfare, quello dell'assistenza domiciliare privata, in cui le famiglie sono datori di lavoro e le straniere sono i prestatori d'opera. L'acquisto dei servizi e delle prestazioni delle badanti è stato finanziato con risorse private, dei longevi e dei familiari e con una quota di risorse pubbliche, tra le quali spicca l'indennità di accompagnamento.

### **6.2.3. Il modello italiano di assistenza alla non autosufficienza**

L'impegno molecolare delle famiglie ha contribuito in modo decisivo a determinare quello che si può considerare una sorta di "modello" italiano di assistenza alla non autosufficienza articolato su due aree: la domiciliarità e la residenzialità. La prima si è sviluppata nella convinzione radicata e diffusa che per le persone anziane rimanere in casa propria è sempre e comunque la soluzione migliore. La seconda area, quella della residenzialità, è costituito da quell'insieme di strutture (presidi) pubblici e o privati in cui le persone anziani bisognose di assistenza vengono ospitate anche a tempo indefinito.

Tra le due aree i numeri evidenziano il netto prevalere della domiciliarità dove trovano assistenza milioni di anziani, mentre nella residenzialità gli anziani non autosufficienti sono poco più di 210.000 nel 2013. Questo si spiega, come sostiene il CENSIS<sup>40</sup>, perché *"La prevalenza culturale dell'opzione domiciliare ha però potuto beneficiare anche dell'assenza di alternative, perché la residenzialità per longevi non autosufficienti in Italia non è assolutamente competitiva. Infatti, sono poco più di 200 mila i longevi non autosufficienti ospiti di strutture residenziali di contro a circa 2,5 milioni in famiglia, in casa propria o di parenti"*.

Nel sentire collettivo, inoltre, le residenze per anziani sono considerate come una sorta di confinamento, ben lontane dalle esigenze e aspettative dei longevi. Pensando alla propria longevità con relativa fragilità o addirittura non autosufficienza la maggioranza degli italiani, infatti, si immagina in casa propria, tra i familiari e/o magari con la badante, anche se la propria abitazione non è pienamente adeguata e/o adeguabile a garantire buona qualità della vita

### **6.3. LE RISORSE PER L'ASSISTENZA DI LUNGA DURATA – LONG TERM CARE**

Secondo il Network Non Autosufficienza<sup>41</sup> *"La sfida sul tavolo dei policy maker è quella di riuscire a soddisfare la crescente complessità dei bisogni degli anziani non autosufficienti con adeguati interventi da parte del sistema sanitario e di protezione sociale, facendo quadrare allo stesso tempo i conti pubblici investiti da crisi economica, recessione e tagli"*.

---

<sup>40</sup> CENSIS - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

<sup>41</sup> Network nazionale per l'invecchiamento - 5° Rapporto: L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 2015

In questo senso, in Italia il sistema di cura di lunga durata ha tradizionalmente, seppure implicitamente, fatto affidamento sul ruolo della famiglia, sia in termini di cure informali prestate dai *caregiver* familiari alla persona non autosufficiente, sia in termini di spesa privata per l'assistenza diretta. Tuttavia, le evidenze dicono che anche questa parte di welfare coperta finora dalle famiglie e dai *caregiver* familiari andrà diminuendo inevitabilmente e significativamente.

Come si è visto dai dati OCSE<sup>42</sup> e ISTAT<sup>43</sup> il rapporto tra persone adulte (45-64 anni) e anziani (75+ anni) si dimezzerà per il 2050, con minori possibilità per i figli di fornire cure intergenerazionali. Inoltre, se si dovesse mantenere l'attuale rapporto di *caregiver* familiari per persona bisognosa di LTC, il loro numero dovrebbe crescere almeno del 50%, cosa praticamente impossibile anche considerando il ruolo attivo nelle cure del partner dell'anziano non autosufficiente.

Il cosiddetto *Oldest Support Ratio* (OSR)<sup>44</sup>, indicatore definito come rapporto tra la popolazione appartenente alla classe 50-74 anni e la classe over-85, messo a punto per misurare le potenzialità del ruolo dei *caregiver* familiari assumendo che gli anziani siano assistiti dai figli (meglio figlie), fornisce informazioni sul numero di persone potenzialmente in grado di garantire cure informali per ciascuna persona over-85. Applicandolo alla realtà italiana l'indicatore si è ridotto nel periodo 1982-2015 da 40,5 a meno di 10 unità, un valore che scende al di sotto delle 5 unità se il calcolo viene effettuato solo per la componente femminile della popolazione. Una tendenza che induce forte preoccupazione per gli effetti sulle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e sui costi per le famiglie, se non interverranno profondi cambiamenti in seno al nostro welfare.

Per queste ragioni, il sistema formale pubblico di cura di lunga durata è oggi di fronte alla necessità di riformarsi in modo equo, appropriato e sostenibile sul lungo termine, dati i fattori demografici, sociali ed economici di contesto

In altre parole si dovrebbe lavorare alla costruzione di un sistema di domiciliarità e residenzialità fondato su un welfare territoriale esteso territorialmente, capillare nelle relazioni con l'utenza, efficiente ed efficace nei servizi. Purtroppo tutto questo non è dato, ed in particolare non gode di una adeguata attenzione da cui deriva una assenza progettuale e di finanziamento, ma conta su interventi occasionali e su un mix di risorse comunali, regionali e sul sostegno di fondi statali annualmente subordinati alle esigenze degli equilibri di bilancio.

### **6.3.1. Cresce la domanda ma non aumentano i servizi assistenziali**

Aumenta di conseguenza la domanda di assistenza per gli anziani e, in particolare, per i non autosufficienti, ma non aumentano le risorse in proporzione alla loro crescita per finanziare il sistema di assistenza di lunga durata (LTC).

---

<sup>42</sup> OCSE – Ageing: debate the issues – 2015

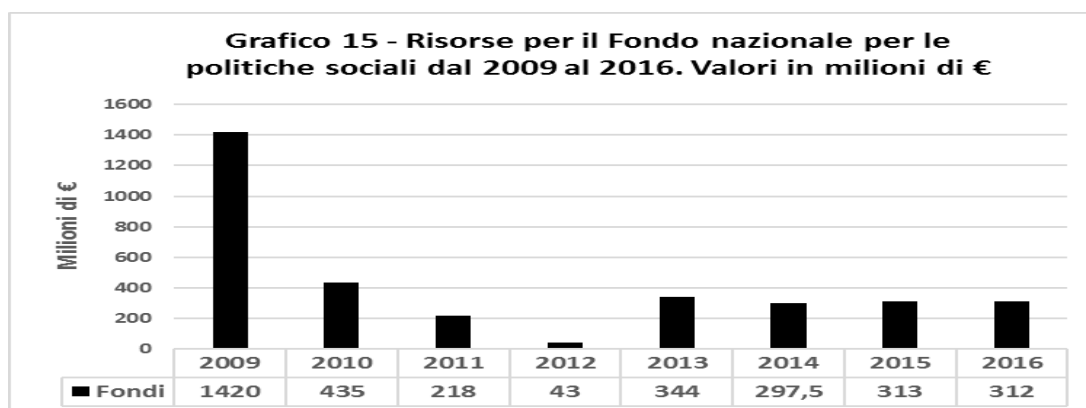
<sup>43</sup> ISTAT - Previsioni demografiche – Nota informativa 20080619 - 2008

<sup>44</sup> Robine, J. M., Michel, J.P. and Herrmann, "Who Will Care for the Oldest People in Our Ageing Society?" - 2007

Nelle previsioni della Ragioneria Generale dello Stato<sup>45</sup> per lo scenario nazionale base la spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL nelle sue tre componenti (sanitaria, indennità di accompagnamento, altre prestazioni) passerà dall'1,9% del 2015 al 3,2% del 2060. Tale aumento si distribuirà in modo pressoché uniforme nell'intero periodo di previsione. Le differenze nei profili di spesa relativi alle diverse componenti determineranno, nell'interazione con l'evoluzione della struttura della popolazione, alcuni effetti redistributivi lievi a livello di tipologia di spesa e più significativi per fascia di età. In particolare aumenta il peso delle indennità di accompagnamento e quello delle altre prestazioni LTC a discapito della componente sanitaria. Quest'ultima presenta una crescita di minore intensità per la presenza, al suo interno, di prestazioni che non sono strettamente legate all'invecchiamento (malati psichici e dipendenti da alcool e droghe). In relazione alla struttura per età, si registra una crescita della quota di spesa destinata agli ultraottantenni la quale passa dal 44% del 2010 al 70% del 2060. Questo spostamento di risorse avviene prevalentemente a discapito della fascia di età 0-64 anni.

Da queste previsioni il dato certo che emerge in tutta evidenza che l'incremento dei longevi determina l'esigenza di un progressivo adeguamento della spesa in rapporto al PIL

A fronte di questa esigenza le scelte degli ultimi Governi non hanno brillato per sensibilità. Il Fondo nazionale per le politiche sociali<sup>46</sup>, il principale canale di finanziamento, con tagli che hanno raggiunto anche livelli del 30-40% annuo, è stato fortemente ridimensionato dalle leggi finanziarie annuali fino a raggiungere nel 2012 un valore solo simbolico. Nel 2016 la dotazione del fondo è del 78 in meno di quella che aveva nel 2009. Ciò ha significato per gli enti locali la scomparsa di una fonte di finanziamento che contribuiva per il 12,1% alla spesa sociale (Grafico 15).



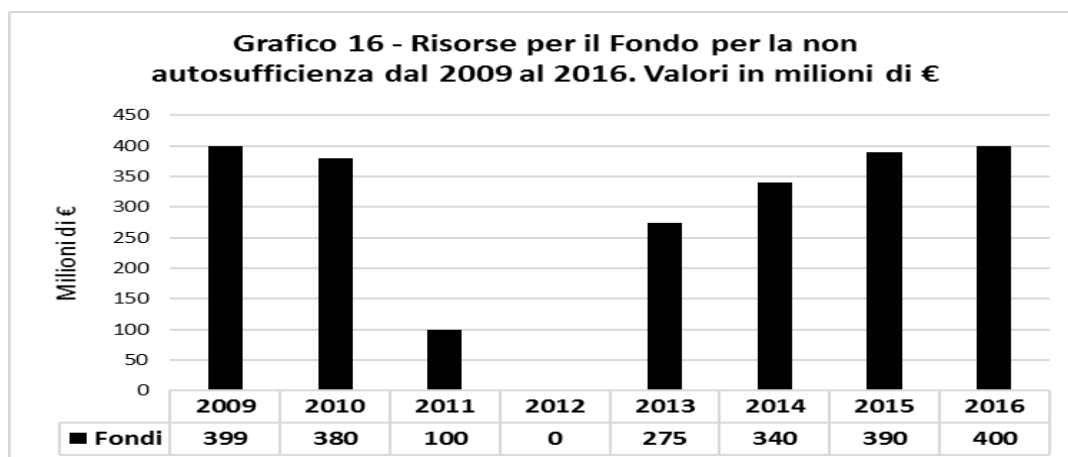
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

<sup>45</sup> **Ragioneria Generale dello Stato** - Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario – Rapporto n. 17 - 2016

<sup>46</sup> **Fondo nazionale per le politiche sociali** – il Fondo (FNPS), è stato previsto inizialmente dalla Legge 449/1997 e ridefinito dalla Legge 328/2000, ed è la fonte nazionale di finanziamento specifico degli interventi di assistenza alle persone e alle famiglie, così come previsto dalla Legge quadro di riforma dell'assistenza (la Legge 328/2000, appunto). Il Fondo Sociale va a finanziare un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona che descrivono, per ciascun territorio, una rete integrata di servizi alla persona rivolti all'inclusione dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita.

Stessa sorte per il Fondo per la non autosufficienza<sup>47</sup> introdotto nel 2007 - Grafico 16. Rispetto ai 400 milioni investiti su questo fronte nel 2009 e 2010, dal 2011 il canale non è stato rifinanziato e nel 2012 i fondi sociali erano sostanzialmente azzerati.

Con le recenti leggi di stabilità si sta progressivamente recuperando il livello delle risorse stanziare nel 2009, ma nonostante questi reintegri le risorse statali restano nettamente inferiori al fabbisogno. Da sottolineare, inoltre, che il rifinanziamento ha carattere esclusivamente annuale, mentre per gli anni successivi permane la situazione di incertezza sui fondi disponibili”.



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Per comprendere pienamente il senso di questi dati è utile dare uno sguardo all’insieme dei fondi per le politiche sociali. La Tabella 9 fotografa l’ammontare complessivo delle risorse dal 2009 al 2013 destinate alle Regioni per quanto riguarda i 5 Fondi presi in esame.

La riduzione anche in questo caso è stata molto pesante. Si è passati da 1,155 mld del 2009 ai 575 mln del 2013, un calo del 53,3%. Da notare come in questo caso il dato mostra una crescita delle risorse per il 2013 dopo il biennio 2011-2012 (Grafico 17).

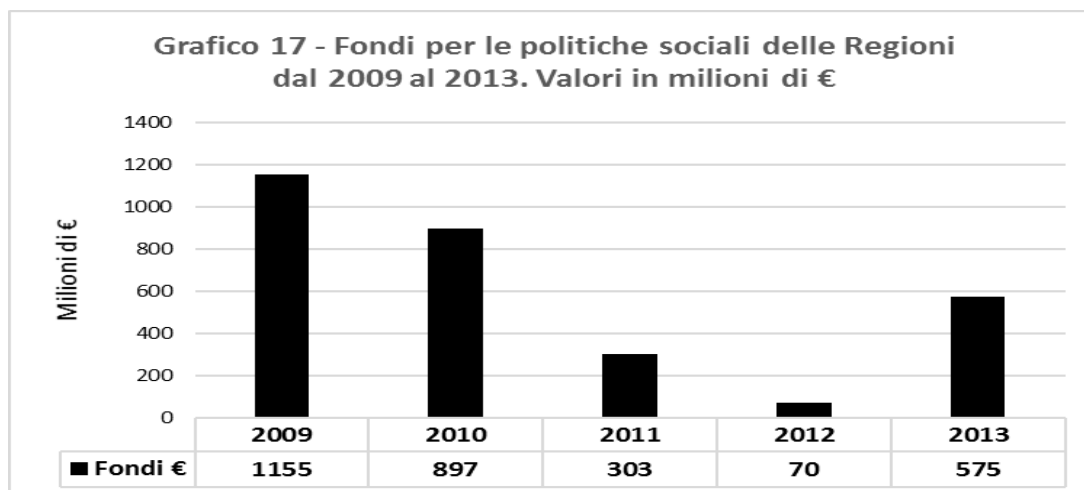
**Tab. 9 – Risorse statali destinate alle Regioni per i fondi per le politiche sociali negli anni dal 2009 al 2013**

Anno	FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO POLITICHE PER LA FAMIGLIA	FONDO POLITICHE GIOVANILI	FONDO PARI OPPORTUNITA	FONDO NON AUTOSUFFICIENZE	TOTALE RISORSE
2009	518.226.539	200.000.000	0	38.720.000	399.000.000	1.155.946.539
2010	380.222.941	100.000.000	37.421.651	0	380.000.000	897.644.592
2011	178.500.000	25.000.000	0	0	100.000.000	303.500.000
2012	10.680.362	45.000.000	0	15.000.000	0	70.680.362
2013	300.000.000		0	0	275.000.000	575.000.000

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

<sup>47</sup> **Fondo per la non autosufficienza** - Il Fondo è stato istituito dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) ed è finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti.





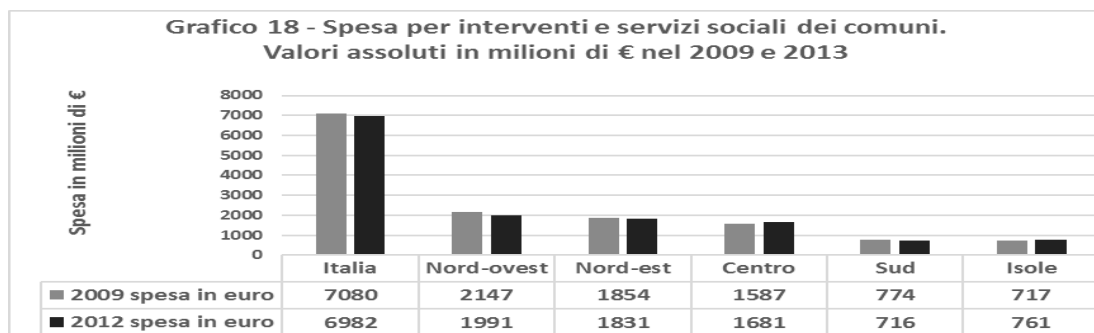
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

I provvedimenti più recenti in cui sono inseriti gli incrementi di risorse, pur trattandosi ancora di stanziamenti insufficienti, sembrano orientarsi a favore di una infrastrutturazione nazionale del sistema di interventi e servizi sociali, concordato tra tutti i livelli istituzionali, che sostiene e valorizza il ruolo degli enti regionali e territoriali e consente di sviluppare al meglio la contrattazione sociale di prossimità.

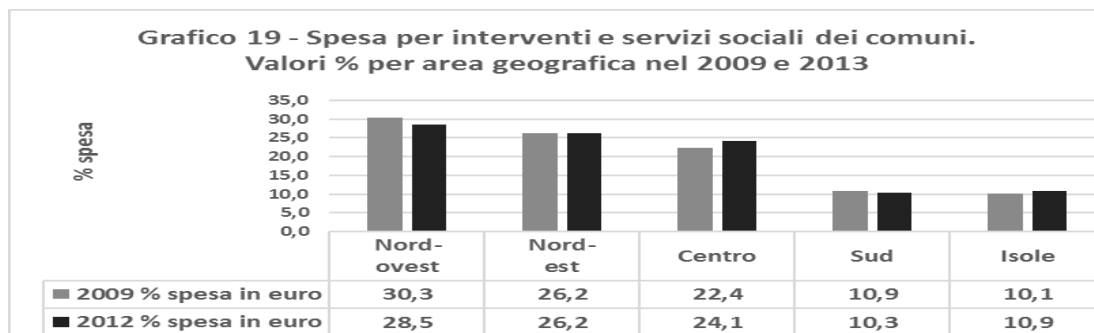
Si tratta però di assumere fino in fondo questa impostazione dandole una valenza politica coinvolgendo l'intero welfare sociale, individuando obiettivi, priorità, azioni e concentrando e riorganizzando su di esse tutte le risorse frammentate tra molti fondi nazionali di natura sociale. Famiglia ed infanzia, anziani, non autosufficienza e povertà rappresentano le aree prioritarie di intervento, su cui avviare la definizione di livelli essenziali.

### **6.3.2. I comuni costretti a tagliare i servizi**

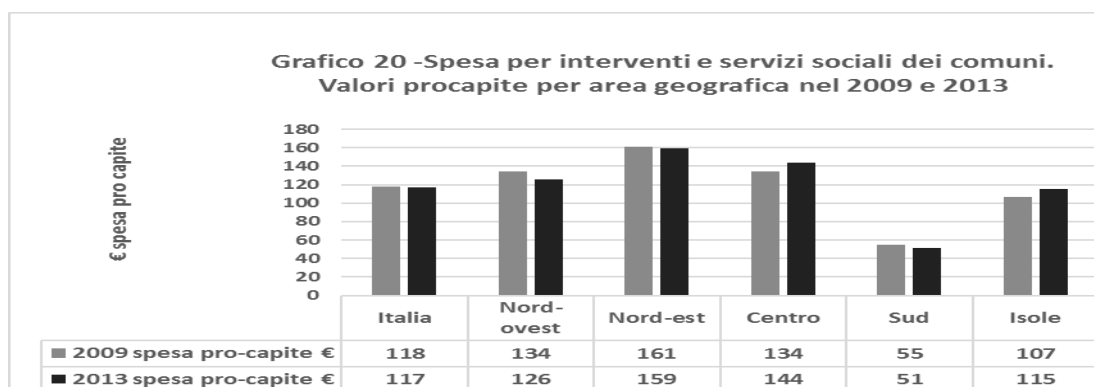
Se le risorse statali per le politiche sociali nel periodo 2009-13 hanno subito una contrazione del 53,3%, a livello territoriale lo scenario non è certo più positivo, anche se variegato – Grafici 18, 19, 20. La spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati nel 2009 e 2013 ha subito una diminuzione complessiva dell'1,4%. Nelle diverse aree geografica ha avuto una riduzione del 7,3% nelle regioni del Nord ovest, dell'1,4% nel Nord est: la spesa delle due aree nel 2013 è il 54,7% del totale nazionale (56,5% nel 2009). Nel Centro è aumentata del 6%, è diminuita del 7,5 nel Meridione, mentre nelle isole è aumentata del 6%. Cifre che tradotti in valori pro capite significano il passaggio da 118 a 117 € a livello medio nazionale dal 2009 al 2013, e una enorme variabilità tra le diverse aree che va dai 159€ pro capite nel Nord est ai 51€ nel Meridione: una differenza di 3 a 1 (Grafici 18,19,20).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

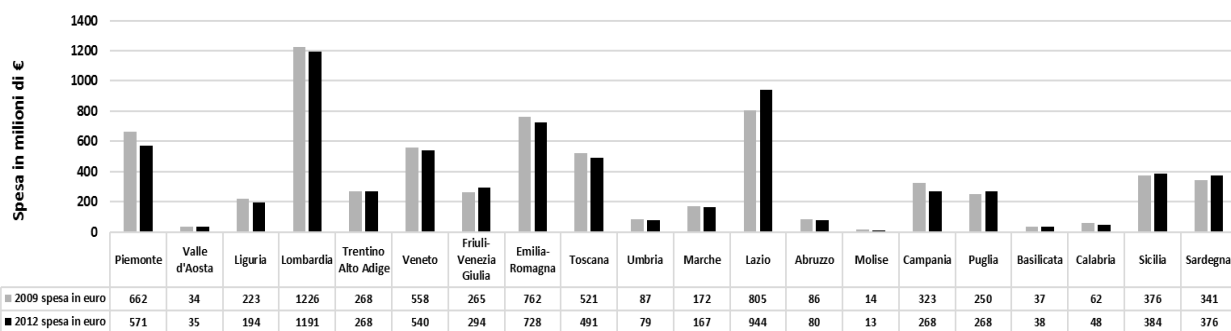


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nelle singole regioni il quadro è ancor più articolato (Grafici 21, 22, 23). Nelle regioni del Nord le uniche che registrano piccoli incrementi in valore assoluto sono la Valle D'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, mentre nelle altre la spesa diminuisce più o meno ovunque; nel Centro il Lazio ha un aumento particolarmente significativo del 17,3% mentre le altre regioni diminuiscono; nel Meridione aumentano leggermente la spesa Puglia e Basilicata mentre le altre diminuiscono con un meno 17% in Campania; nelle Isole aumenta tanto la Sicilia che la Sardegna. Da rilevare come il 55% della spesa si concentri in cinque regioni: Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Lazio.

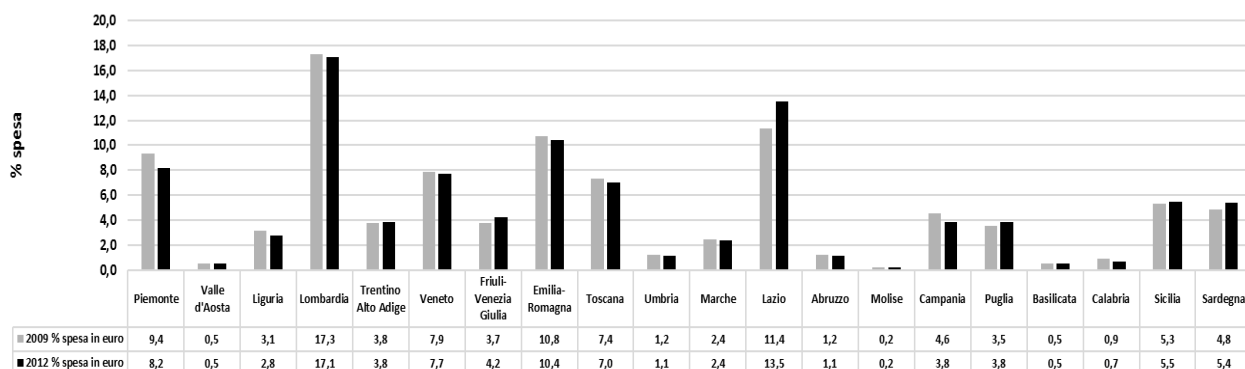
Comunque le differenze più rilevanti si registrano comparando la spesa pro capite con il suo massimo in Valle D'Aosta con 277€ e Lombardia con 259€ e il suo minimo in Calabria con 25€, Molise 42% e Campania con 47€ pro capite (Grafici 21,22,23).

Grafico 21 - Spesa per interventi e servizi sociali nei comuni. Valori assoluti per regione nel 2009 e 2013



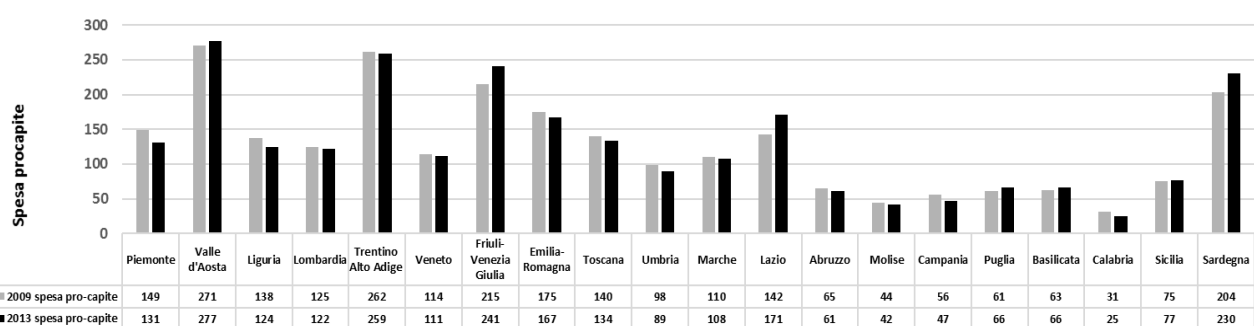
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 22 - Spesa per interventi e servizi sociali nei comuni. Valori % per regione nel 2009 e 2013



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 23 - Spesa per interventi e servizi sociali nei comuni. Spesa procapite per regione nel 2009 e 2013



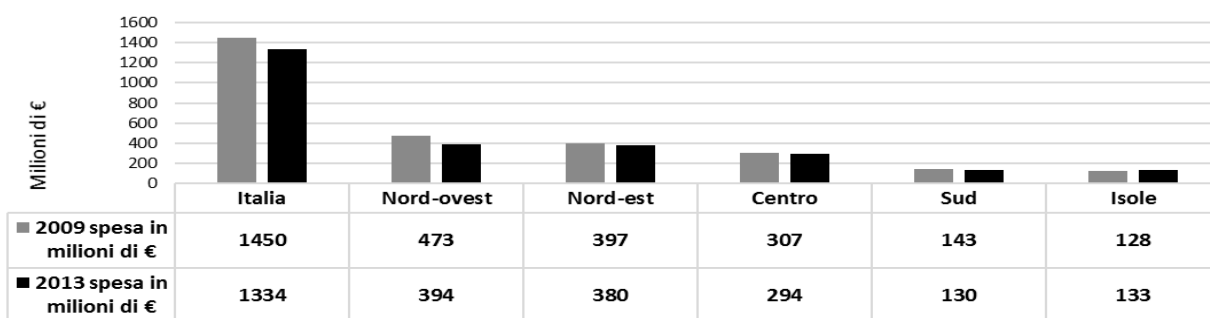
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.3.3. La spesa dei comuni per l'assistenza agli anziani.

Se la spesa complessiva per i servizi sociali degli enti territoriali si è contratta nel quinquennio 2009-2013 dell'1,4%, per quanto riguarda quella destinata agli anziani ha subito una riduzione dell'8% (Grafici 24, 25, 26).

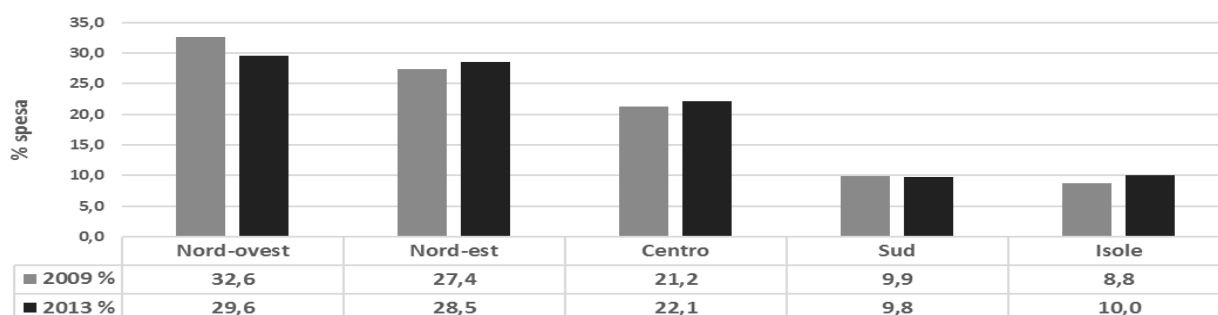
Ad eccezione delle Isole, dove è aumentata del 4%, nelle restanti aree è diminuita ovunque: del 16,7% nel Nord ovest, del 4,3% nel Nord est, del 4% nel Centro, del 9,1% nel Meridione. Nello stesso periodo i valori pro capite della spesa sono scesi a livello nazionale da 119 a 107€, passando nei valori massimi del Nord est da 138 ai 112% e nei valori minimi del Meridione da 57 a 50€.

**Grafico 24 - Spesa dei comuni per servizi sociali per anziani.  
Valori assoluti per area geografica nel 2009 e 2013**



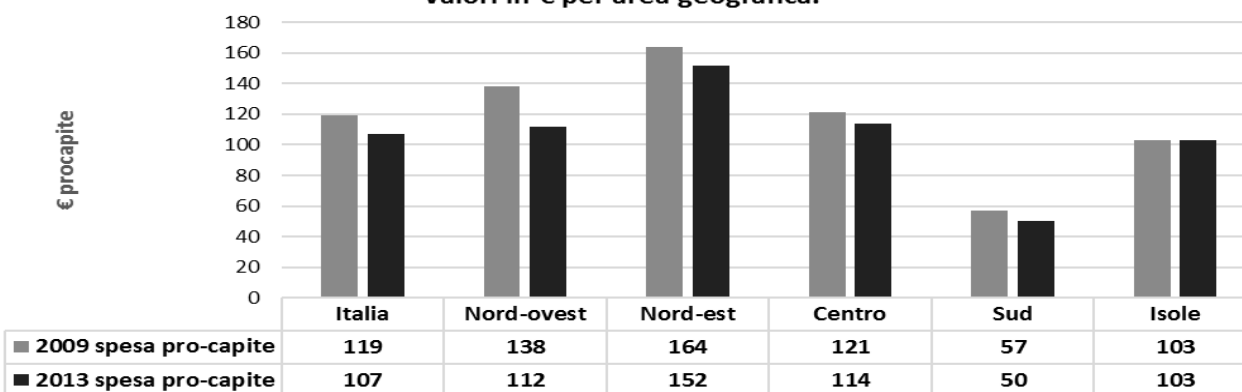
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 25 - Spesa dei comuni per interventi e servizi sociali per anziani.  
Valori % per area geografica nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 26 - Spesa pro capite per servizi sociali per anziani nei comuni.  
Valori in € per area geografica.**



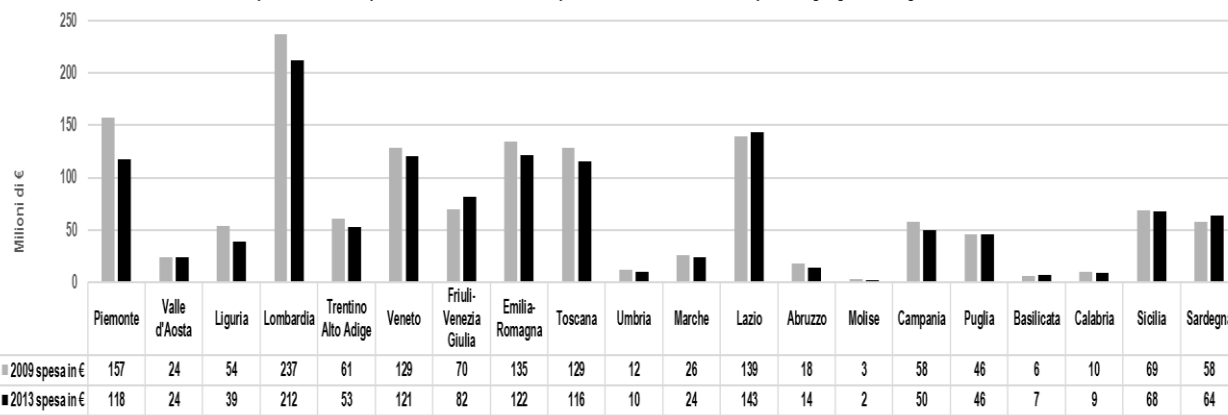
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

L'andamento della spesa per anziani degli enti territoriali a livello regionale (Grafici 27, 28, 29) fa registrare una riduzione in tutte le regioni del Nord con l'unica eccezione del Friuli Venezia Giulia che aumenta del 17%. Significative le diminuzioni di risorse in Piemonte del 25%, in Liguria del 28%, in Lombardia del 10,5%. Nel Centro il Lazio aumenta del 2,9% mentre nelle altre regioni la spesa diminuisce. Lo stesso nel Meridione, mentre nelle Isole aumenta la spesa in Sardegna del 10,3% e diminuisce in Sicilia del 1,5%.

Il dato sulla spesa pro capite si adatta meglio a esprimere la estrema articolazione della spesa per anziani nelle singole regioni. Escludendo il dato del tutto particolare della Valle D'Aosta di 883€, la spesa pro capite nel 2013 oscilla da un massimo di 280€ in Friuli Venezia Giulia (246€

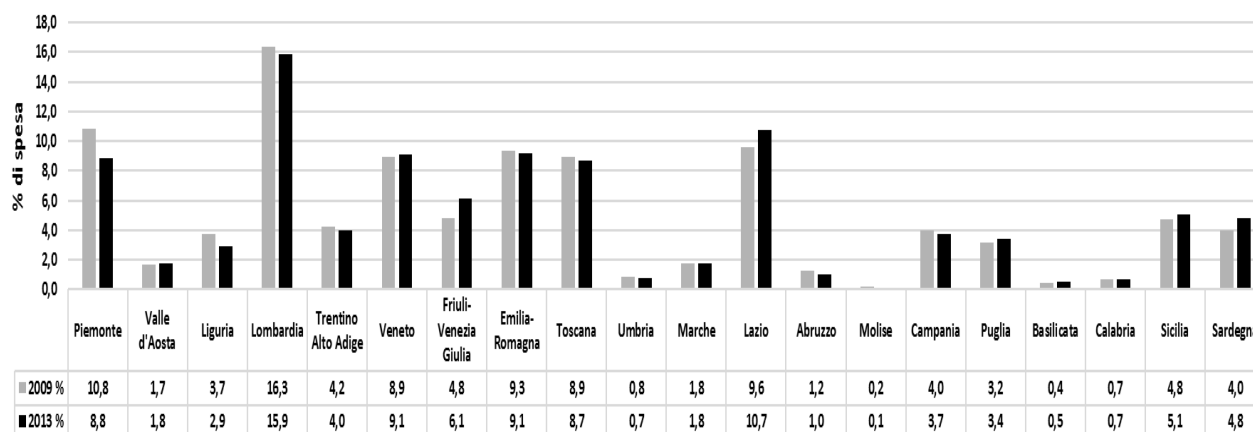
nel 2009) e 269€ in Trentino Alto Adige (327€ nel 2009) ad un minimo di 25€ in Calabria (28€ nel 2009) con una differenza da 11 a 1.

Grafico 27 - Spesa dei comuni per interventi e servizi sociali per anziani. Valori assoluti in € per area geografica e regione nel 2009 e 2013



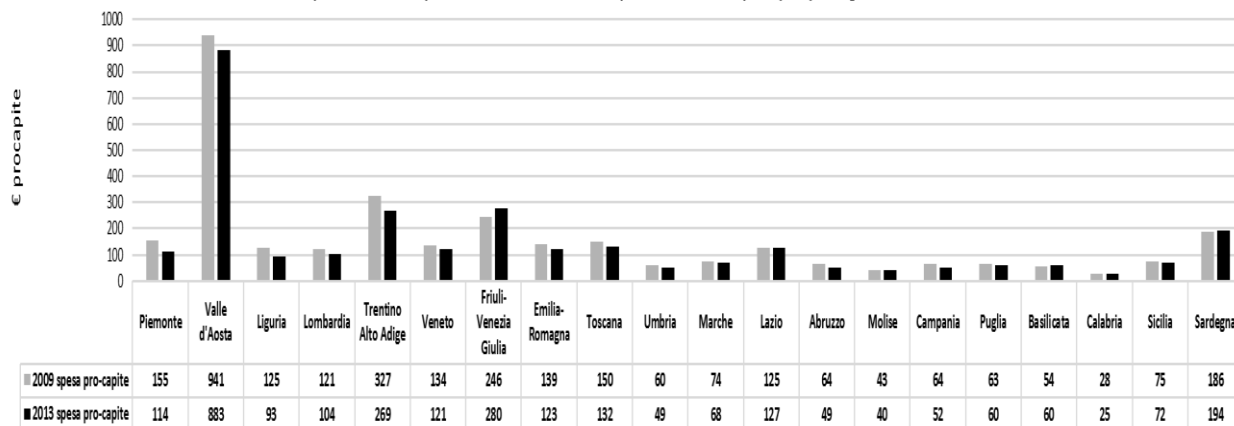
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 28 - Spesa dei comuni per interventi e servizi sociali per anziani. Valori % per regione nel 2009 e 2013



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 29 - Spesa dei comuni per interventi e servizi sociali per anziani. Valori procapite per regione nel 2009 e 2013



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### **6.4. LA DOMICILIARITA'**

La "domiciliarità" riferita alla assistenza agli anziani è quel contesto di misure, azioni, condizioni che consentono a lui o a lei di vivere più pienamente possibile il proprio ambiente di vita fatto della propria abitazione, ma anche dell'ambiente urbano e comunitario che lo circonda, cioè l'habitat collegato alla sua storia, alla sua esperienza, alla sua cultura, alla sua memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza che lo legano a quei luoghi di ognuno.

E' quindi un grave errore considerare la domiciliarità come mero servizio e tanto meno come una prestazione. La persona anziana deve essere messa in condizioni di poter rivendicare, qualora lo desideri, una sorta di diritto alla domiciliarità creandone le condizioni nel contesto urbano di vita e attivando una rete di risorse e servizi come supporto alla garanzia di domiciliarità nei confronti della persona e della famiglia.

Promuovere la domiciliarità significa, allora, un forte impegno della comunità al fine di attivare concretamente risposte a sostegno del rispetto della domiciliarità con una politica più complessiva correlata ad una strategia di invecchiamento attivo.

Quale la condizione della domiciliarità nel nostro Paese? Per rispondere a questo interrogativo vengono analizzate 5 ambiti di intervento: la qualità urbana, le condizioni abitative, le misure di sostegno economico, i prestatori di cura, la rete dei servizi di assistenza.

##### **6.4.1. La qualità urbana**

Nelle nostre città l'attenzione verso la popolazione anziana oscilla da un atteggiamento di carattere caritatevole ad uno di rimozione.

Che quasi un quinto della popolazione sia oggi di età superiore ai 65 anni, pensionata e mediamente in buona salute e che nel prossimo futuro possa arrivare ad un terzo è una realtà pressoché ignorata nelle politiche urbanistiche e di organizzazione dei servizi nel territorio.

In questo è come se la città, i suoi amministratori, ripudiassero la sua missione storica dal momento che rifiuta di farsi pienamente carico di uno dei più importanti cambiamenti sociali dell'ultimo secolo, che essa stessa ha grandemente contribuito a determinare. E' come se rifiutasse di misurarsi con una delle sfide primarie del secolo in corso.

I dati sulle risorse che i comuni impegnano per gli anziani testimoniano la residualità nell'agenda delle amministrazioni dei bisogni delle persone anziane e l'assenza di interventi strutturali non può essere giustificato con le difficoltà derivanti dalla crisi economica e finanziaria e le ristrettezze di bilancio.

Ma se le risorse per i servizi di assistenza sono poche, sono pressoché inesistenti quelle per la rimozione di quell'insieme di barriere che rendono la vita degli anziani estremamente gravosa, tanto più se non autosufficiente: c'è stato bisogno dell'appello di un atleta che ha vinto la medaglia d'oro alle paralimpiadi di Rio per suscitare una effimera quanto fugace attenzione a questo problema.

Come testimoniano i vari rapporti OCSE l'attenzione alla longevità molto alta a livello mondiale. L'obiettivo della promozione di città a misura di anziani è stato introdotto nel 2007

sotto la spinta dell'Organizzazione mondiale della sanità<sup>48</sup>, e nel 2009 sempre l'OMS è arrivato a costituire la Rete delle città amiche degli anziani, nota come Age-friendly cities networks. Alla rete partecipano 33 città. Tra le città europee presenti nella rete non c'è nessuna città italiana, a ulteriore testimonianza che l'attenzione a questi temi è ancora molto bassa tra le pubbliche amministrazioni nel nostro paese.

L'UE ha dedicato l'anno 2012 al tema dell'"active-ageing", sollecitando in questo modo gli stati membri ad interessarsi alle questioni relative all'invecchiamento attivo. Questo interesse si rintraccia anche in Horizon 2020: il documento programmatico che l'UE ha redatto per individuare gli ambiti tematici su cui investire. In particolare, in tale documento si evidenzia l'importanza delle questioni relative all'invecchiamento e si informa che l'invecchiamento deve essere trattato in maniera trasversale ad altre tematiche quali: l'innovazione tecnologica, il miglioramento dei trasporti e della mobilità, l'occupazione, la ridefinizione del welfare e il miglioramento dei sistemi sanitari

Questo impegno ha prodotto studi e ricerche in città europee e statunitensi, nonché lavori realizzati da OMS, per individuare le principali caratteristiche che una città deve possedere per poter essere *age-friendly*. Tra queste caratteristiche si richiama, ad esempio, l'importanza di un agevolato accesso ai trasporti pubblici, la presenza di panchine su cui sedersi negli spazi aperti, la possibilità di poter partecipare sempre più attivamente alla vita sociale delle città, il rispetto e l'inclusione sociale. Molta importanza viene attribuita anche alla chiarezza e la semplicità della comunicazione e dell'informazione, al supporto da parte della comunità e delle istituzioni nell'erogazione dei servizi sanitari.

Agire in questi ambiti, sostiene l'OMS, migliorerebbe la vita non solo degli anziani, ma anche di altre categorie deboli, come le donne in gravidanza, i bambini e i disabili.

Nelle nostre città di tutto questo non si parla malgrado gli anziani e non solo loro, siano spesso privati di un adeguato livello di qualità urbana come preconditione all'esercizio al diritto alla domiciliarità. Stando agli indirizzi dell'OMS non si tratta di grandi opere, ma di curare la pavimentazione, riducendone le altezze ed eliminando le buche, da rendere gli attraversamenti pedonali il più sicuri possibile aumentando anche la presenza di passaggi pedonali oltre che di piste ciclabili. L'altezza per accedere agli autobus potrebbe essere ridotta e le panchine potrebbero essere più numerose e più "comode". Inoltre i bagni pubblici dovrebbero essere più frequenti e tener conto delle esigenze degli anziani.

Questi interventi, che hanno certamente dei costi, migliorerebbero la qualità della vita di tutti gli abitanti e inoltre inciderebbero positivamente sui costi delle cure mediche per gli anziani che gravano in larga parte sulla spesa pubblica.

---

<sup>48</sup> WHO - "Global Age-friendly Cities – 2007

#### **6.4.2. La condizione abitativa**

Dai risultati del "2°Rapporto sulla condizione abitativa degli anziani che abitano in case di proprietà - 2015" di AeA<sup>49</sup> si confermano e consolidano le situazioni e le tendenze evolutive già registrate nel primo Rapporto elaborato sulla base dei dati del censimento del 2001.

Dai dati del rapporto, che mettono bene in luce i rapporti quantitativi tra gli anziani e le loro abitazioni, si comprende il perché la casa sia uno dei punti di forza dello sviluppo della domiciliarità nel nostro Paese.

Sono 9.947.438 gli anziani che vivono in case di proprietà: l'80,3% della popolazione anziana italiana. Il 41% sono le abitazioni con la presenza di anziani sul totale delle case di proprietà delle famiglie.

Particolarmente significativo è il dato degli anziani che vivono soli in case di proprietà che nel 2011 si attesta al 34,9% del totale delle abitazioni di proprietà con almeno un anziano. Nel 2001 erano il 32,7%.

Così come è altrettanto significativo che il 65,9 delle abitazioni degli anziani che vivono soli ha più di 4 stanze. Nel 2001 erano il 61,1%.

L'ampiezza della casa è confermata dal dato relativo al totale delle case di proprietà di famiglie con almeno un anziano che nel 75,3% dei casi hanno più di 4 stanze.

Se poi si tiene conto delle abitazioni in proprietà occupate da due persone anziane conviventi (verosimilmente moglie e marito) esse costituiscono il 75,6% del totale delle abitazioni occupate da anziani. Nel 2001 erano il 72,8%.

A conferma i dati ci dicono che circa il 54,5% di case abitate da 1 o 2 persone anziane hanno una dimensione superiore a 4 stanze. Nel 2001 erano il 49,4%.

In merito a caratteri e qualità di questo patrimonio, dai dati sulla sua epoca di costruzione risulta che nel 35,4% dei casi è stato costruito prima del 1961 e circa il 19,5% prima del 1946. Si tratta quindi di abitazioni che per il 54,9% dei casi hanno più di 50 anni.

Quanto allo stato manutentivo, negli ultimi anni gli interventi a sostegno delle ristrutturazioni edilizie, di cui si raccomanda la stabilizzazione, hanno sensibilmente contribuito a migliorarne la qualità: l'87,2 % risulta in condizioni ottime o buone, mentre il 12,8 % risulta essere in condizioni mediocri o pessime.

Un dato caratterizzante queste condizioni si rileva dalla presenza degli impianti di riscaldamento da cui risulta che se pure il 91,54% delle abitazioni sono dotate di almeno un impianto, che per il 59,1% è autonomo, tuttavia ancora il 20,8% adotta una soluzione che non prevede un vero e proprio impianto ma più spesso singoli apparecchi o fonti di calore; dato in ogni caso in diminuzione rispetto al 2001, quando rappresentava il 27%.

---

<sup>49</sup> AeA - Abitare e Anziani - "2°Rapporto sulla condizione abitativa degli anziani che abitano in case di proprietà - 2015". Il rapporto sviluppa la sua analisi sulla condizione abitativa degli anziani muovendo dalla consapevolezza che "la casa" nella sua "semplicità", è il luogo privilegiato dove, più che in ogni altro, è possibile misurare criticità, istanze e aspirazioni evolutive dell'invecchiamento attivo.



Sempre riguardo alla adeguatezza delle abitazioni ai bisogni degli anziani risulta che il 76,1% del totale delle loro abitazioni è priva di ascensore.

Come si comprende dai dati un quadro che presenta luci ed ombre perchè se è vero che la cultura sociale collettiva considera ottimale la soluzione per la non autosufficienza la permanenza in casa propria accuditi da un familiare o da una badante, o da entrambi. Tuttavia, non sempre questa si rivela la soluzione più idonea tenuto anche conto delle esigenze degli anziani. Secondo il CENSIS oltre 2,5 milioni di anziani vivono in abitazione non adeguate alla condizione di ridotta mobilità, e avrebbero bisogno di lavori infrastrutturali per adeguarle; 1,1 milioni vivono in abitazioni che sono *inadeguate e inadeguabili*. Sono poi oltre 9,8 milioni gli italiani che vivono in una abitazione *non adeguata* per una persona anziana magari con problemi di mobilità e ulteriori 6,7 milioni dicono che la propria abitazione non è adeguabile agli standard *age proof*.

Sono situazioni limite in cui l'opzione domiciliare può rivelarsi una trappola perché non sempre è garanzia di qualità e sicurezza. Per questo sarebbero necessari o investimenti per l'adeguamento a standard più adeguati o semplicemente il trasferimento in altra abitazione. Quel che è certo è che il modello italiano anche su questo aspetto nel lungo periodo non è ottimale, ma richiede interventi incisivi con adeguati investimenti.

#### **6.4.3. L' indennità di accompagnamento**

Il ruolo dell'indennità di accompagnamento<sup>50</sup> all'interno del sistema di cura a lungo termine italiano è ben noto, essendo divenuta negli anni la principale misura di supporto dello Stato ai cittadini non autosufficienti, a fronte di bassi livelli di copertura degli altri servizi formali di assistenza (ADI, SAD, presidi residenziali, ecc.).

L'indennità di accompagnamento è un assegno mensile garantito a chi presenti una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o nell'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita.

L'ammontare di questi trasferimenti è cresciuto velocemente nel corso degli anni, in parte riflettendo l'effettiva evoluzione del bisogno della popolazione ma in parte anche in virtù di diversi fattori culturali ed organizzativi. Tra questi ultimi si possono menzionare, ad esempio, la maggior consapevolezza dell'utenza circa i propri diritti, ma anche i difetti nel sistema di gestione delle indennità". Difetti che, tra l'altro, hanno ingenerato iniquità e disuguaglianze tra i cittadini in stato di bisogno: basti pensare che per lungo tempo l'ente responsabile per la certificazione del bisogno e la concessione dell'indennità (la regione tramite le Aziende del Servizio Sanitario Regionale) è stato diverso dall'ente responsabile del finanziamento della misura (lo Stato centrale, tramite l'INPS)". Non sorprende, quindi, che la crescita costante della diffusione delle indennità sia stata disomogenea tra le regioni e non sempre c'è una relazione equilibrata tra tassi di disabilità

---

<sup>50</sup> **Indennità di accompagnamento:** l'indennità di accompagnamento è una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. L'indennità spetta al solo titolo della minorazione, cioè è indipendente dall'età e dalle condizioni reddituali.

(indicatori del bisogno e di probabile esistenza del diritto all'indennità) e tassi di fruizione di questa misura di sostegno.

In termini assoluti e percentuali (Tab. 10) la Lombardia è la regione italiana con più beneficiari di indennità con oltre 200.000 percettori, a seguire Campania, Lazio e Sicilia.

**Tab. 10 - Persone che percepiscono indennità di accompagnamento per regione nel 2012**

Regioni	Valori assoluti			% su totale		
	Persone fino ai 64 anni che percepiscono indennità accompagnamento	Persone di 65 anni e più che percepiscono indennità accompagnamento	Totale	Persone fino ai 64 anni che percepiscono indennità accompagnamento	Persone di 65 anni e più che percepiscono indennità accompagnamento	Totale
Piemonte	31.553	94.469	126.022	5,4	6,2	6,0
Valle d'Aosta	367	2.768	3.135	0,1	0,2	0,1
Liguria	12.373	44.013	56.386	2,1	2,9	2,7
Lombardia	73.979	202.402	276.381	12,7	13,2	13,1
Trentino-Alto Adige	4.203	15.068	19.271	0,7	1,0	0,9
<i>Bolzano</i>	<i>1.451</i>	<i>4.906</i>	<i>6.357</i>	<i>0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>
<i>Trento</i>	<i>2.752</i>	<i>10.162</i>	<i>12.914</i>	<i>0,5</i>	<i>0,7</i>	<i>0,6</i>
Veneto	35.536	108.231	143.767	6,1	7,1	6,8
Friuli-Venezia Giulia	8.669	31.756	40.425	1,5	2,1	1,9
Emilia Romagna	33.421	103.467	136.888	5,8	6,8	6,5
Toscana	28.269	94.765	123.034	4,9	6,2	5,8
Umbria	8.413	36.789	45.202	1,4	2,4	2,1
Marche	13.917	48.469	62.386	2,4	3,2	3,0
Lazio	62.874	153.812	216.686	10,8	10,0	10,3
Abruzzo	14.337	40.560	54.897	2,5	2,6	2,6
Molise	3.192	8.368	11.560	0,5	0,5	0,5
Campania	73.118	156.007	229.125	12,6	10,2	10,9
Puglia	50.318	116.450	166.768	8,7	7,6	7,9
Basilicata	5.674	15.324	20.998	1,0	1,0	1,0
Calabria	28.561	68.021	96.582	4,9	4,4	4,6
Sicilia	67.263	137.362	204.625	11,6	9,0	9,7
Sardegna	24.828	52.490	77.318	4,3	3,4	3,7
<b>ITALIA</b>	<b>580.915</b>	<b>1.530.609</b>	<b>2.111.524</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

Interessante è anche leggere i dati regionali sulla base delle fasce d'età dei beneficiari al fine di scoprire eventuali divergenze locali nell'assegnazione dell'indennità. In questo senso, possiamo vedere come ovunque la componente più numerosa di utenti sia quella ultra ottantacinquenne (tranne che in Campania), ma con chiare differenze tra Nord e Sud Italia. Mentre nelle regioni centro-settentrionali il tasso di anziani 85+ beneficiari supera ovunque (tranne che nel Lazio) la metà del totale (con una punta del 56,2% in Friuli-Venezia Giulia), nel Mezzogiorno il tasso oscilla tra il 39,8% della Campania e il 49,9% del Molise. Tali differenze si registrano anche nel tasso dei "giovani anziani" (65-74 anni): il tasso di utenti nel Centro-nord è tendenzialmente più basso (10-15%) di quello al Sud (13-19%).

**Tab. 11 - Beneficiari anziani di indennità di accompagnamento.  
Valori assoluti e % per fascia d'età nel 2013**

Fascia d'età	N. assoluto	% su tot.
5-74 anni	225.326	14,9
75-84 anni	560.723	37,1
85+ anni	725.925	48,0
<b>Totale 65+</b>	<b>1.511.974</b>	<b>100,0</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

La spesa complessiva per indennità di accompagnamento (Tab. 12) era nel 2013 di 13.372 milioni di €. Di questa cifra 10.140 milioni, il 75,8%, era destinata agli anziani. Tra il 2010 ed il 2013 la spesa complessiva è aumentata del 4,8%, mentre quella per gli anziani è aumentata del 5,4%.

**Tab. 12 - Spesa nominale per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (tutte le età) e anziani (65+ anni) nel 2010 e 2013**

Italia	Spesa per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (milioni €)	Variazione % della spesa totale 2010-13	Spesa per indennità di accompagnamento per anziani 65+ (milioni €)	Variazione % della spesa per anziani 2010-13
2010	12.762		9.620	
2013	13.372	+4,8	10.140	+5,4

Elaborazione AUSER su dati INPS

Malgrado la spesa sia aumentata il numero di beneficiari dell'indennità è diminuito (Tab. 13). Confrontando i dati ISTAT dei beneficiari della indennità nelle regioni tra il 2010 e il 2013 si registra una contrazione della percentuale di anziani beneficiari, con un -0,7% a livello nazionale. Anche in termini assoluti, l'indennità di accompagnamento nel 2013 raggiungeva circa 1.512.000 utenti anziani, con una perdita di ben 19.000 beneficiari dal 2010. Le diminuzioni sono state particolarmente significative in Umbria (-2,8%) e Campania (-1,6%), mentre quasi la metà delle regioni ha contrazioni inferiori all'1% (Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto).

**Tab. 13 - Beneficiari anziani di indennità di accompagnamento (% su popolazione 65+) nel 2010 e 2013**

Regioni	2010	2013	Variazione 2010-2013
Piemonte	9,4	8,9	-0,5
Valle d'Aosta	9,8	10,0	0,2
Liguria	10,8	9,8	-1,0
Lombardia	10,0	9,7	-0,3
Trentino-Alto Adige	8,4	7,2	-1,2
Veneto	10,8	10,4	-0,4
Friuli-Venezia Giulia	11,5	10,4	-1,1
Emilia-Romagna	10,9	9,9	-1,0
Toscana	11,3	10,3	-1,0
Umbria	19,6	16,8	-2,8
Marche	14,0	13,3	-0,7
Lazio	14,0	13,4	-0,6
Abruzzo	14,9	13,8	-1,1
Molise	12,5	11,8	-0,7
Campania	17,4	15,8	-1,6
Puglia	15,4	15,0	-0,4
Basilicata	13,7	12,5	-1,2
Calabria	17,9	17,9	=
Sicilia	14,5	14,3	-0,2
Sardegna	16,1	15,4	-0,7
<b>ITALIA</b>	<b>12,7</b>	<b>12,0</b>	<b>-0,7</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.4.4. Le badanti<sup>51</sup>

La “domiciliarità” con badante è stata la soluzione che si è affermata nel nostro Paese in quanto si è dimostrata flessibile, sostenibile economicamente e soddisfacente per longevi, familiari e badanti. Una soluzione *low cost-high value* (come dice il CENSIS), nel senso che le retribuzioni delle badanti si sono attestate su livelli sostenibili (sia pure non senza difficoltà) per le famiglie, e le badanti hanno garantito il *care* ai longevi, alleviando al contempo dal peso dell’assistenza i familiari più esposti, di solito le donne. Sul piano sociale, le badanti hanno consentito a tante italiane di entrare o restare nel mercato del lavoro. Il modello italiano di assistenza quindi ha avuto il non piccolo beneficio collaterale di emancipare le donne da una parte del peso dell’assistenza ai membri più fragili, consentendogli di prendere posto nel mondo del lavoro.

Certo la crisi ha toccato anche questo settore: rendendolo ancora più opaco, certamente più sommerso, in parte ridimensionandolo. L’INPS calcola che ogni 28 famiglie vi sia un lavoratore

<sup>51</sup> **Badanti:** rientrano nella più generale categoria dei lavoratori domestici cioè coloro che prestano un’attività lavorativa continuativa per le necessità della vita familiare del datore di lavoro come ad esempio colf, assistenti familiari (badanti) o baby sitter, governanti, camerieri, cuochi ecc. Rientrano in questa categoria anche i lavoratori che prestano tali attività presso comunità religiose (conventi, seminari), presso caserme e comandi militari, nonché presso le comunità senza fini di lucro, come orfanotrofi e ricoveri per anziani, il cui fine è prevalentemente assistenziale.

domestico, ma il Censis<sup>52</sup> nel 2010 ne quantifica una ogni dieci, facendo emergere dallo studio di settore che vi siano 1.538.000 domestici che prestano il loro lavoro in 2.412.000 famiglie.

Come è naturale che sia, l'utilizzo maggiore di lavoratrici domestiche avviene da persone anziane con età superiore ai 60 anni (64%). Se si considerasse che l'assunzione di badanti per soggetti non autosufficienti avviene attraverso famigliari, gli utilizzatori anziani dei servizi domestici crescerebbe ulteriormente

Questi dati dimostrano come, da un punto di vista occupazionale, il settore domestico sia tra i più consistenti, e non si spiega perché non vi sia un maggiore impegno da parte delle istituzioni pubbliche e sociali a renderlo più trasparente e regolare.

Su questo punto è indispensabile un vero e proprio cambio di passo. La condizione di regolarità contrattuale e residenziale in cui si trovano le donne e gli uomini stranieri occupati come assistenti familiari incide in maniera significativa sulle loro prospettive di vita e di lavoro:

- chi è irregolarmente residente in Italia, perché entrato clandestinamente o perché i documenti con cui è entrato sono scaduti, non ha alcuna prospettiva di formazione, sviluppo professionale, connessione con i servizi pubblici;

- chi ha il permesso di soggiorno, ma lavora senza un regolare contratto, ha delle possibilità di integrazione sociale e lavorativa, può accedere a corsi di formazione, albi, sportelli, anche se la sua condizione lavorativa e sociale è spesso precaria;

- chi ha il permesso di soggiorno e un regolare contratto di lavoro, seppure per meno ore di quelle effettivamente lavorate, ha più possibilità di integrarsi nel tessuto socio-lavorativo del nostro Paese.

Tuttavia sono solo una minoranza le assistenti familiari in condizione di completa regolarità. Questo avviene anche perché l'irregolarità si alimenta di reciproche convenienze: le famiglie pagano meno e sono libere da vincoli, mentre le assistenti familiari rinunciano a un insieme di garanzie e di tutele, in cambio di una paga più vantaggiosa. Alla base di queste scelte sta anche il costo troppo elevato della regolarizzazione e la mancanza di un ritorno economico per le lavoratrici.

A livello di *policy*, non ci sono stati interventi particolari da parte dei Governi in questi ultimi anni per regolare il mercato privato delle assistenti familiari. In linea generale, sono disponibili degli incentivi fiscali per i destinatari delle cure e per le relative famiglie che impiegano lavoratori nel settore dell'assistenza domiciliare con contratti regolari (legge n. 342/2000 e legge n. 296/2006). D'altra parte, l'opzione strategica principale adottata per affrontare il caso dei cittadini extracomunitari in questione è stata la legalizzazione di quelle persone impiegate nel mercato parallelo senza un regolare contratto o anche un permesso di soggiorno. Alcuni decreti *ad hoc* hanno permesso sia ai migranti che ai loro datori di lavoro di regolarizzare la loro posizione senza conseguenze legali.

---

<sup>52</sup> CENSIS - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

Ad oggi, comunque, non si sa quanti siano le lavoratrici o i lavoratori che svolgono la professione di assistenti familiari. Gli unici dati attendibili sono desumibili dall'Osservatorio dell'INPS sul lavoro domestico<sup>53</sup>.

Da questo ricaviamo che nel 2015 i lavoratori domestici erano 886.125, di questi 375.560 (il 42,4%) sono badanti. Dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, passando dal 26% dei lavoratori domestici nel 2009 al 42,4%, con un incremento del 46,1% (Tab. 14).

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
<b>Badante</b>	257.043	26	290.008	31	306.786	34	362.078	36	366.685	38	367.454	41	375.560	42,4
<b>Colf</b>	700.570	71	631.808	68	589.167	66	646.387	64	589.268	62	539.019	59	510.163	57,6
<b>Senza inc</b>	26.146	3	11.917	1	1.605	0	75	0	90	0	170	0	402	0,0
<b>Totale</b>	<b>983.759</b>		<b>933.733</b>		<b>897.558</b>		<b>1.008.540</b>		<b>956.043</b>		<b>906.643</b>		<b>886.125</b>	

Elaborazione AUSER su dati INPS

Il 53,1 delle badanti – Tab. 15 - svolge la sua attività nelle aree del Nord, rispettivamente il 28% nel Nord ovest e il 25,17% nel Nord est. Nel Centro sono il 25,1%, nel Meridione il 11,5% e il 10,4% nelle isole.

	2009	%	2015	%
<b>NORD-OVEST</b>	75.448	29,4	104.988	28,0
<b>NORD-EST</b>	60.479	23,5	94.198	25,1
<b>CENTRO</b>	62.243	24,2	94.271	25,1
<b>SUD</b>	41.103	16,0	43.131	11,5
<b>ISOLE</b>	17.770	6,9	38.972	10,4
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>	<b>100,0</b>	<b>375.560</b>	<b>100,0</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

La regione con il maggior numero di badanti (Tab. 16) è la Lombardia con il 15%, a cui segue l'Emilia Romagna con l'11,6%, la Toscana con il 10,4% e il Lazio con il 9%. Tutte le regioni registrano incrementi, in alcuni casi molto forti, tra il 2009 e il 2015. Spiccano per incremento il Friuli Venezia Giulia con un più 103,7% e la Sardegna con un 189,5%. L'unica regione in decremento è la Campania che nel periodo diminuisce del 20,7% attestandosi sul 4,4% del totale nazionale.

<sup>53</sup> INPS - Osservatorio sui lavoratori domestici – 2015

<b>Tab. 16 - Badanti per regione nel 2009 e 2015</b>					
	2009	%	2015	%	Δ 2009-15
<b>Piemonte</b>	20.408	7,9	32.864	8,8	61,0
<b>Valle d'Aosta</b>	695	0,3	1.253	0,3	80,3
<b>Liguria</b>	9.688	3,8	14.627	3,9	51,0
<b>Lombardia</b>	44.657	17,4	56.244	15,0	25,9
<b>Trentino-Alto-Adige</b>	3.948	1,5	7.650	2,0	93,8
<b>Veneto</b>	22.340	8,7	32.165	8,6	44,0
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	5.303	2,1	10.802	2,9	103,7
<b>Emilia-Romagna</b>	28.888	11,2	43.581	11,6	50,9
<b>Toscana</b>	23.457	9,1	39.119	10,4	66,8
<b>Umbria</b>	5.828	2,3	8.471	2,3	45,4
<b>Marche</b>	7.917	3,1	12.776	3,4	61,4
<b>Lazio</b>	25.041	9,7	33.905	9,0	35,4
<b>Abruzzo</b>	4.520	1,8	6.968	1,9	54,2
<b>Molise</b>	653	0,3	1.058	0,3	62,0
<b>Campania</b>	20.648	8,0	16.372	4,4	-20,7
<b>Puglia</b>	8.492	3,3	11.375	3,0	33,9
<b>Basilicata</b>	1.274	0,5	1.784	0,5	40,0
<b>Calabria</b>	5.516	2,1	5.574	1,5	1,1
<b>Sicilia</b>	7.889	3,1	10.367	2,8	31,4
<b>Sardegna</b>	9.881	3,8	28.605	7,6	189,5
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>	<b>100,0</b>	<b>375.560</b>	<b>100,0</b>	<b>46,1</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

Andando a verificare la ripartizione per classi di età del popolo dei badanti (Tab 17) si scopre che tra il 2009 e il 2015 si è verificata una rilevante contrazione delle classi di età comprese tra 19 e i 34 anni ed un ancor più rilevante incremento delle classi comprese tra i 55 e i 65 anni e otri. La riduzione delle classi giovani è stata del 33,7%, mentre l'incremento delle classi più anziane è stato del 207,6%.

<b>Tab. 17 - Badanti per classi di età nel 2009 e 2013</b>					
	2009	%	2015	%	Δ 2009-13
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>		<b>375.560</b>		<b>46,1</b>
Fino a 19	1.300	0,5	570	0,2	-56,2
20 - 24	16.373	6,4	7.651	2,0	-53,3
25 - 29	28.124	10,9	17.401	4,6	-38,1
30 - 34	30.019	11,7	24.671	6,6	-17,8
35 - 39	30.313	11,8	34.262	9,1	13,0
40 - 44	34.645	13,5	46.145	12,3	33,2
45 - 49	39.330	15,3	62.231	16,6	58,2
50 - 54	39.063	15,2	66.117	17,6	69,3
55 - 59	25.400	9,9	65.060	17,3	156,1
60 - 64	9.932	3,9	37.544	10,0	278
65 e oltre	2.544	1,0	13.908	3,7	446,7

Elaborazione AUSER su dati INPS

A rappresentare la stragrande maggioranza di questo tipo di lavoratori sono le donne con il 92,9%, il picco più alto mai raggiunto con un incremento tra il 2009 e il 2015 del 63,4% (Tab. 18).

	2009	%	2015	%	Δ 2009-15
<b>Femmine</b>	213.602	83,1	349.005	92,9	63,4
<b>Maschi</b>	43.441	16,9	26.555	7,1	-38,9
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>	<b>100,0</b>	<b>375.560</b>	<b>100,0</b>	<b>46,1</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

Oltre al genere femminile un'altra caratteristica importante è la loro provenienza estera che ha raggiunto la soglia dell'80,9% nel 2015 con una decisa contrazione relativa rispetto al 2009 quando erano il 92%. Infatti nel periodo c'è stata una significativa crescita del 239,1% di lavoratori italiani che passano dall'8% nel 2009 al 19,1% del totale nel 2015 (Tab. 19).

	2009	%	2015	%	Δ 2009-15
<b>Italiani</b>	21.127	8	71.646	19,1	239,1
<b>Stranieri</b>	235.916	92	303.914	80,9	28,8
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>	<b>100</b>	<b>375.560</b>	<b>100,0</b>	<b>46,1</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

La stragrande maggioranza dei lavoratori badanti, il 60,7% nel 2015, proviene dai paesi dell'Europa dell'EST, seguono i lavoratori dall'America del Sud con il 6,6% e l'Africa del Nord con il 3,3%. Da notare il forte incremento del 226,3% dei lavoratori dell'Europa dell'Ovest, anche se di dimensioni ridotte in valori assoluti. Da notare anche l'incremento dell'89,5% delle Filippine. A ridurre la loro presenza sono i lavoratori provenienti dall'Asia orientale, dall'Africa del nord e dall'Oceania.

	2009	%	2015	%	Δ 2009-15
<b>Italia</b>	21.127	8,2	71.646	19,1	239,1
<b>Europa Ovest</b>	259	0,1	845	0,2	226,3
<b>Europa Est</b>	157.641	61,3	228.043	60,7	44,7
<b>America Nord</b>	26	0,0	35	0,0	34,6
<b>America Centrale</b>	3.167	1,2	5.162	1,4	63,0
<b>America Sud</b>	21.378	8,3	24.645	6,6	15,3
<b>Asia Medio Orientale</b>	5.574	2,2	8.051	2,1	44,4
<b>Asia: Filippine</b>	5.109	2,0	9.684	2,6	89,5
<b>Asia Orientale</b>	20.059	7,8	10.624	2,8	-47,0
<b>Africa Nord</b>	18.972	7,4	12.511	3,3	-34,1
<b>Africa Centro-Sud</b>	3.634	1,4	4.246	1,1	16,8
<b>Oceania</b>	74	0,0	66	0,0	-10,8
<b>Senza ind.</b>	23	0,0	2	0,0	-91,3
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>	<b>100,0</b>	<b>375.560</b>	<b>100,0</b>	<b>46,1</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS



Negli anni dal 2009 al 2015 si registra un progressivo incremento del numero delle settimane lavorate durante l'anno. Nel 2015 sono infatti il 46% i lavoratori occupati per più di 40 settimane, nel 2009 erano il 23%. A conferma l'aumento più rilevante, del 213,9%, è avvenuto nella classe di settimane da 50 a 52. Si può quindi dire che sempre più lavoratori sono impegnati per l'intero anno (Tab. 21).

<b>Tab. 21 - Classi di settimane dichiarate nel 2009 e 2015</b>					
	2009	%	2015	%	Δ 2009-15
<b>Fino a 4</b>	8.365	3	16.135	4,3	92,9
<b>da 5 a 9</b>	14.876	6	29.769	7,9	100,1
<b>da 10 a 14</b>	42.452	17	36.634	9,8	-13,7
<b>da 15 a 19</b>	12.638	5	21.622	5,8	71,1
<b>da 20 a 24</b>	16.418	6	20.552	5,5	25,2
<b>da 25 a 29</b>	16.091	6	27.738	7,4	72,4
<b>da 30 a 34</b>	12.108	5	21.001	5,6	73,4
<b>da 35 a 39</b>	74.298	29	29.369	7,8	-60,5
<b>da 40 a 44</b>	9.479	4	17.176	4,6	81,2
<b>da 45 a 49</b>	8.173	3	23.255	6,2	184,5
<b>da 50 a 52</b>	42.145	16	132.309	35,2	213,9
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>	<b>100</b>	<b>375.560</b>	<b>100,0</b>	<b>46,1</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

Relativamente al numero di ore lavorate settimanalmente dai dati dell'Osservatorio INPS si ricava che la classe con maggiori occupati è quella tra le 25 e le 29 dove si concentra il 32% dei lavoratori, anche se dal 2009 c'è stato un decremento di 4,4%. Il calo in questa fascia viene comunque in larga parte recuperato dalle fasce con un maggior numero di ore lavorate settimanalmente (Tab. 22).

<b>Tab. 22 - Classi di orario medio settimanale nel 2009 e 2015</b>					
	2009	%	2015	%	Δ 2009-15
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>		<b>375.560</b>		<b>46,1</b>
<b>Fino a 4</b>	856	0,3	5.916	1,6	591,1
<b>da 5 a 9</b>	4.288	1,7	13.815	3,7	222,2
<b>da 10 a 14</b>	5.345	2,1	13.623	3,6	154,9
<b>da 15 a 19</b>	5.342	2,1	15.598	4,2	192
<b>da 20 a 24</b>	23.021	9,0	21.114	5,6	-8,3
<b>da 25 a 29</b>	126.274	49,1	120.216	32,0	-4,4
<b>da 30 a 34</b>	32.043	12,5	55.111	14,7	72
<b>da 35 a 39</b>	17.857	6,9	24.940	6,6	39,7
<b>da 40 a 44</b>	16.953	6,6	43.445	11,6	156,3
<b>da 45 a 49</b>	8.916	3,5	6.626	1,8	-25,7
<b>da 50 a 59</b>	15.313	6,0	53.928	14,4	252,2
<b>60 e oltre</b>	835	0,3	1.228	0,3	47,1

Elaborazione AUSER su dati INPS

I dati forniti dall'Osservatorio INPS fanno registrare una crescita di addensamento nelle fasce superiori ad un reddito annuo di 10.000 euro dove si addensa il 28,5% degli addetti, nel 2009

erano il 10%. Tutte le altre classi di orario registrano degli incrementi ad eccezione di quelle comprese tra 4.000 e 7.000 euro (Tab. 23).

<b>Tab. 23 - Classi di importo della retribuzione annua nel 2009 e 2015</b>					
	2009	%	2015	%	Δ 2009-15
<b>Fino a 999,99</b>	13.050	5,1	26.486	7,1	103,0
<b>da 1000,00 a 1999,99</b>	41.020	16,0	33.720	9,0	17,8
<b>da 2000,00 a 2999,99</b>	18.017	7,0	29.552	7,9	64,0
<b>da 3000,00 a 3999,99</b>	17.742	6,9	25.979	6,9	46,4
<b>da 4000,00 a 4999,99</b>	26.132	10,2	23.602	6,3	-9,7
<b>da 5000,00 a 5999,99</b>	36.015	14,0	23.540	6,3	-34,6
<b>da 6000,00 a 6999,99</b>	34.526	13,4	24.089	6,4	-30,2
<b>da 7000,00 a 7999,99</b>	19.544	7,6	28.222	7,5	44,4
<b>da 8000,00 a 8999,99</b>	15.034	5,8	25.531	6,8	69,8
<b>da 9000,00 a 9999,99</b>	10.487	4,1	28.104	7,5	168,0
<b>da 10000,00 a 10999,99</b>	7.876	3,1	22.885	6,1	190,6
<b>da 11000,00 a 11999,99</b>	6.089	2,4	21.445	5,7	252,2
<b>da 12000,00 a 12999,99</b>	4.508	1,8	21.260	5,7	371,6
<b>13000,00 e oltre</b>	7.003	2,7	41.145	11,0	485,5
<b>Totale</b>	<b>257.043</b>	<b>100,0</b>	<b>375.560</b>	<b>100,0</b>	<b>46,1</b>

Elaborazione AUSER su dati INPS

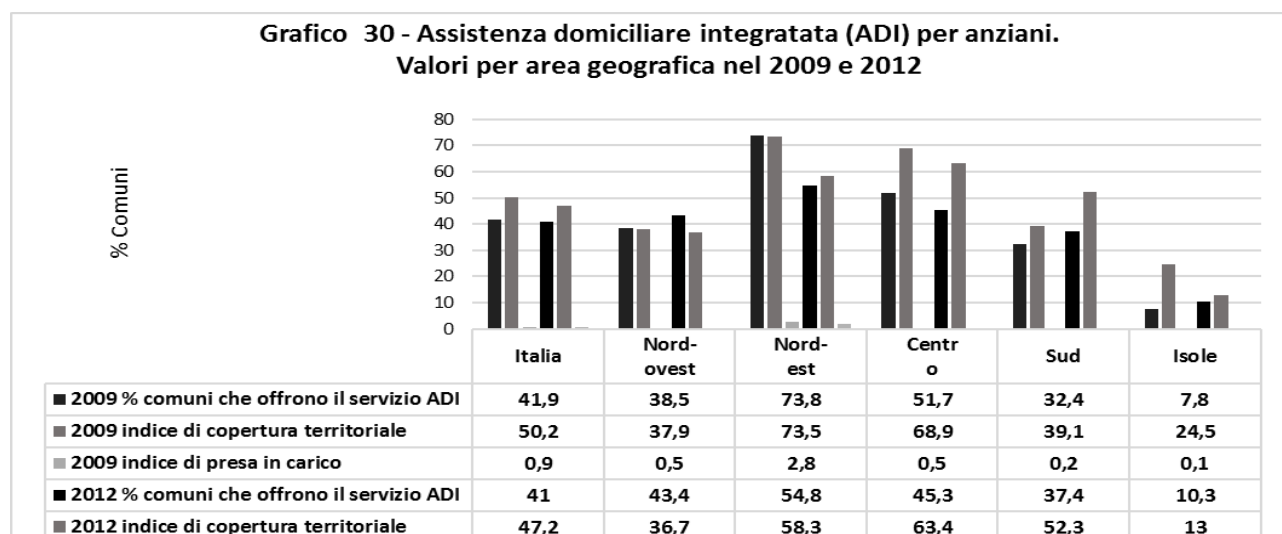
#### **6.4.5. L'assistenza domiciliare integrata (ADI)<sup>54</sup>**

A livello nazionale i comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare integrata nel periodo 2009-13 sono passati dal 41,9% al 41%. Nel Nord ovest l'offerta del servizio aumenta passando da 38,5 a 43,4% dei comuni, nel Nord est c'è una contrazione netta nel numero dei comuni passando dal 73,8% al 54,8%, anche nel centro diminuiscono i comuni dal 51,7% al 43,3%. Nel Meridione i comuni aumentano dal 32,4 al 37,4%, lo stesso nelle isole dal 7,8 al 10,3%.

Per l'indice di copertura territoriale del servizio abbiamo a livello nazionale una diminuzione nel quinquennio dal 50,2 al 47,2. Diminuisce nel Nord ovest dal 37,9 al 36,7, diminuisce più drasticamente nel Nord est dal 73,5 al 58,3, lo stesso nel centro nel Centro dove passa da 68,9 al 63,4, aumenta sensibilmente nel Meridione da 39,1 a 52,3 mentre si dimezza nelle isole dove passa da 24,5 a 13.

<sup>54</sup> **L'assistenza domiciliare integrata (ADI):** indica il sistema di interventi e servizi sanitari offerti a domicilio, intendendo per domicilio l'abitazione del paziente, si caratterizza per l'integrazione delle prestazioni offerte, legate alla natura e ai bisogni a cui si rivolge; si basa anche sulla concordia degli interventi progettati e gestiti da figure professionali multidisciplinari. La continuità assistenziale offerta dal concorso progettuale degli organi professionali coinvolti (sanitari, operatori del sociale, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.) garantisce la condivisione degli obiettivi e delle responsabilità, e stabilisce i mezzi e le risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute. L'assistenza domiciliare, componente del welfare regionale e locale, è comprensiva di diverse tipologie di assistenza che si articolano in vari livelli, diversificati in base alla loro maggiore o minore intensità assistenziale, al numero e alla competenza professionale specifica degli operatori coinvolti, al profilo della persona a cui si rivolgono, alla modalità di lavoro degli operatori, e infine al livello operativo territoriale e integrato coinvolto. L'erogazione di prestazioni in regime domiciliare si concretizza in base a valutazioni di carattere economico e altre specifiche dell'utente.

Per l'indice di presa in carico a livello nazionale abbiamo una diminuzione dallo 0,9 allo 0,6. Nelle aree geografiche l'indice diminuisce in tutte quelle del Nord mentre rimane costante nel resto del Paese (Grafico 30).



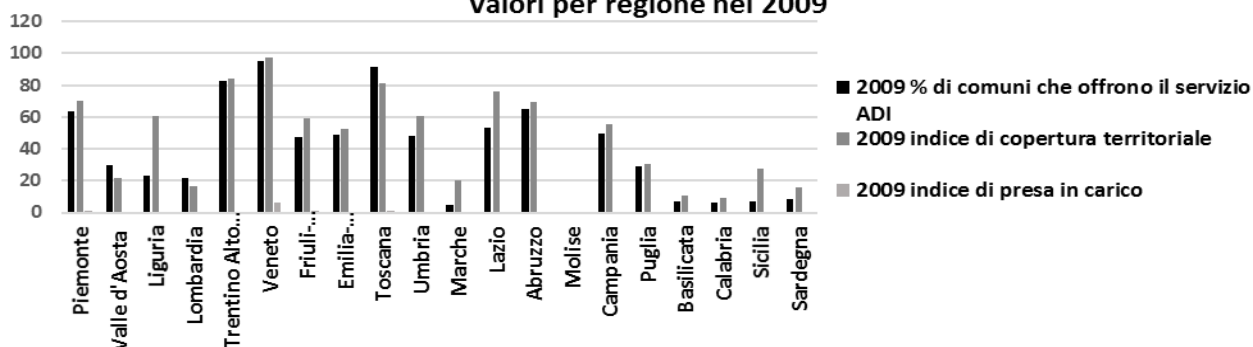
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Analizzando l'andamento degli indicatori a livello regionale la percentuale dei comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare integrata cresce sensibilmente in Piemonte dal 63 all'89%, decresce in Valle D'Aosta e si dimezza in Liguria e in Lombardia; decresce in tutte le regioni del Nord est in particolare in Trentino dove passa da 82,5 a 40,1%; nel centro decresce di circa 20% in Toscana, meno in Lazio e Umbria mentre cresce nelle Marche. Nel meridione decresce in tutte le regioni mentre si raddoppia in Puglia e in Calabria. Nelle Isole cresce e in Sicilia si raddoppia passando da 7,2 a 14,2%.

Riguardo all'indice di copertura territoriale del servizio cresce in Piemonte dal 70 all'89,3, si riduce nelle altre regioni del Nord ovest, in particolare in Lombardia dal già basso livello del 16,6 al 7,4. Decresce drasticamente in tutte le regioni del Nord est, in particolare di 50 punti nel Trentino Alto Adige e di 20 punti in Emilia Romagna. Decresce sensibilmente in tutte le regioni del Centro ad eccezione delle Marche. Nelle regioni del Meridione decresce in tutte con le uniche eccezioni della Puglia dove raddoppia passando da 30,4 a 62,2 e della Calabria dove praticamente triplica l'indice passando da 9,1 a 24,8. Nelle Isole c'è una decisa diminuzione dell'indice di copertura.

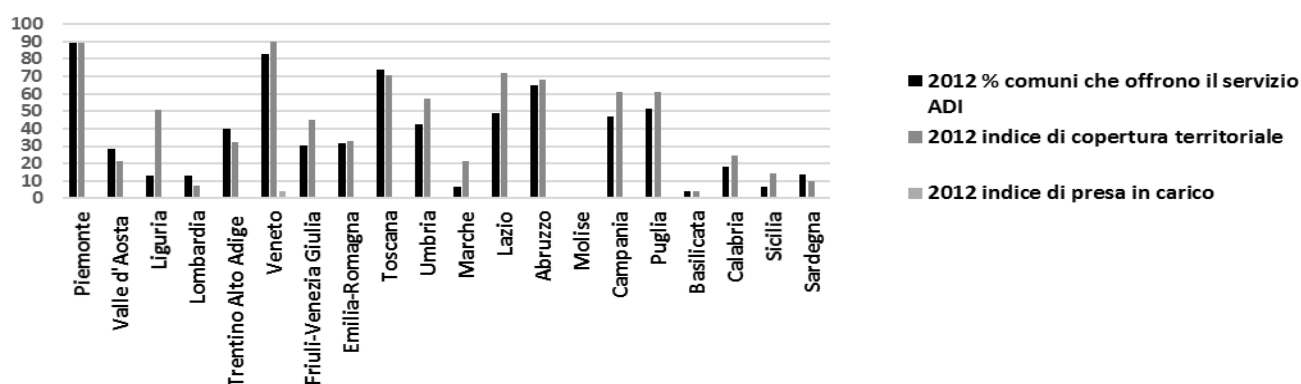
Relativamente all'indice di presa in carico, con l'eccezione di alcune regioni dove rimane stazionario, in tutte le altre diminuisce, in particolare in Veneto dove passa da una soglia di 6 ad una di 3,9 che comunque rimane ancora molto alta rispetto alla media delle altre regioni dove raramente si avvicinano all'1 (Grafico 31,32, Tab. 24).

**Grafico 31 - Assistenza domiciliare integrata (ADI) per anziani.  
Valori per regione nel 2009**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 32 - Assistenza domiciliare integrata (ADI) per anziani.  
Valori per regione nel 2012**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tabella 24 - Assistenza domiciliare integrata (ADI) per anziani - Valori per area geografica e regione nel 2009 e 2012**

	2009			2012		
	% comuni che offrono il servizio ADI	indice di copertura territoriale	indice di presa in carico	% comuni che offrono il servizio ADI	indice di copertura territoriale	indice di presa in carico
<b>Italia</b>	<b>41,9</b>	<b>50,2</b>	<b>0,9</b>	<b>41</b>	<b>47,2</b>	<b>0,6</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>38,5</b>	<b>37,9</b>	<b>0,5</b>	<b>43,4</b>	<b>36,7</b>	<b>0,4</b>
Piemonte	63,3	70	0,8	89	89,3	0,8
Valle d'Aosta	29,7	22	0,5	28,4	21,4	0,5
Liguria	23	60,3	0,3	13,2	50,7	0,1
Lombardia	22	16,6	0,3	13,1	7,4	0,2
<b>Nord est</b>	<b>73,8</b>	<b>73,5</b>	<b>2,8</b>	<b>54,8</b>	<b>58,3</b>	<b>1,8</b>
Trentino Alto Adige	82,5	84,4	0,2	40,1	32,3	0,1
Veneto	94,8	97,6	6	83,1	90	3,9
Friuli-Venezia Giulia	47,7	59	1	30,3	45,3	0,2
Emilia-Romagna	49	52,7	0,7	31,9	32,8	0,5
<b>Centro</b>	<b>51,7</b>	<b>68,9</b>	<b>0,5</b>	<b>45,3</b>	<b>63,4</b>	<b>0,5</b>
Toscana	91,3	81,5	0,9	73,9	70,7	0,9
Umbria	47,8	60,9	0,6	42,4	57,2	0,6
Marche	4,5	20,3	0,1	6,7	21,2	0,1
Lazio	53,4	76	0,4	48,7	72	0,3
<b>Sud</b>	<b>32,4</b>	<b>39,1</b>	<b>0,2</b>	<b>37,4</b>	<b>52,3</b>	<b>0,2</b>
Abruzzo	65,2	69,4	0,3	64,9	68,2	0,3
Molise	0	0	0	0	0	0
Campania	49,5	55,5	0,3	47,2	61	0,2
Puglia	29,1	30,4	0,1	51,2	61,2	0,2
Basilicata	6,9	10,7	0	3,8	4,2	0,1
Calabria	5,9	9,1	0,2	18,1	24,8	0,2
<b>Isole</b>	<b>7,8</b>	<b>24,5</b>	<b>0,1</b>	<b>10,3</b>	<b>13</b>	<b>0,1</b>
Sicilia	7,2	27,4	0,1	6,9	14,2	0,1
Sardegna	8,5	15,9	0,1	13,8	9,6	0,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.4.6. Assistenza domiciliare socio assistenziale per anziani (SAD)<sup>55</sup>

Nel quinquennio 2009-13 i comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare agli anziani diminuiscono passando a livello nazionale dall'86,3 all'85,7%.

Nelle diverse aree geografiche l'offerta del servizio diminuisce in tutte con l'eccezione del centro e delle Isole. Nel Nord ovest l'offerta diminuisce passando dal 91,3 all'89,9%, nel Nord est dal 94 al 90,8%, nel Meridione 74,9 al 72,2, nel Centro invece aumenta dall'83,2 all'83,7 e nelle Isole dall'82,9 all'84,7%.

Nel panorama regionale la situazione è più articolata. Il numero dei comuni aumenta in Piemonte, rimane stazionario in Valle D'Aosta, diminuisce in Liguria e Lombardia. Nel Nord est è stazionaria al 100% in Trentino alto Adige, diminuisce in Veneto e Emilia Romagna, aumenta al 100% nel Friuli Venezia Giulia. Nel Centro aumenta in Toscana e Marche, diminuisce in Umbria e Lazio. Nel Centro l'offerta del servizio aumenta in tutte le Regioni. Nelle Isole anche se di poco diminuisce sia in Sicilia che in Sardegna.

Riguardo all'indice di copertura territoriale del servizio abbiamo una leggera diminuzione a livello nazionale passando dal 89,2 a 89,1. Nelle aree geografiche diminuisce nelle aree del Nord, del Centro e nelle Isole, aumenta di 6 punti nel Meridione passando dal 75,4 all'81,6.

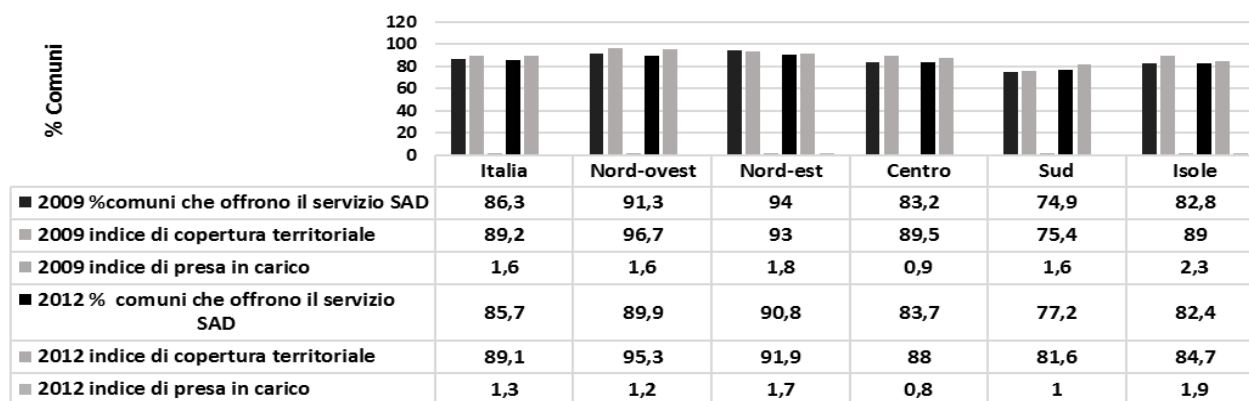
Nel panorama regionale aumenta di poco in Piemonte e Valle D'Aosta e diminuisce in Lombardia e Liguria. Nelle regioni del Nord est rimane stazionario a 100 nel Trentino Alto Adige, aumenta a 100 nel Friuli Venezia Giulia, aumenta di alcuni punti in Emilia Romagna mentre diminuisce di circa 5 punti in Veneto dove si assesta a 92,9. Nel Centro aumenta in Toscana, mentre diminuiscono Umbria, Marche e Lazio. Nel Meridione la situazione è più articolata: diminuisce Abruzzo e Puglia, quest'ultima di 8 punti portandosi a 80,3, tutte le altre regioni sono in crescita anche notevole come nel caso del Molise e della Campania con più 20 punti attestandosi intorno ai 90 punti.

Relativamente all'indice di presa in carico diminuisce sia a livello nazionale da 1,6 a 1,3 e sia in tutte le aree geografiche. Lo stesso nelle regioni con l'unica eccezione del Friuli Venezia Giulia dove aumenta dal 2,2 al 2,3 (Grafico 33,34,35 Tab. 25).

---

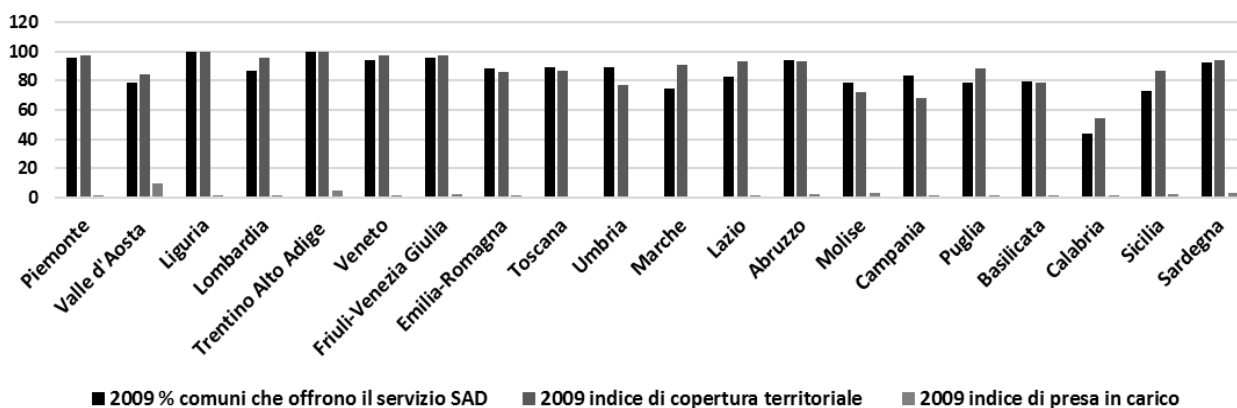
<sup>55</sup> **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD):** indica quel complesso di servizi socio-assistenziali erogati dai comuni nel proprio territorio a favore della popolazione anziana. Si esplica in un complesso di prestazioni integrate di carattere socioassistenziale erogate al domicilio di ogni anziano che si trovi in condizioni di temporanea o permanente necessità di aiuto per la gestione della propria persona, per il governo della casa e per la conservazione della propria autonomia nel contesto sociale, familiare e abitativo in cui vive.

**Grafico 33 - Assistenza domiciliare socioassistenziale per anziani (SAD).  
Valori per area geografica nel 2009 e 2013**



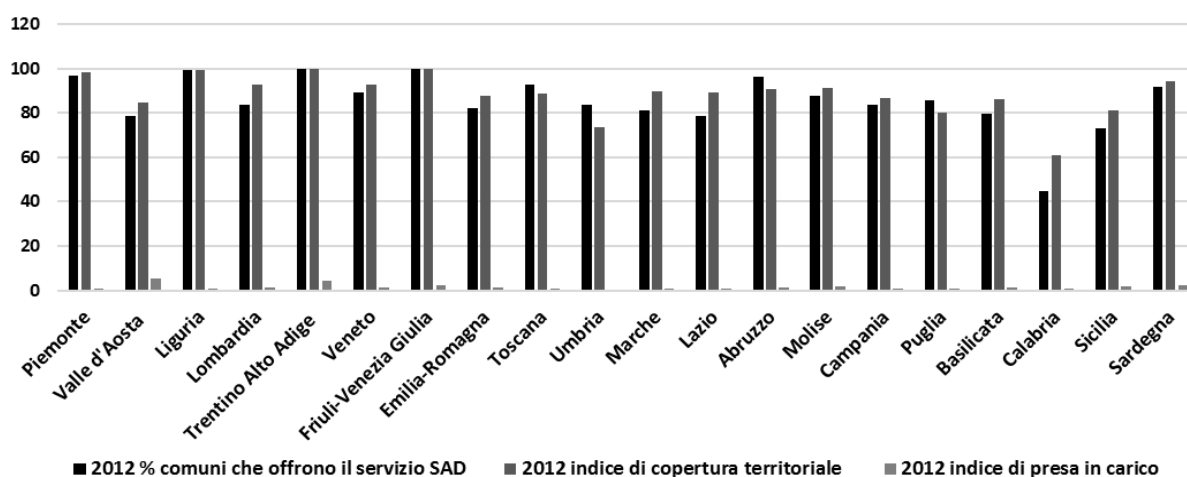
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 34 - Assistenza domiciliare socio assistenziale per anziani (SAD).  
Valori per regione nel 2009.**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 35 - Assistenza domiciliare socioassistenziale per anziani (SAD).  
Valori per regione nel 2012**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 25 - Assistenza domiciliare socioassistenziale per anziani (SAD) - Valori per area geografica e regione nel 2009 e 2013

	2009			2012		
	% comuni che offrono il servizio SAD	indice di copertura territoriale	indice di presa in carico	% comuni che offrono il servizio SAD	indice di copertura territoriale	indice di presa in carico
<b>Italia</b>	<b>86,3</b>	<b>89,2</b>	<b>1,6</b>	<b>85,7</b>	<b>89,1</b>	<b>1,3</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>91,3</b>	<b>96,7</b>	<b>1,6</b>	<b>89,9</b>	<b>95,3</b>	<b>1,2</b>
Piemonte	96,1	97,4	1,2	96,7	98,5	0,8
Valle d'Aosta	78,4	84,6	9,3	78,4	84,8	5,3
Liguria	99,6	99,8	1,2	99,1	99,4	1,1
Lombardia	87	95,8	1,8	83,7	92,9	1,4
<b>Nord est</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>1,8</b>	<b>90,8</b>	<b>91,9</b>	<b>1,7</b>
Trentino Alto	100	100	4,3	100	100	4,3
Veneto	94,1	97,8	1,4	89	92,9	1,4
Friuli-Venezia	95,9	97,4	2,2	100	100	2,3
Emilia-Romagna	88,6	86,3	1,6	82,2	87,6	1,4
<b>Centro</b>	<b>83,2</b>	<b>89,5</b>	<b>0,9</b>	<b>83,7</b>	<b>88</b>	<b>0,8</b>
Toscana	89,5	86,7	0,8	92,7	88,8	0,7
Umbria	89,1	76,7	0,4	83,7	73,8	0,3
Marche	74,4	91,3	0,8	81,2	89,7	0,7
Lazio	82,5	93,5	1,1	78,6	89,4	0,9
<b>Sud</b>	<b>74,9</b>	<b>75,4</b>	<b>1,6</b>	<b>77,2</b>	<b>81,6</b>	<b>1</b>
Abruzzo	93,8	93,5	2	96,1	90,9	1,3
Molise	78,7	72,5	2,8	87,5	91,1	2
Campania	83,7	68,1	1,6	83,7	86,8	1,1
Puglia	79,1	88,2	1,3	85,7	80,3	0,7
Basilicata	79,4	78,4	1,8	79,4	86	1,3
Calabria	43,8	54,1	1,5	44,7	61,1	1
<b>Isole</b>	<b>82,8</b>	<b>89</b>	<b>2,3</b>	<b>82,4</b>	<b>84,7</b>	<b>1,9</b>
Sicilia	73,3	87,1	2,2	73,1	81,4	1,7
Sardegna	92,6	94,4	2,7	92	94,2	2,5

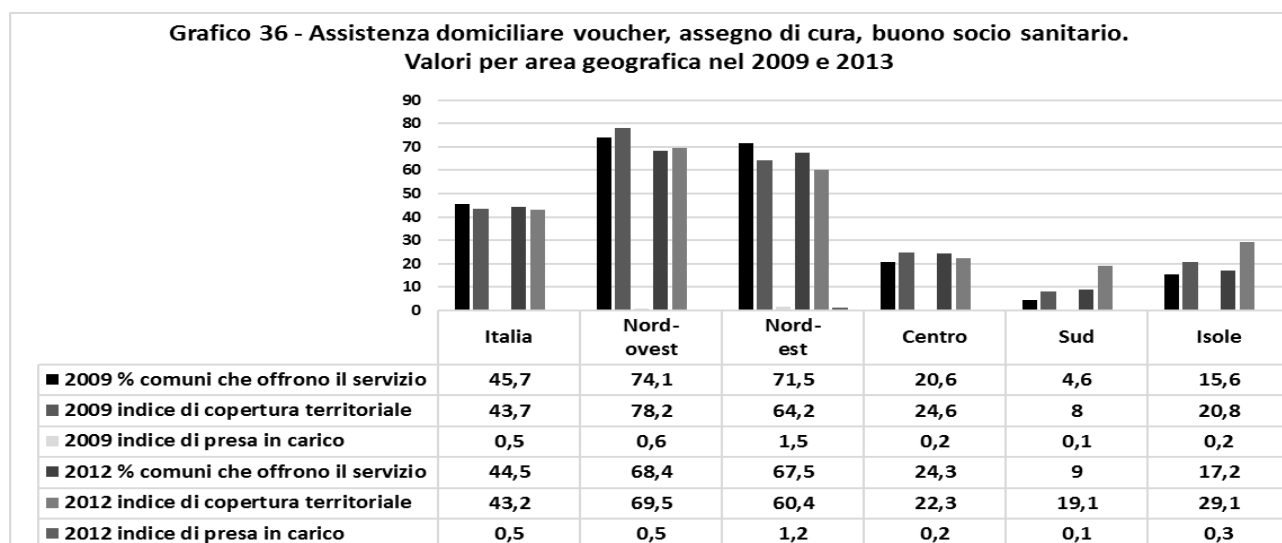
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.4.7. Assistenza domiciliare voucher, assegno di cura e buono socio sanitario

A livello nazionale la percentuale dei comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare agli anziani per mezzo di voucher, assegni di cura e buoni socio sanitario nel 2013 sono lo 0,5% lo stesso del 2009. Nelle aree geografiche la percentuale dei comuni è in diminuzione in quelle del Nord, stazionaria in quelle del Centro e del Meridione a livelli dell'indice di 0,2 e 0,1, in aumento nelle Isole dallo 0,2 allo 0,3.

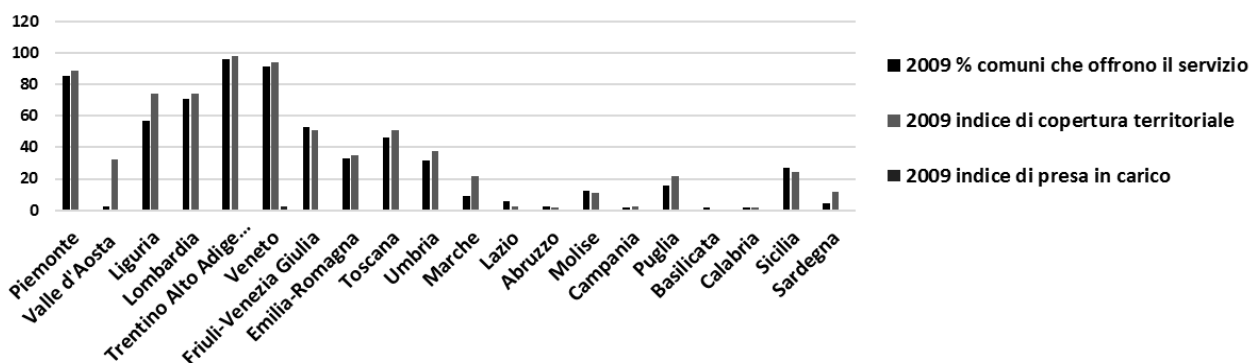
Nelle Regioni è in leggero aumento in Valle D'Aosta, Trentino alto Adige, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sardegna. In tutte le altre è in diminuzione (Grafico 36,37,38 Tab.26).

Grafico 36 - Assistenza domiciliare voucher, assegno di cura, buono socio sanitario. Valori per area geografica nel 2009 e 2013



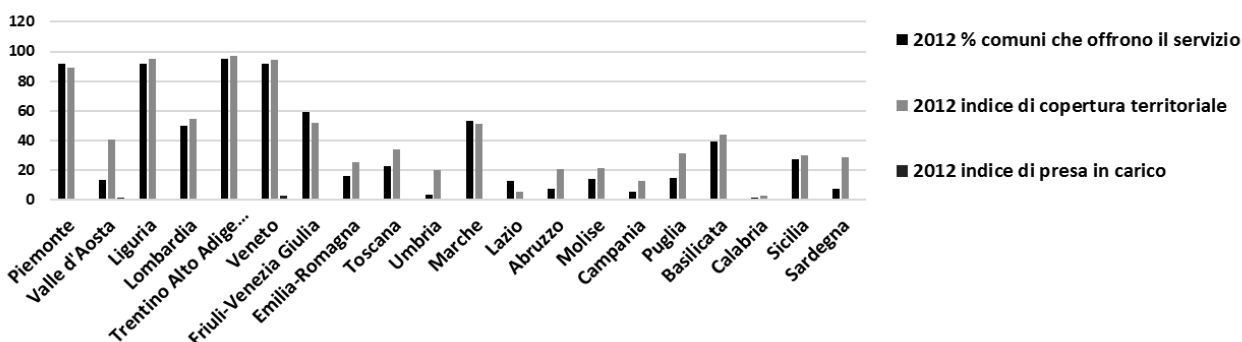
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 37 - Assistenza domiciliare voucher, assegno di cura e buono sanitario per anziani.  
Valori per regione nel 2009**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 38 - Assistenza domiciliare voucher, assegno di cura e buono socio sanitario per anziani.  
Valori per regione nel 2012**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 26 - Assistenza domiciliare voucher, assegno di cura e buono socio sanitario per anziani nel 2009 e 2013**

	2009			2012		
	% comuni che offrono il servizio	indice di copertura territoriale	indice di presa in carico	% comuni che offrono il servizio	indice di copertura territoriale	indice di presa in carico
<b>Italia</b>	45,7	43,7	0,5	44,5	43,2	0,5
<b>Nord ovest</b>	74,1	78,2	0,6	68,4	69,5	0,5
Piemonte	85,8	88,6	0,6	91,4	89,3	0,6
Valle d'Aosta	2,7	32,5	0,6	13,5	40,6	1
Liguria	56,6	73,9	0,5	91,5	95,3	0,3
Lombardia	71	74,4	0,5	49,5	54,4	0,5
<b>Nord est</b>	71,5	64,2	1,5	67,5	60,4	1,2
Trentino Alto Adige	96,4	97,9	0,2	94,9	96,9	0,3
Veneto	91,7	94,1	2,7	91,4	94,1	2,4
Friuli-Venezia Giulia	52,8	50,7	0,6	59,2	52,1	0,6
Emilia-Romagna	32,8	35,2	0,7	15,8	24,9	0,2
<b>Centro</b>	20,6	24,6	0,2	24,3	22,3	0,2
Toscana	46,3	50,8	0,4	22,3	33,7	0,3
Umbria	31,5	37,6	0,1	3,3	19,6	0
Marche	9,3	21,4	0,1	53,1	50,9	0,4
Lazio	5,8	2,7	0	12,7	4,9	0
<b>Sud</b>	4,6	8	0,1	9	19,1	0,1
Abruzzo	2,6	1,7	0	6,9	20,2	0,2
Molise	12,5	11	0,2	14	21,5	0
Campania	1,6	2,5	0	5,1	12,5	0
Puglia	15,5	21,4	0,1	14,3	31	0,2
Basilicata	1,5	0,7	0	38,9	43,7	0,3
Calabria	1,7	1,8	0	1,2	2,6	0
<b>Isole</b>	15,6	20,8	0,2	17,2	29,1	0,3
Sicilia	26,7	24,1	0,3	26,9	29,5	0,3
Sardegna	4,2	11,4	0	7,2	28,2	0,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT



## 6.5. LA RESIDENZIALITA'<sup>56</sup>

Se il predominio assoluto della domiciliarità è lo stato attuale della situazione, tuttavia l'offerta di residenzialità è potenzialmente espandibile rispetto all'attuale dimensione residuale, purché migliori la qualità dei luoghi e dei servizi interni, ed infatti, secondo la ricerca del CENSIS<sup>57</sup>, andando a vedere meglio il giudizio di chi ha rapporto diretto con le strutture residenziali si rileva una valutazione positiva del 74,1% e sono 4,7 milioni i longevi che sarebbero favorevoli per autosufficienti e/o non autosufficienti alla residenzialità, purché la sua qualità migliori rispetto all'attuale situazione. Per qualità migliore si intende non solo una assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, ma contesti ad alta intensità relazionale, aperti alle comunità esterne a cominciare da quelle limitrofe, piattaforme in grado di valorizzare le potenzialità residue delle persone non autosufficienti con uno spettro adeguato di attività diversificate.

### 6.5.1. I PRESIDI SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARI<sup>58</sup>

Al 31 dicembre 2013 (Grafici 39, 40, 41, 42) risultano attivi 12.261 presidi residenziali. La loro distribuzione territoriali fa registrare una forte prevalenza nelle regioni del centro nord del 75,3%. Nel meridione e nelle isole i presidi sono rispettivamente 13,4 e l'11,5%. Le Regioni con il maggior numero di presidi sono la Lombardia con il 14,3%, l'Emilia Romagna con il 12,7% e il Piemonte con il 10,4%. In rapporto alla popolazione (numero di presidi ogni 100.000 residenti) le presenze più importanti sono in Valle D'Aosta con il 45,9, in Trentino Alto Adige con il 43,8, in Emilia Romagna con il 35,1 e in Liguria con il 33,3. Particolarmente bassa è la presenza di presidi rispetto alla popolazione in Campania con l'8,0, Abruzzo 11,5 e puglia con 12,7.

Nel 2009 i presidi erano 13.207, con una differenza negativa nazionale nel 2013 del 7,2%.

Fanno eccezione le isole che nel periodo 2009/13 fanno registrare un incremento del numero dei presidi del 4,8%. Relativamente contenuta è la riduzione nelle regioni del centro con l'1,9% e nel Nord Est con il 2,7%. Più pesante è la riduzione nel Nord – Ovest del 13,8% e nel meridione del 15,2 (Grafico 39,40,41,42).

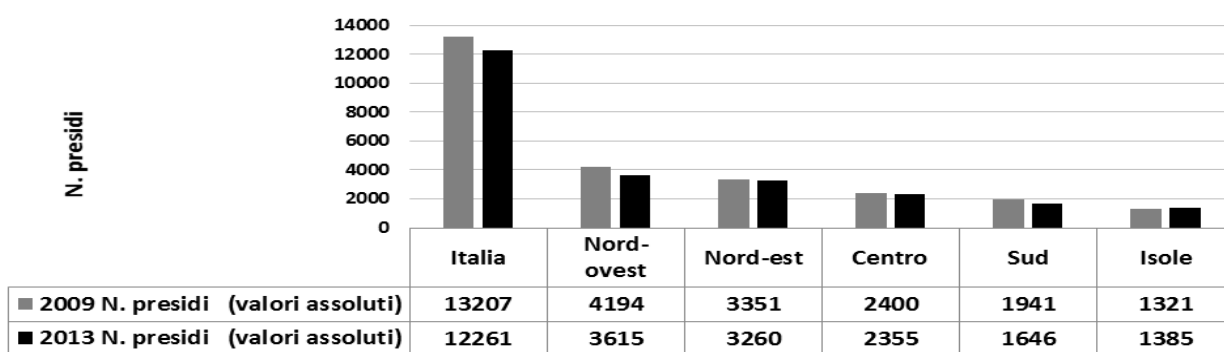
---

<sup>56</sup> **Residenzialità** - Il servizio di residenzialità indica il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione. La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

<sup>57</sup> **CENSIS** - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

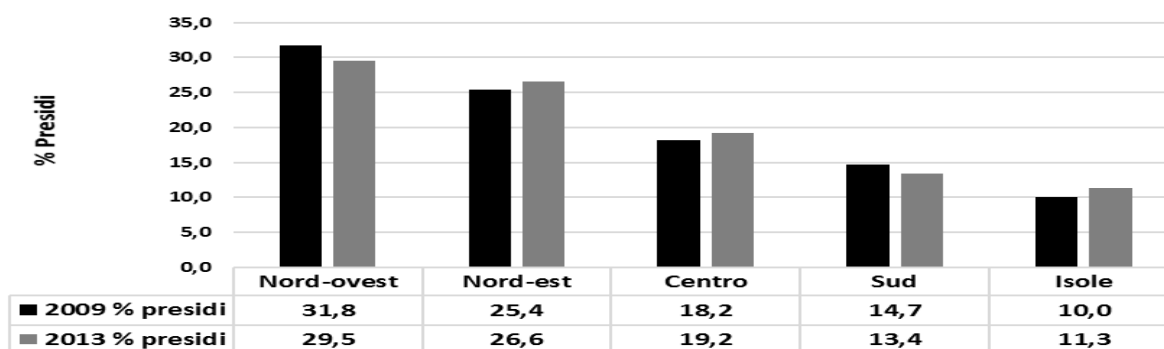
<sup>58</sup> **Presidio residenziale**: è la struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Sono escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private.

**Grafico 39 - Presidi per area geografica. Valori assoluti nel 2009 e 2013**



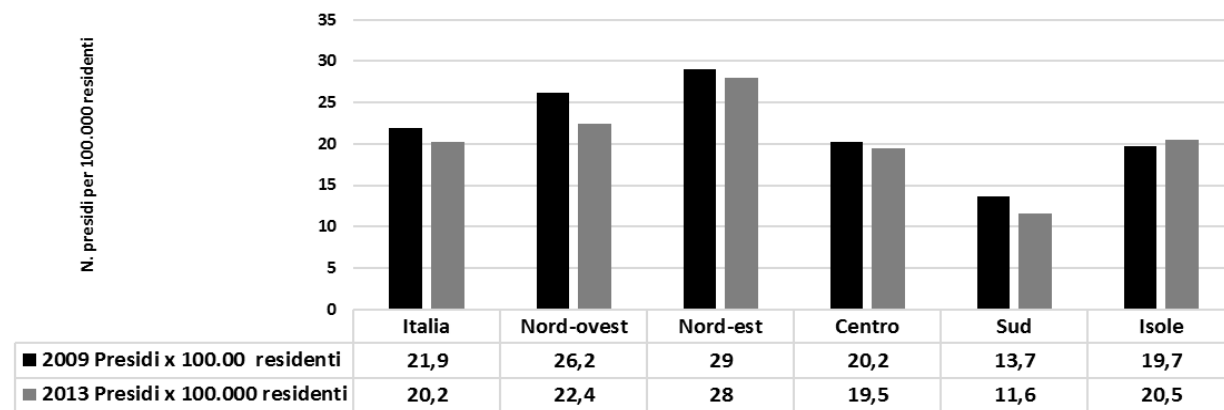
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 40 - Presidi per area geografica. Valori % nel 2009 e 2013**



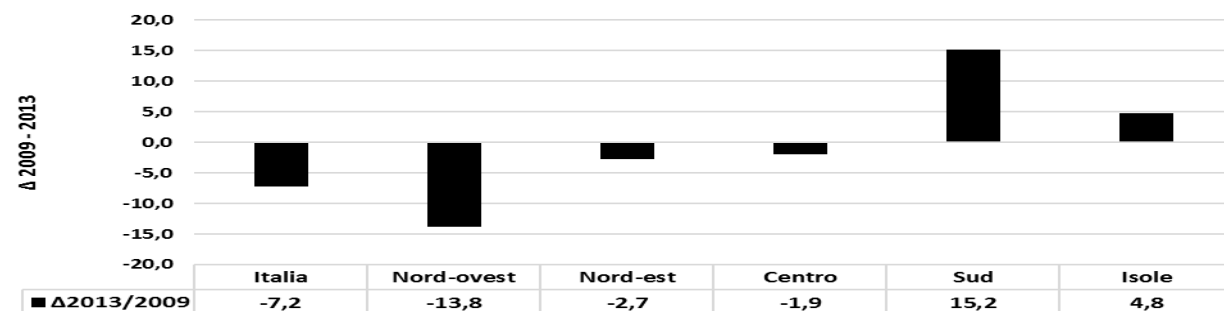
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 41 - Presidi ogni 100.000 residenti. Valori per area geografica nel 2009 e 2013**



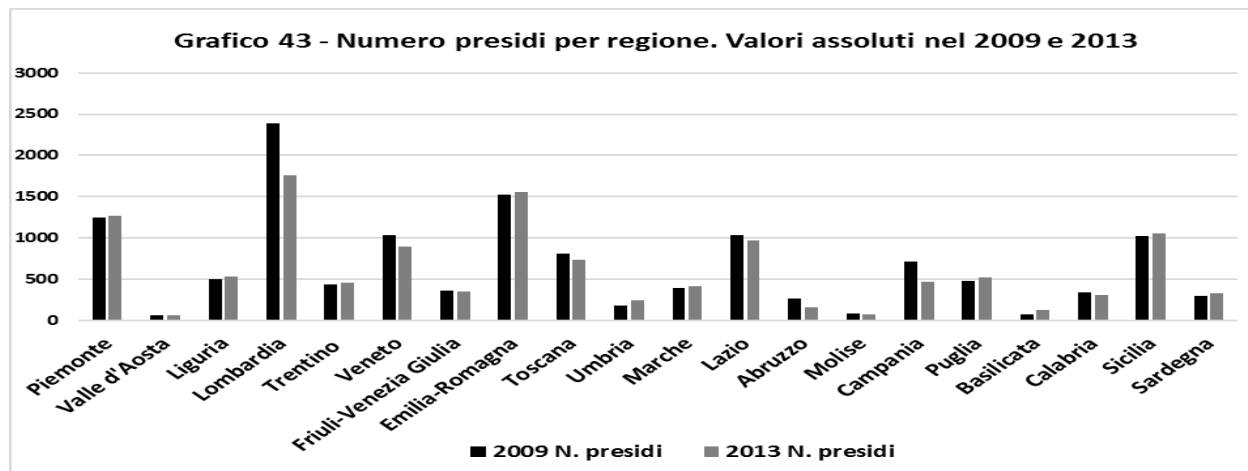
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 42 - Variazione presidi 2009 -2013. Valori % per per area geografica**

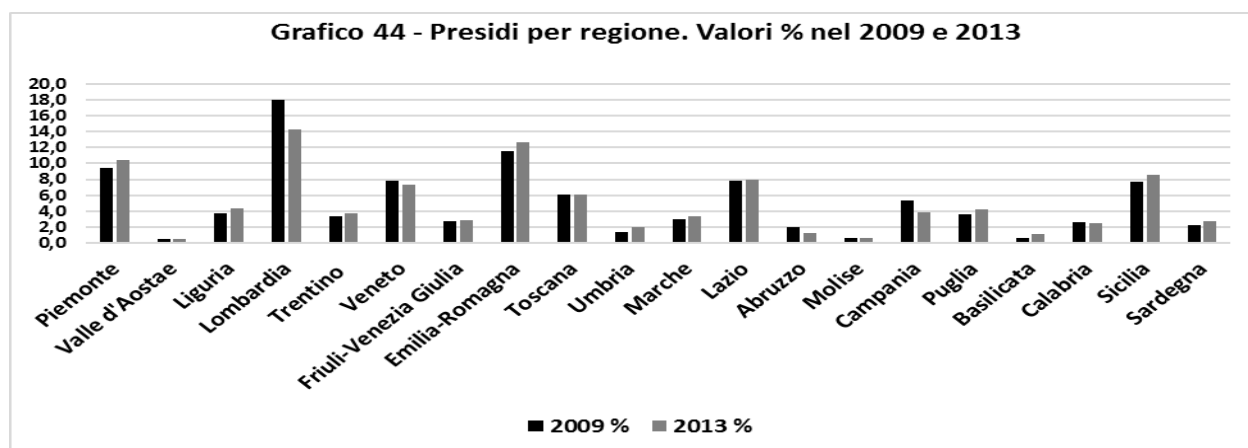


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

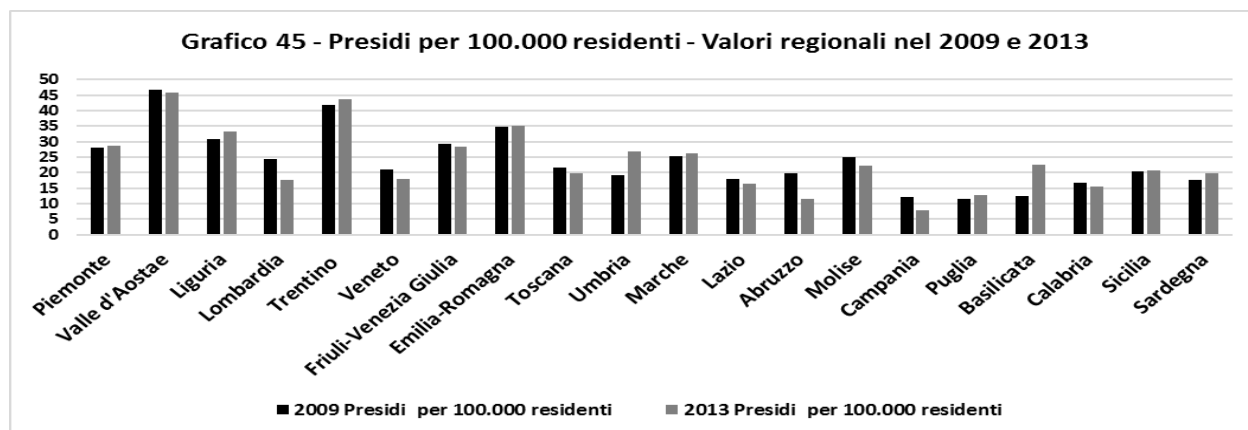
Le Regioni che hanno le contrazioni più pesanti tra il 2009 e il 2013 sono l’Abruzzo con meno 42,2, la Campania con meno 34,4, la Lombardia con meno 26,5. Nello stesso periodo l’Umbria e la Basilicata registrano un significativo aumento rispettivamente del 38,5% e addirittura del 75,7% (Grafici 43, 44, 45, 46 Tab. 27).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

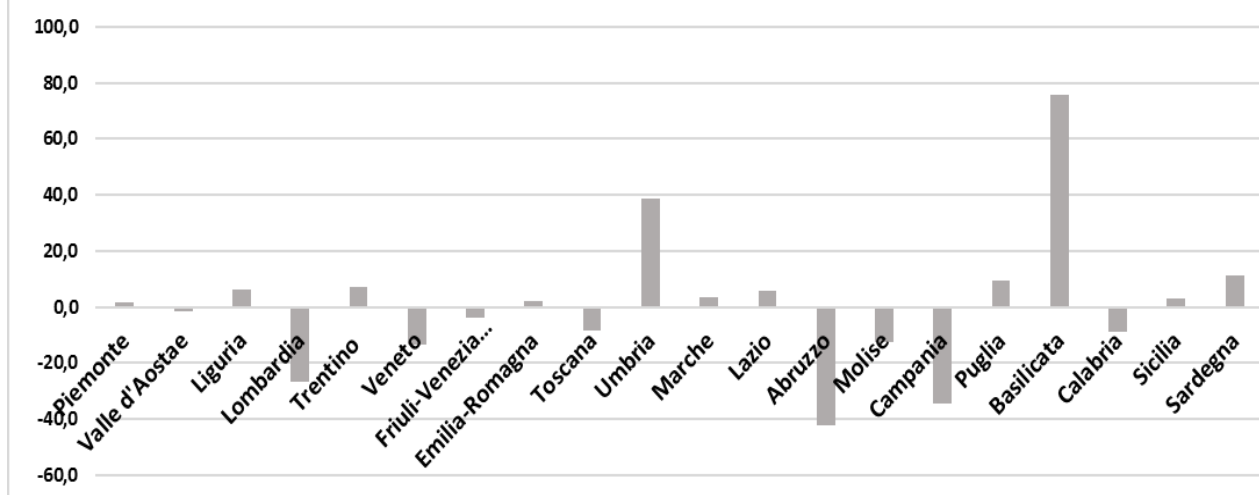


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 46 - Variazione % dei presidi dal 2009 al 2013 - Valori regionali



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 27 - Presidi per area geografica e regione. Valori assoluti, %, per 100.000 residenti e variazione dal 2009 al 2013

	2009			2013			Δ 2013/ 2009
	N. Presidi residenziali (valori assoluti)	%	Presidi residenziali per 100.000 residenti	N. Presidi residenziali (valori assoluti)	%	Presidi residenziali per 100.000 residenti	
<b>Italia</b>	<b>13207</b>	<b>100</b>	<b>21,9</b>	<b>12261</b>	<b>100</b>	<b>20,2</b>	<b>-7,2</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>4194</b>	<b>31,8</b>	<b>26,2</b>	<b>3615</b>	<b>29,5</b>	<b>22,4</b>	<b>-13,8</b>
Piemonte	1251	9,5	28,1	1272	10,4	28,7	1,7
Valle d'Aosta	60	0,5	46,9	59	0,5	45,9	-1,7
Liguria	498	3,8	30,8	530	4,3	33,3	6,4
Lombardia	2385	18,1	24,3	1754	14,3	17,6	-26,5
<b>Nord est</b>	<b>3351</b>	<b>25,4</b>	<b>29</b>	<b>3260</b>	<b>26,6</b>	<b>28</b>	<b>-2,7</b>
Trentino Alto	431	3,3	41,9	461	3,8	43,8	7,0
Veneto	1032	7,8	21	892	7,3	18,1	-13,6
Friuli-Venezia	362	2,7	29,3	348	2,8	28,3	-3,9
Emilia-Romagna	1526	11,6	34,7	1559	12,7	35,1	2,2
<b>Centro</b>	<b>2400</b>	<b>18,2</b>	<b>20,2</b>	<b>2355</b>	<b>19,2</b>	<b>19,5</b>	<b>-1,9</b>
Toscana	804	6,1	21,6	738	6,0	19,7	-8,2
Umbria	174	1,3	19,3	241	2,0	26,9	38,5
Marche	394	3,0	25,3	408	3,3	26,3	3,6
Lazio	1028	7,8	18,1	968	7,9	16,5	5,8
<b>Sud</b>	<b>1941</b>	<b>14,7</b>	<b>13,7</b>	<b>1646</b>	<b>13,4</b>	<b>11,6</b>	<b>15,2</b>
Abruzzo	266	2,0	19,9	154	1,3	11,5	-42,2
Molise	80	0,6	25	70	0,6	22,2	-12,5
Campania	712	5,4	12,2	467	3,8	8	-34,4
Puglia	474	3,6	11,6	519	4,2	12,7	9,5
Basilicata	74	0,6	12,6	130	1,1	22,5	75,7
Calabria	335	2,5	16,7	306	2,5	15,5	-8,7
<b>Isole</b>	<b>1321</b>	<b>10,0</b>	<b>19,7</b>	<b>1385</b>	<b>11,3</b>	<b>20,5</b>	<b>4,8</b>
Sicilia	1024	7,8	20,3	1055	8,6	20,7	3,0
Sardegna	297	2,2	17,8	330	2,7	19,8	11,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.1.1. Le unità di servizio<sup>59</sup>

Le "unità di servizio" che operano all'interno dei Presidi ammontano a 14.856 e si distinguono in Unità di servizio che svolgono funzioni di tipo socio-sanitarie e Unità di servizio che svolgono funzione di tipo socio-assistenziali.

Le "unità di servizio" che erogano assistenza socio-sanitaria sono 8.272 per un ammontare di oltre 285 mila posti letto (il 74,2% dei posti letto complessivi).

Gran parte dell'offerta (83% dei posti letto) fornisce un livello di assistenza sanitaria medio-alto, erogando trattamenti medico-sanitari estensivi o intensivi di lungo periodo a pazienti in condizioni di non autosufficienza. Il 17% dell'offerta socio-sanitaria, misurata in termini di posti letto disponibili, ha un livello di assistenza sanitaria basso o assente, in grado di fornire soltanto prestazioni sanitarie di base.

Le unità socio-sanitarie assistono prevalentemente utenti anziani (autosufficienti e non), destinando a questa categoria di ospiti il 66% dei posti letto disponibili. Molto inferiore è la quota di posti letto rivolta a persone con disabilità o adulti con disagio sociale (rispettivamente 9% e 5%). Il 14% dei posti letto è invece riservato a un target multiutenza mentre la parte residuale di posti letto (6%) si divide tra le altre tipologie di ospiti: persone affette da patologie psichiatriche, minori, persone con dipendenze patologiche, immigrati/stranieri.

L'offerta residenziale si riduce considerevolmente per le "unità di servizio" che svolgono prevalentemente funzione di tipo socio-assistenziale. Queste unità ammontano a 6.479 e dispongono in totale di 98.117 posti letto, pari al 25,5% dei posti letto complessivi.

I servizi di tipo socio-assistenziale, seppure non del tutto sprovvisti di prestazioni medico-sanitarie, sono prevalentemente destinati a fornire accoglienza e tutela a persone in condizione di disagio sociale. Tali servizi svolgono funzioni diverse in risposta ai molteplici bisogni assistenziali dei loro ospiti. Il 54% dei posti si colloca in "unità di servizio" orientate a fornire prevalente accoglienza abitativa, offrendo ospitalità, assistenza e occasioni di vita comunitaria a un'utenza composta soprattutto da anziani, stranieri e adulti con disagio. A questa tipologia di offerta si aggiungono le unità rivolte all'accoglienza di emergenza, che dispongono di circa il 9% dei posti letto. Questi servizi hanno lo scopo di rispondere con immediatezza ai bisogni dei propri ospiti (immigrati, senza fissa dimora, terremotati ed altre categorie di ospiti che necessitano di sistemazione immediata in attesa di soluzioni mirate).

Il 22% dell'offerta socio-assistenziale è indirizzata prioritariamente a utenti al di sotto dei 18 anni, per i quali le unità di servizio svolgono una funzione socio-educativa. La disponibilità di posti letto scende al 15% nelle unità che assolvono principalmente una funzione tutelare, rivolta a supportare l'autonomia dei propri ospiti (anziani, adulti con disagio sociale, minori) all'interno di contesti protetti.

---

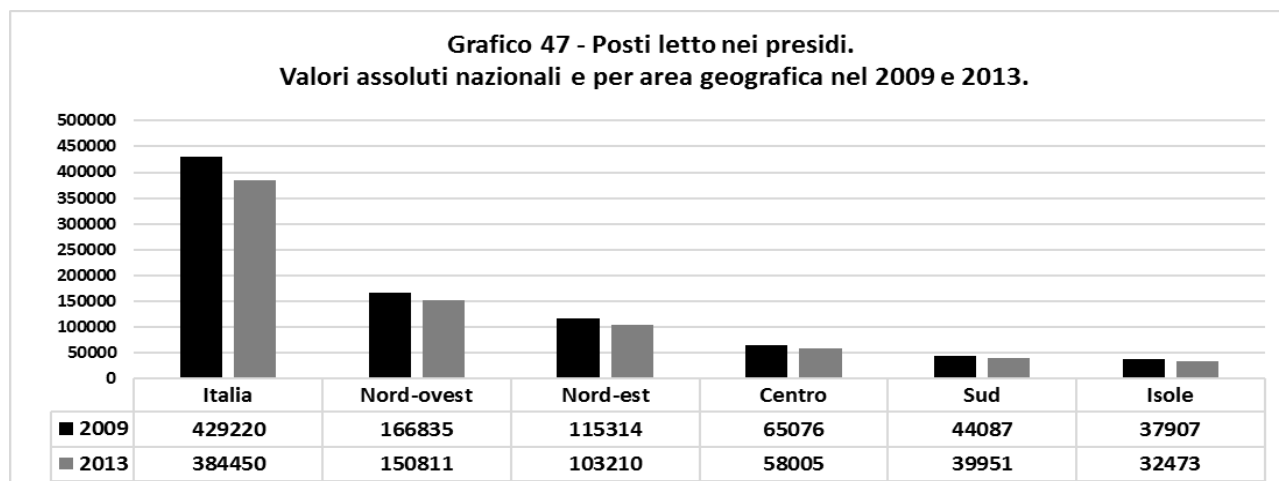
<sup>59</sup> **Unità di servizio:** è l'articolazione funzionale che all'interno di ciascun presidio eroga le diverse tipologie di assistenza. Le "unità" vengono classificate secondo quattro livelli di funzione: di protezione sociale, di livello di assistenza sanitaria erogata, di carattere di residenzialità e di target d'utenza prevalente.

## 6.5.2. L'OFFERTA DI POSTI LETTO NEI PRESIDII PER TIPOLOGIA DI OSPITI, FUNZIONE DI PROTEZIONE SOCIALE E CARATTERE DI RESIDENZIALITA'

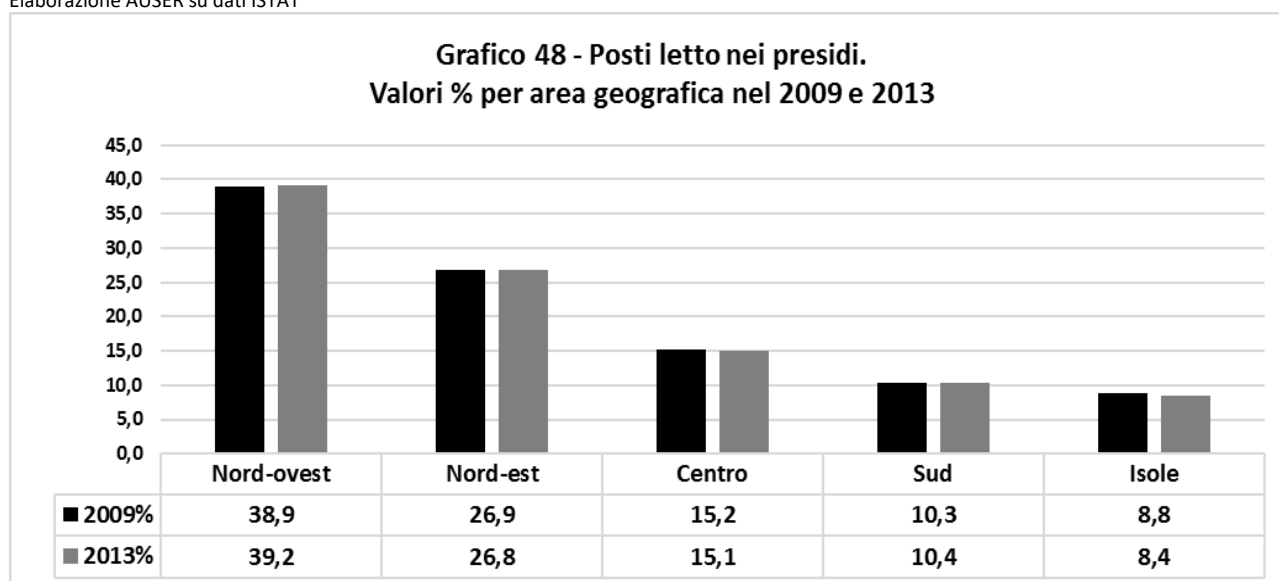
L'offerta di posti letto del sistema dei Presidi ammonta a 384.450 nel 2013, con un calo di 10,4% rispetto al 2009 quando i posti letto erano 429.220. Dal punto di vista della distribuzione geografica dei posti letto il dato più rilevante è lo squilibrio tra regioni del Nord e il resto del Paese. Nelle aree del Nord ovest e del Nord est si concentra il 66% delle disponibilità di Posti letto, il 15,1 nell'area del Centro il rimanente 18,8 nel Meridione e nelle Isole.

La differenza Nord – Sud si riscontra anche verificandola in rapporto alla popolazione residente. La disponibilità di offerta più alta si riscontra nel Nord con 9,1 posti letto ogni 1.000 residenti. L'offerta decresce nelle altre ripartizioni e tocca i valori minimi nel Sud del Paese con meno di 3 posti letto ogni 1.000 residenti.

I valori minimi si registrano in Campania con 1,7 posti letto per 1.000 abitanti. Sardegna e Molise si discostano dal quadro che si configura nel Sud del Paese, registrando tassi superiori a 5 posti letto ogni 1.000 residenti (rispettivamente 5,1 e 6,2 posti letto ogni 1.000 residenti) (Grafico 47,48).

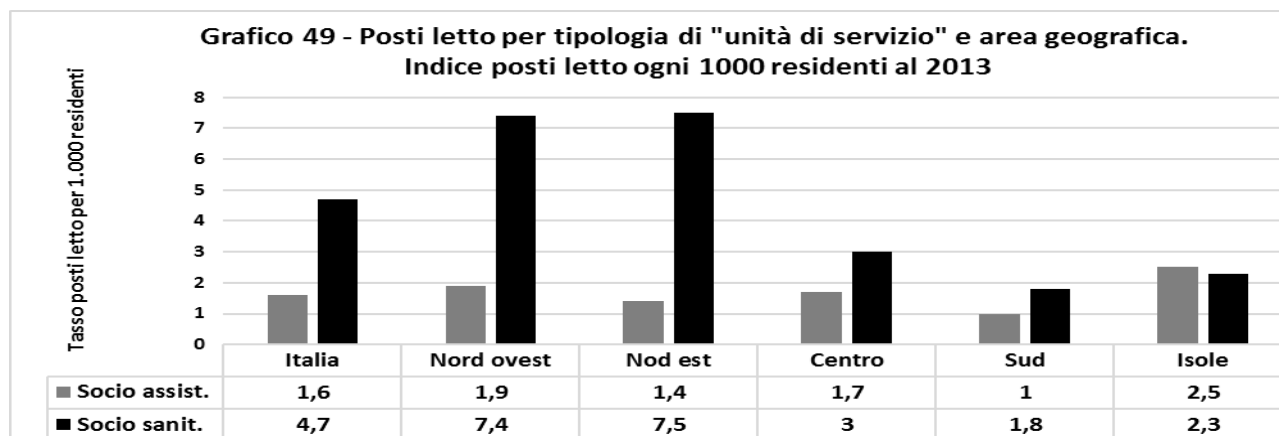


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

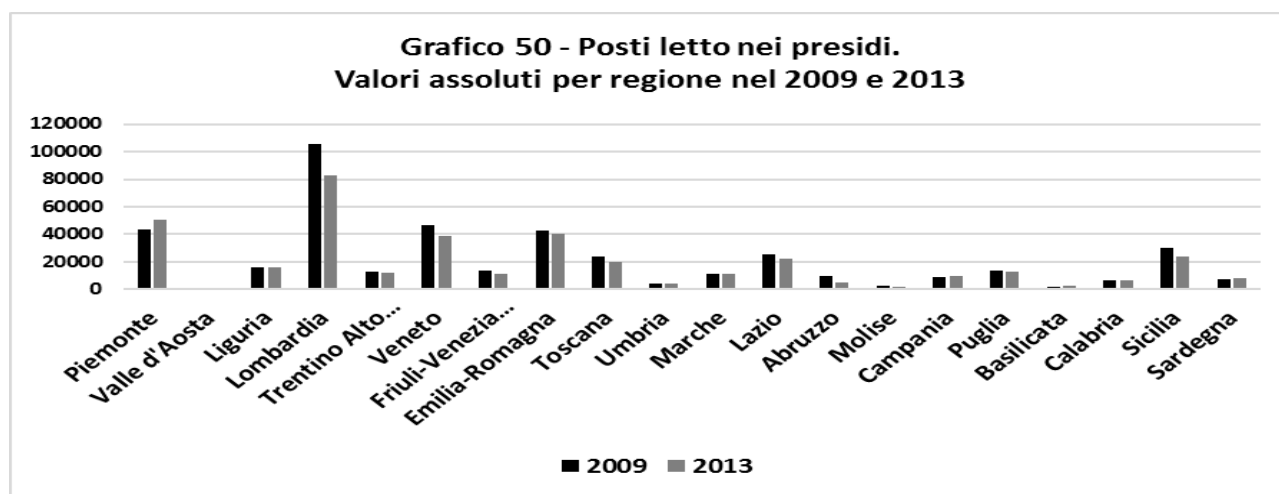
Per quanto riguarda il carattere prevalente delle prestazioni dei Presidi le regioni del Nord presentano la più alta disponibilità di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,4 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore inferiore a due nelle regioni del Sud. La distribuzione territoriale di posti letto dedicati alle funzioni di tipo socio-assistenziale segue, invece, un andamento più omogeneo e si assesta su valori molto più bassi in tutte le ripartizioni territoriali, ad eccezione delle Isole, dove l'offerta residenziale assistenziale prevale su quella sanitaria (Grafico 49).



Elaborazione Auser su dati ISTAT

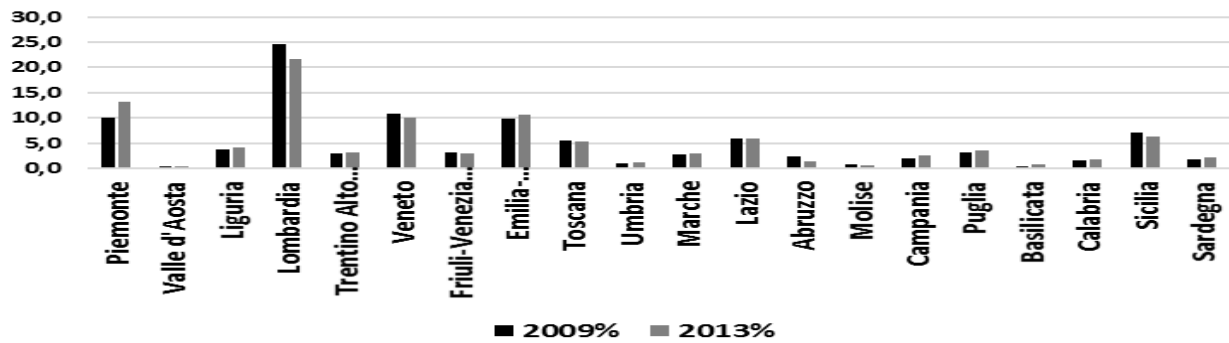
Il divario tra le regioni si riscontra anche in relazione alla tipologia di utenza assistita. La maggiore concentrazione di posti letto destinata ad anziani si registra al Nord, con tassi di circa 29 ogni 1.000 residenti di pari età, mentre nelle altre ripartizioni la quota di posti letto destinata a utenti con più di 64 anni risulta molto inferiore e raggiunge il suo valore minimo al Sud con meno di 7 posti letto ogni 1.000 residenti.

Le Isole, ed in modo particolare la Sicilia, si caratterizzano per la più ampia proporzione di posti letto dedicata ad accogliere stranieri (6 posti letto ogni 1.000 residenti stranieri), scostandosi nettamente dal dato nazionale che si attesta su un valore di 1,7 per 1.000 stranieri residenti (Grafico 50,51,52 Tab.28,29).



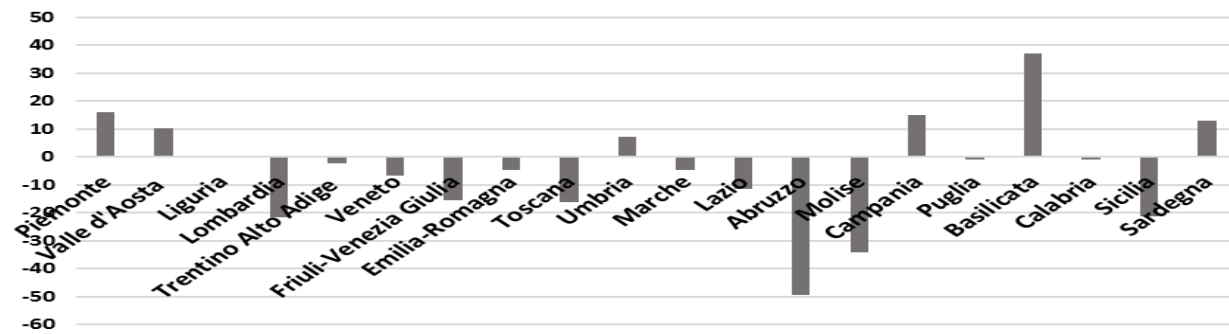
Elaborazione Auser su dati ISTAT

**Grafico 51 - Posti letto nei presidi.  
Valori % per regione nel 2009 e 2013**



Elaborazione Auser su dati ISTAT

**Grafico 52 - Posti letto nei presidi.  
Variazione % per regione dal 2009 al 2013.**



Elaborazione Auser su dati ISTAT

**Tab. 28 - Posti letto nei Presidi per area geografica, regione e tipologia di utenza. Valori assoluti e % nel 2009**

	2009											
	minori (0-17 anni)	disabili	dipendenze	adulti (18-64 anni) con disagio sociale	immigrati, stranieri	anziani (65 anni e più)	%	ospiti con problemi di salute mentale	multitutenza	non indicato	totale	%
<b>Italia</b>	26215	33886	7873	9461	8377	314061	100	17799	11443	107	429220	100
<b>Nord ovest</b>	5390	13023	3660	2453	1933	131700	41,9	5668	2919	89	166835	38,9
Piemonte	1225	3283	79	519	16	37233	11,9	246	796	89	43485	10,1
Valle d'Aosta	17	14	49	41	16	1053	0,3	57	28	0	1274	0,3
Liguria	778	1460	25	250	124	12740	4,1	1023	0	0	16400	3,8
Lombardia	3369	8267	3509	1644	1777	80674	25,7	4342	2095	0	105677	24,6
<b>Nord est</b>	4917	6704	810	2709	2717	90974	29,0	3863	2620	0	115314	26,9
Trentino Alto Adige	474	887	28	885	644	8637	2,8	499	677	0	12732	3,0
Veneto	1498	2884	697	367	9	38585	12,3	1827	755	0	46621	10,9
Friuli-Venezia Giulia	204	730	48	71	114	11322	3,6	292	744	0	13525	3,2
Emilia-Romagna	2742	2203	38	1386	1950	32430	10,3	1244	444	0	42436	9,9
<b>Centro</b>	4067	5410	1741	1839	1403	45600	14,5	2591	2418	7	65076	15,2
Toscana	1275	1422	724	248	315	18324	5,8	926	794	0	24029	5,6
Umbria	183	300	288	117	67	2455	0,8	484	192	0	4086	1,0
Marche	529	536	588	883	0	8296	2,6	598	79	0	11509	2,7
Lazio	2080	3152	141	592	1021	16525	5,3	583	1352	7	25453	5,9
<b>Sud</b>	5257	4651	1313	1063	203	25963	8,3	3210	2428	0	44087	10,3
Abruzzo	255	1073	378	121	65	7262	2,3	767	219	0	10139	2,4
Molise	93	368	43	128	0	2006	0,6	166	143	0	2947	0,7
Campania	2603	1659	140	79	60	3341	1,1	699	124	0	8706	2,0
Puglia	1323	584	123	394	20	8494	2,7	761	1735	0	13434	3,1
Basilicata	106	554	61	57	0	930	0,3	246	83	0	2037	0,5
Calabria	877	413	568	285	57	3930	1,3	570	124	0	6824	1,6
<b>Isole</b>	6584	4097	348	1396	2122	19823	6,3	2467	1059	11	37907	8,8
Sicilia	6069	3503	317	1277	2073	14806	4,7	1803	512	11	30372	7,1
Sardegna	515	594	30	119	49	5017	1,6	664	547	0	7535	1,8

Elaborazione Auser su dati ISTAT



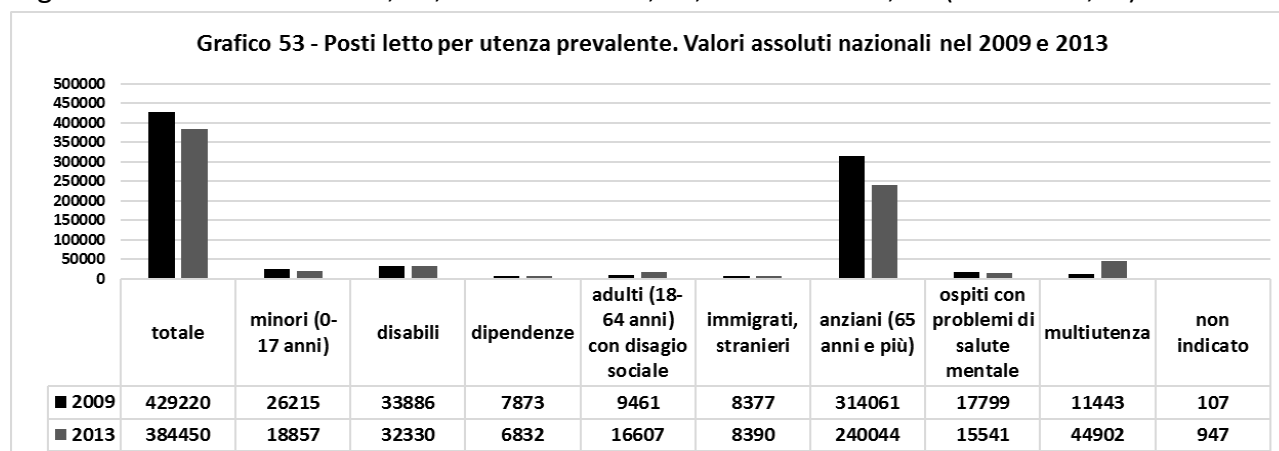
Tab. 29 - Posti letto nei presidi tipologia di utenza, area geografica e regione. Valori assoluti e % nel 2013, e variazione dal 2009 al 2013

	2013												
	minori (0-17 anni)	disabili	dipendenze	adulti (18-64 anni) con disagio	immigrati, stranieri	anziani (65 anni e più)	%	ospiti con problemi di salute mentale	multiutenza	non indicato	totale	%	% 2013/2009
<b>Italia</b>	18857	32330	6832	16607	8390	240044	100	15541	44902	947	384450	100	-10,4
<b>Nord ovest</b>	4186	11423	2914	4912	2541	112573	46,9	4832	6525	904	150811	39,2	-9,6
Piemonte	1259	3647	162	416	712	42471	17,7	898	50	902	50517	13,1	16,2
Valle d'Aosta	27	31	63	21	0	1045	0,4	152	66	0	1405	0,4	10,3
Liguria	659	1855	378	885	198	5870	2,4	1131	4940	0	15915	4,1	-3,0
Lombardia	2242	5890	2311	3590	1630	63187	26,3	2651	1469	2	82973	21,6	-21,5
<b>Nord est</b>	4040	6986	797	3173	2168	67547	28,1	3580	14920	0	103210	26,8	-10,5
Trentino Alto Adige	414	812	114	352	672	4934	2,1	805	4359	0	12462	3,2	-2,1
Veneto	856	2867	619	1490	100	30168	12,6	947	1786	0	38833	10,1	-6,7
Friuli-Venezia Giulia	182	616	50	243	90	2053	0,9	499	7691	0	11423	3,0	-15,5
Emilia-Romagna	2588	2691	14	1088	1306	30393	12,7	1328	1084	0	40492	10,5	-4,6
<b>Centro</b>	4471	5098	1342	2907	1660	28463	11,9	2452	11610	2	58005	15,1	-10,9
Toscana	749	1348	282	791	431	8133	3,4	835	7531	2	20102	5,2	-16,3
Umbria	202	444	362	484	30	688	0,3	180	1993	0	4383	1,1	7,3
Marche	1854	491	600	607	433	6882	2,9	105	0	0	10973	2,9	-4,7
Lazio	1665	2814	98	1024	766	12760	5,3	1332	2086	0	22546	5,9	-11,4
<b>Sud</b>	2792	5173	1341	2877	736	17483	7,3	1994	7515	41	39951	10,4	-9,4
Abruzzo	83	416	31	549	31	1460	0,6	211	2348	0	5129	1,3	-49,4
Molise	62	150	16	66	0	1261	0,5	244	141	0	1940	0,5	-34,2
Campania	553	1771	329	925	189	5268	2,2	169	822	0	10026	2,6	15,2
Puglia	1142	1477	504	782	203	5465	2,3	811	2920	0	13304	3,5	-1,0
Basilicata	301	558	166	20	26	1475	0,6	56	193	0	2795	0,7	37,2
Calabria	651	801	294	535	287	2554	1,1	504	1091	41	6757	1,8	-1,0
<b>Isole</b>	3368	3650	439	2738	1286	13977	5,8	2682	4333	0	32473	8,4	-14,3
Sicilia	2914	2461	386	2238	1241	10102	4,2	1967	2653	0	23962	6,2	-21,1
Sardegna	454	1188	53	500	45	3875	1,6	715	1680	0	8511	2,2	13,0

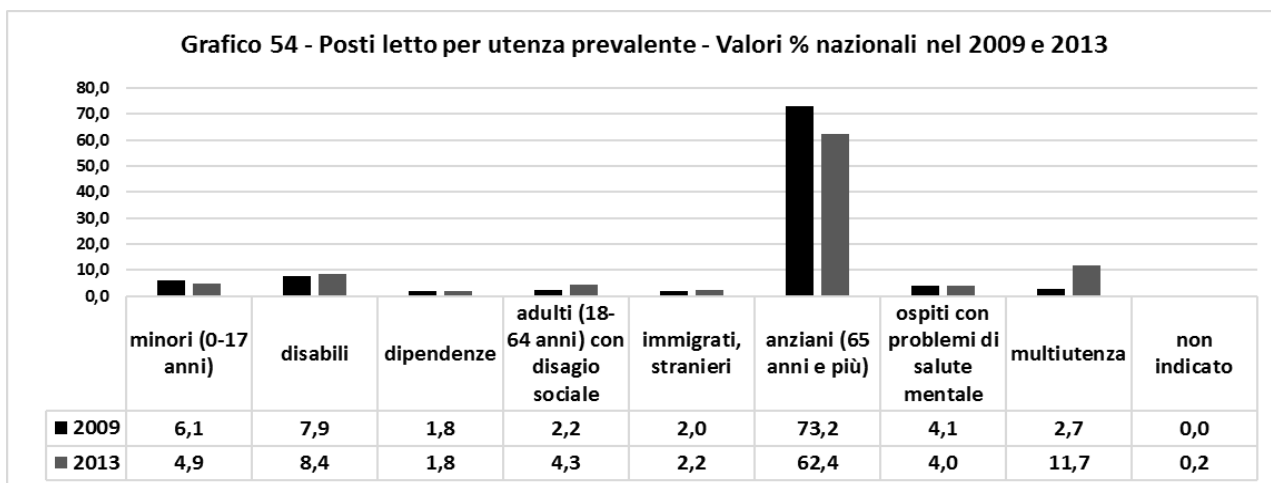
Elaborazione Auser su dati ISTAT

### 6.5.2.1. Posti letto per tipologia di ospiti

La destinazione dei posti letto dei Presidi interessa varie figure sociali: i minori (0-17 anni), i disabili, le dipendenze, gli adulti con disagio sociale, gli immigrati, gli anziani, persone con problemi di salute mentale, multiutenza. La quota più rilevante, il 62,4% è destinata agli anziani, segue la multiutenza con l'11,7%, i disabili con l'8,4%, i minori con 4,9% (Grafico 53,54).

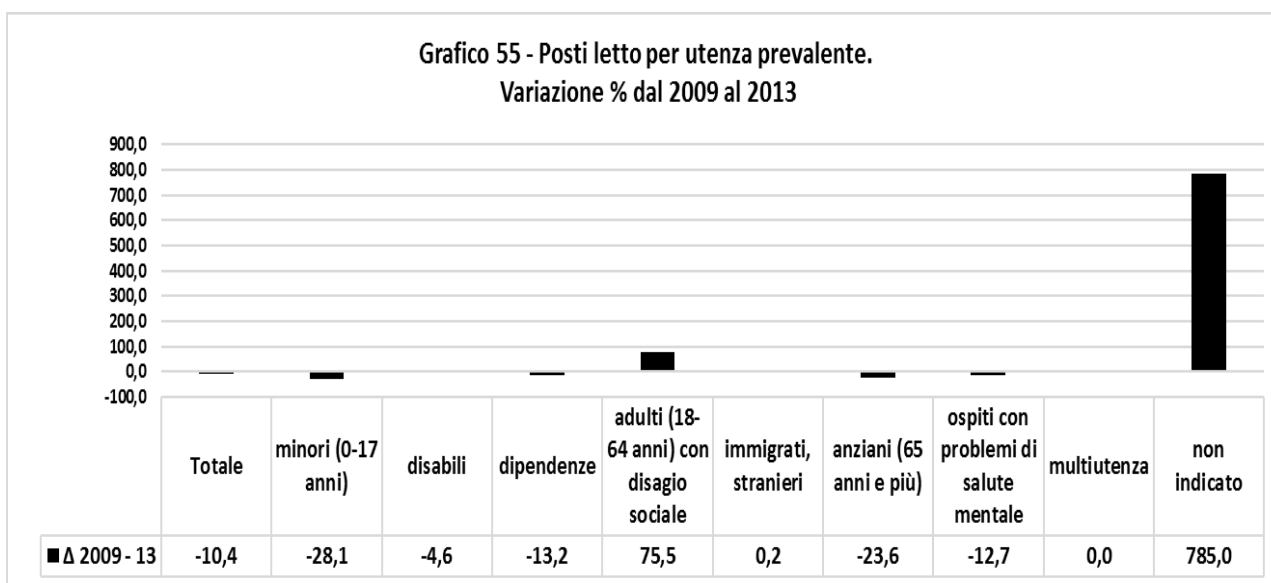


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nel periodo tra il 2009 e il 2013 oltre alla riduzione complessiva media del 10,4% dei posti letto si registra anche una articolazione interna che vede un incremento delle disponibilità addirittura 785% delle destinazioni non indicate, del 291,3% per le multiutenze e del 75,5% per gli adulti con disagio sociale. A registrare invece una drastica contrazione sono i posti letto per i minori del 28,1% e per gli anziani 23,6%. In termini assoluti i posti letto per anziani si riducono di ben 77.017 unità (Grafico 55).



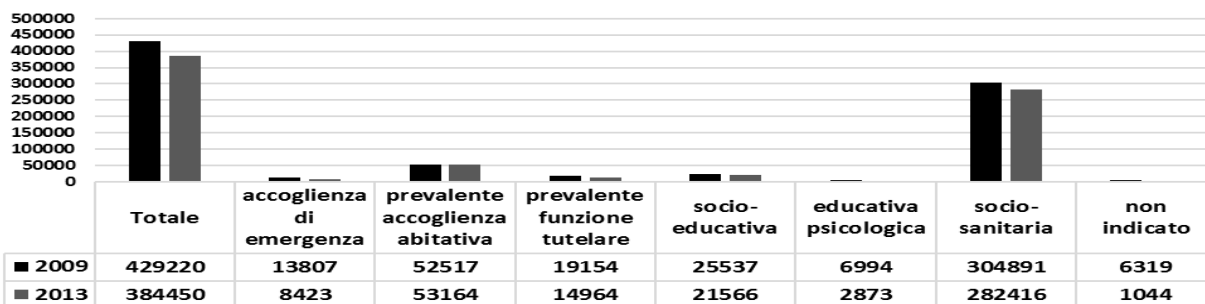
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.2.2. Funzione di protezione sociale

I posti letto dei presidi sono destinati a diverse funzioni di protezione sociale. La prevalente è sicuramente quella socio sanitaria nell'ambito della quale si realizza l'assistenza agli anziani ed alla quale vengono destinati il 73,5% dei posti letto disponibili.

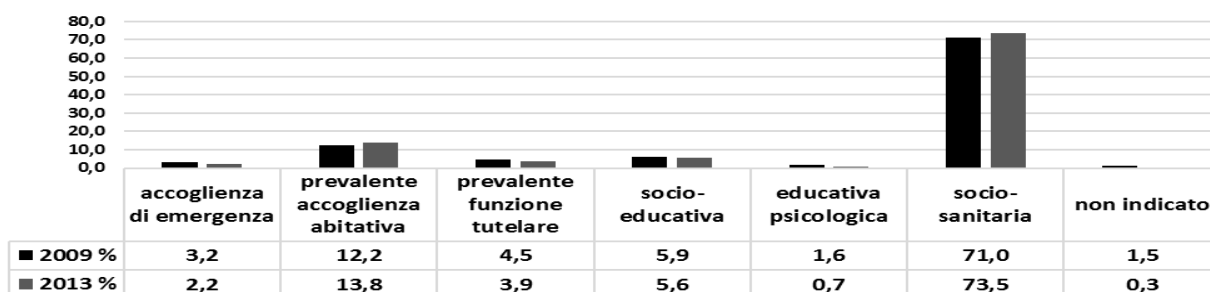
Le altre funzioni sono l'accoglienza di emergenze a cui sono destinati il 2,2% dei posti letto, l'accoglienza abitativa il 13,8, la funzione tutelare 3,9%, l'educativa - psicologica lo 0,7% e quella non meglio precisata con lo 0,3% (Grafico 56).

**Grafico 56 - Posti letto per funzione di protezione sociale.  
Valori assoluti nazionali nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

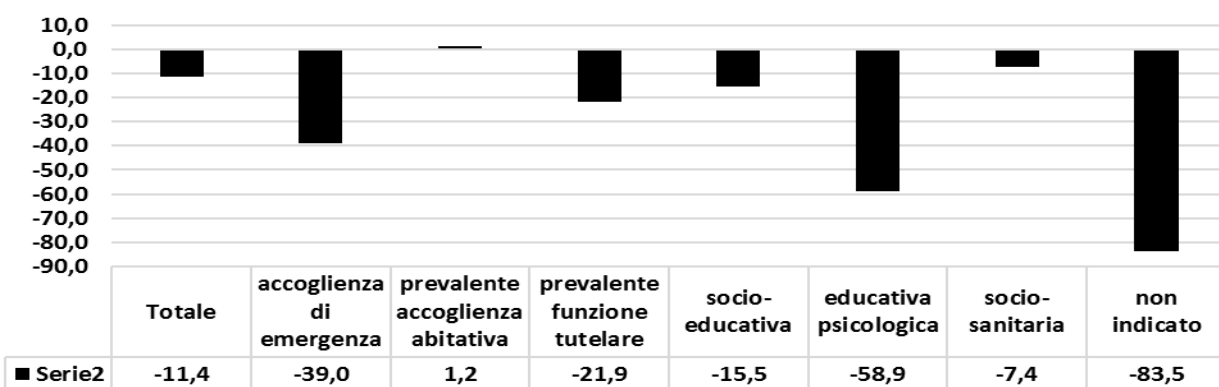
**Grafico 57 - Posti letto per funzione di protezione sociale.  
Valori % nazionali nel 2009 e 2013.**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Ad eccezione della funzione di accoglienza abitativa, le altre funzioni dal 2009 al 2013 hanno subito tutte una riduzione di disponibilità. Le funzioni con riduzioni maggiori sono l'educativa psicologica con meno 58,9%, l'accoglienza di emergenza con il 39%, la tutelare con il 21,9%. A queste seguono la prestazione socio – educativa con meno 15,5%, e la socio sanitaria con il 7,4% (Grafico 58 Tab. 30A, 30B).

**Grafico 58 - Variazione % nazionale dal 2009 e 2013 nei posti letto per funzione di protezione sociale.**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 30A - Posti letto operativi per target di utenza e funzione di protezione sociale.												
2009												
Target di utenza prevalente	minori (0-17 anni)	disabili	dipendenze	adulti (18-64 anni) con	immigrati, stranieri	anziani (65 anni e più)	%	ospiti con problemi di salute	multiutenza	non indicato	totale	%
Funzione di protezione sociale												
totale	26215	33886	7873	9461	8377	314061	100	17799	11443	107	429220	100
accoglienza di emergenza	1129	874	417	2510	4662	2063	0,7	128	2015	11	13807	3,2
prevalente accoglienza abitativa	971	2075	415	2343	2938	41374	13,2	604	1759	39	52517	12,2
prevalente funzione tutelare	2220	1696	371	2051	233	11551	3,7	316	709	7	19154	4,5
socio-educativa	16776	3459	1518	950	524	281	0,1	894	1135	0	25537	5,9
educativa psicologica	1087	492	1475	320	15	2602	0,8	914	89	0	6994	1,6
socio-sanitaria	3659	24775	3585	1203	0	251425	80,1	14657	5537	49	304891	71,0
non indicato	373	515	92	83	7	4765	1,5	285	198	0	6319	1,5

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 30B - Posti letto operativi per target di utenza e funzione di protezione sociale.													
2013													
Target di utenza prevalente	minori (0-17 anni)	disabili	dipendenze	adulti (18-64 anni) con disagio	immigrati, stranieri	anziani (65 anni e più)	%	ospiti con problemi di salute	multiutenza	non indicato	totale	%	Δ 2009 / 2013
Funzione di protezione sociale													
totale	18857	32330	6832	16607	8390	240044	100	15541	44902	947	4E+05	100	-11,4
accoglienza di emergenza	2658	134	73	771	2360	1789	0,7	501	137	0	8423	2,2	-39,0
prevalente accoglienza abitativa	879	2245	498	649	4146	39728	16,6	1627	3172	222	53164	13,8	1,2
prevalente funzione tutelare	2176	1204	127	1203	419	7471	3,1	755	1563	46	14964	3,9	-21,9
socio-educativa	11920	2149	930	1111	1080	2316	1,0	1801	260	0	21566	5,6	-15,5
educativa psicologica	542	175	1069	610	151	121	0,1	192	11	0	2873	0,7	-58,9
socio-sanitaria	532	26187	4135	12217	234	188097	78,4	10665	39748	601	3E+05	73,5	-7,4
non indicato	149	237	0	47	0	522	0,2	0	11	78	1044	0,3	-83,5

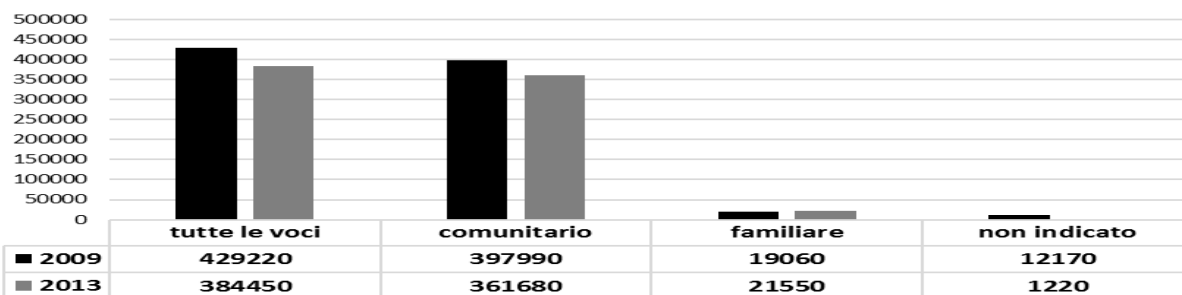
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.2.3. Posti letto per carattere di residenzialità

I Presidi oltre a differenziarsi per il tipo di assistenza erogata e per la tipologia di utenti cui si rivolgono, differiscono anche per il carattere della residenzialità, definita in base alle dimensioni e al tipo di organizzazione adottato.

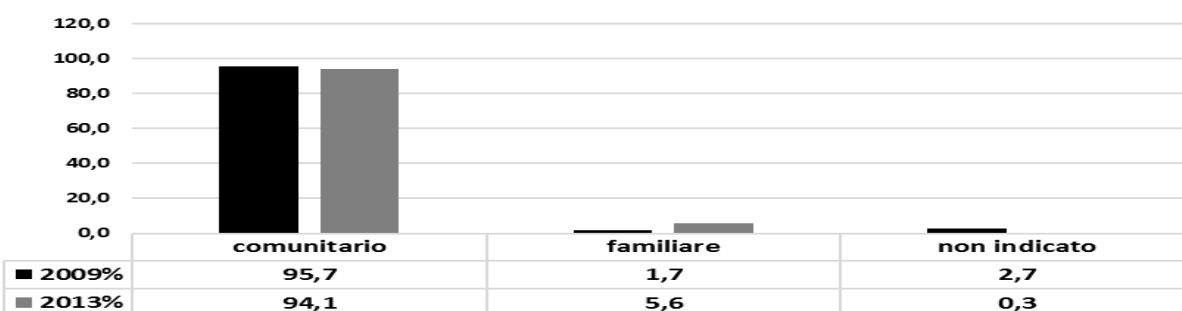
Il 94,1% dei posti letto si colloca in “unità di servizio” di medie o grandi dimensioni con un’organizzazione di tipo comunitario. I mutamenti normativi hanno previsto l’incremento di unità residenziali di piccole dimensioni con organizzazione di tipo familiare; tali unità dispongono soltanto del 5,6% dei posti letto complessivi, ma la quota aumenta al 31,4% se si considerano le sole residenze per minori (Grafici 59, 60 Tab. 31A, 31B).

**Grafico 59 - Posti letto per carattere di residenzialità.  
Valori assoluti nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 60 - Posti letto per carattere di residenzialità.  
Valori % nazionali nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 31A - Posti letto per carattere di residenzialità e utenza prevalente.**

Anno	2009											
	minori (0-17 anni)	disabili	dipendenze	adulti (18-64 anni) con disagio	immigrati, stranieri	anziani (65 anni e più)	%	ospiti con problemi di salute mentale	multiutenza	non indicato	totale	%
Target di utenza prevalente												
Carattere di	tutte le voci											
tutte le voci	26215	33886	7873	9461	8377	314061	100	17799	11443	107	429220	100
comunitario	16315	31152	7147	8214	7882	300542	100,0	16366	10276	96	397990	100,0
familiare	7949	1728	401	1098	347	5184	1,7	1257	1084	11	19060	4,8
non indicato	1950	1006	325	149	149	8334	2,8	175	83	0	12170	3,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 31B - Posti letto per carattere di residenzialità e utenza prevalente.**

Anno	2013											
	minori (0-17 anni)	disabili	dipendenze	adulti (18-64 anni) con disagio sociale	immigrati, stranieri	anziani (65 anni e più)	%	ospiti con problemi di salute mentale	multiutenza	non indicato	totale	%
Target di utenza prevalente												
Carattere di	tutte le voci											
tutte le voci	18857	32330	6832	16607	8390	240044	100	15541	44902	947	384450	100
comunitario	12791	30394	6676	15189	7527	231385	100,0	13450	43409	858	361680	100,0
familiare	5908	1602	155	1374	863	8064	3,5	2080	1493	11	21550	6,0
non indicato	158	334	0	44	0	595	0,3	11	0	78	1220	0,3

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.3. GLI ANZIANI NEI PRESIDI

#### 6.5.3.1. Gli anziani ospiti nei Presidi

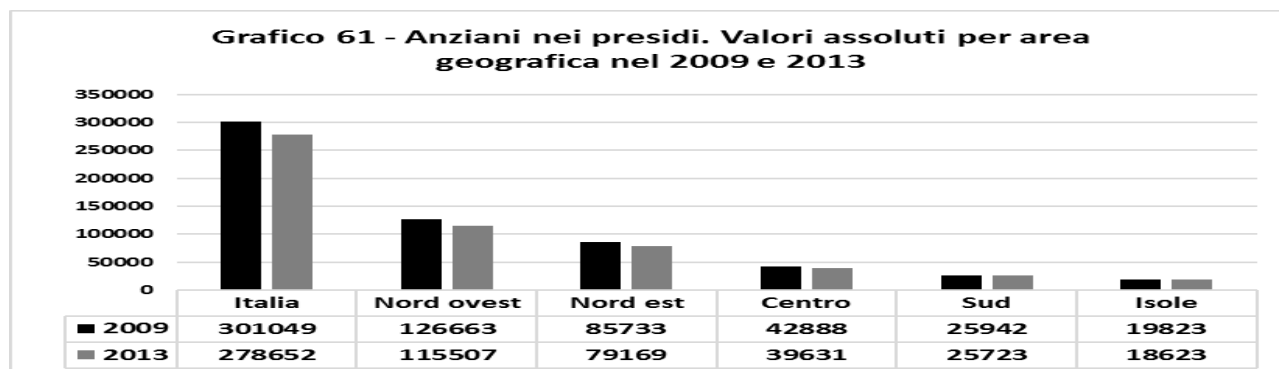
Gli ospiti anziani nei presidi nel 2013 sono 278.652, il 75,8 del totale degli ospiti assistiti. Praticamente tre su quattro ospiti hanno più di 65 anni. Il 41,5% è ospite dei Presidi del Nord Ovest con una presenza particolarmente rilevante del 23,5% il Lombardia. Nel periodo 2009 – 13 l'area registra un calo medio di presenze del 8,8% in larga parte derivante dal meno 16,3% della Lombardia, unica regione a decrescere.

Nel Nord Est risiede il 28,4% degli ospiti con una flessione del 7,7% nel periodo 2009-13. Le presenze più consistenti sono in Veneto con l'11,6% e in Emilia Romagna con il 10%. Tutte e due le regioni hanno un forte decremento nel periodo: più rilevante nel Veneto del 13,1%, più contenuto in Emilia Romagna del 3,9%. Una forte decrescita del 15% c'è anche nel Friuli Venezia Giulia.

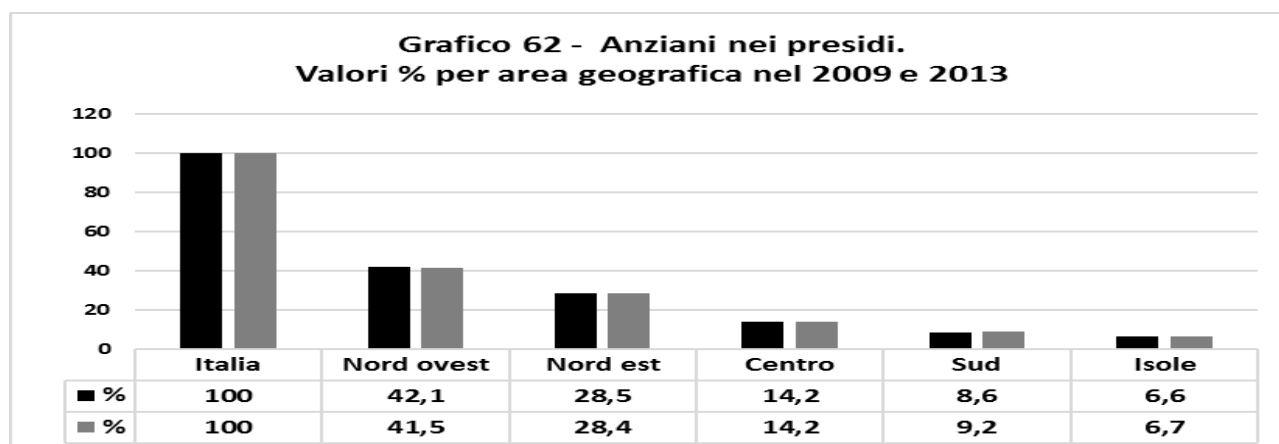
Nel Centro il 14,2% del totale nazionale con un decremento nei cinque anni di riferimento del 7,6%. Le maggiori presenze sono in Toscana con il 5,5% e il Lazio con il 5,2%: entrambe hanno una riduzione nel periodo 2009-13 rispettivamente del 3,7% e del 6,7%.

Nel Meridione il 9,2%, con un calo dello 0,8 dal 2009. Tra le Regioni del Meridione si registrano andamenti fortemente discordanti: a fronte di significativi incrementi della presenza di anziani nei Presidi in Campania e Basilicata dell'84,1% e del 30,9%, in Abruzzo e in Molise decrescono sensibilmente del 47,1% e del 26,6%.

Nelle Isole sono il 6,7%, con un calo 6,1 nei cinque anni di riferimento. Il calo è da attribuire tutto alla Sicilia che decresce del 14,5%, mentre la Sardegna ha un incremento del 19,2% (Grafico 61,62,63,64,65 Tab. 33).

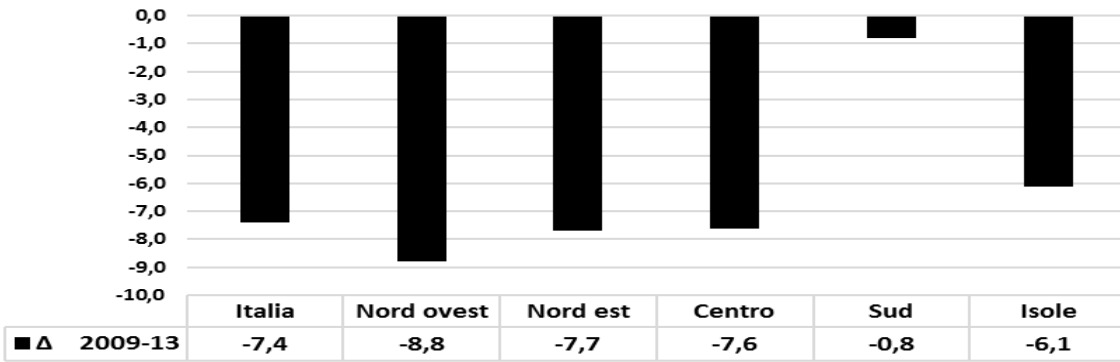


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



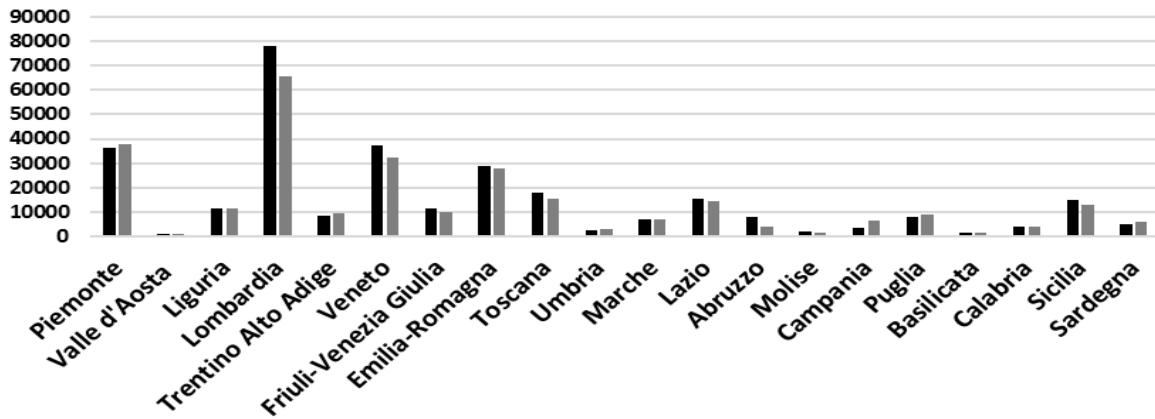
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 63 - Anziani nei presidi. Variazione % per area geografica dal 2009 al 2013**



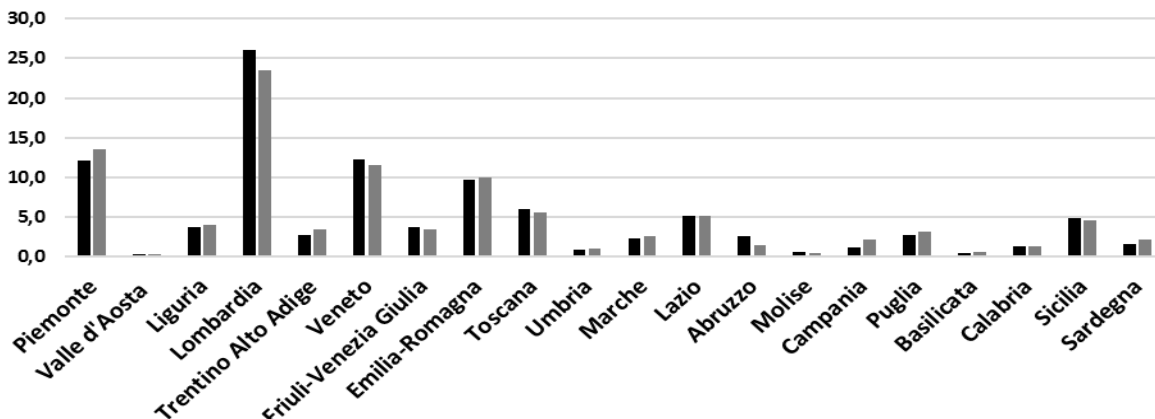
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 64 - Anziani nei presidi. Valori assoluti per regione nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 65 - Anziani nei presidi. Valori % per regione nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 33 - Anziani nei presidi. Valori assoluti e % per area geografica e regione nel 2009 e 2013 e variazione % 2009/2013**

	Totale	%	Totale	%	Δ 2009-13
<b>Italia</b>	<b>301049</b>	<b>100</b>	<b>278652</b>	<b>100</b>	<b>-7,4</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>126663</b>	<b>42,1</b>	<b>115507</b>	<b>41,5</b>	<b>-8,8</b>
Piemonte	36279	12,1	37612	13,5	3,7
Valle d'Aosta	993	0,3	1024	0,4	3,1
Liguria	11085	3,7	11308	4,1	2,0
Lombardia	78307	26,0	65563	23,5	-16,3
<b>Nord est</b>	<b>85733</b>	<b>28,5</b>	<b>79169</b>	<b>28,4</b>	<b>-7,7</b>
Trentino Alto	8326	2,8	9445	3,4	13,4
Veneto	37073	12,3	32213	11,6	-13,1
Friuli-Venezia	11343	3,8	9642	3,5	-15,0
Emilia-Romagna	28991	9,6	27868	10,0	-3,9
<b>Centro</b>	<b>42888</b>	<b>14,2</b>	<b>39631</b>	<b>14,2</b>	<b>-7,6</b>
Toscana	17864	5,9	15414	5,5	-3,7
Umbria	2515	0,8	2734	1,0	8,7
Marche	7067	2,3	7072	2,5	0,1
Lazio	15442	5,1	14410	5,2	-6,7
<b>Sud</b>	<b>25942</b>	<b>8,6</b>	<b>25723</b>	<b>9,2</b>	<b>-0,8</b>
Abruzzo	7721	2,6	4085	1,5	-47,1
Molise	1734	0,6	1272	0,5	-26,6
Campania	3328	1,1	6126	2,2	84,1
Puglia	8052	2,7	8840	3,2	9,8
Basilicata	1197	0,4	1567	0,6	30,9
Calabria	3911	1,3	3833	1,4	-2,0
<b>Isole</b>	<b>19823</b>	<b>6,6</b>	<b>18623</b>	<b>6,7</b>	<b>-6,1</b>
Sicilia	14856	4,9	12704	4,6	-14,5
Sardegna	4967	1,6	5919	2,1	19,2

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.3.2. Gli anziani nei presidi per genere

Gli ospiti anziani suddivisi per genere 70.730 uomini e 207.922 donne: rispettivamente il 25,4% e il 74,6% del totale. Nell'intervallo 2009 -2013 ambedue i generi diminuiscono del 5,4% gli uomini e del 10% le donne.

Dalla loro distribuzione nelle aree geografiche e nelle Regioni risulta che il 38,9% degli uomini e il 42,3% delle donne sono ospitati nei Presidi del Nord Ovest. In quest'area il principale contributo è dato dalla Lombardia sia per gli uomini, con il 20,9%, che per le donne con il 24,4%, anche se nella Regione si registra una diminuzione tra il 2009-13 tanto gli uni, con il 15,2%, quanto le altre, con il 16,6%. A differenza sono in incremento gli ospiti uomini nel Piemonte con il 9%, in Valle D'Aosta con il 21,4% e la Liguria con il 14,8%: Per le donne l'unica regione che non perde ospiti è il Piemonte che cresce del 2%.

Nei Presidi del Nord Est nel 2013 sono ospitati il 28% di uomini e il 28,6% di donne che diminuiscono nel periodo rispettivamente del 4,7% e dell'8,6%. A contribuire maggiormente al numero di uomini sono il veneto con il 10,6% e l'Emilia Romagna con il 10,5%. Ambedue le regioni diminuiscono nel periodo del 10,9 e dell'1,5%. Anche per le donne il principale contributo del Veneto con l'11,9% e dell'Emilia Romagna con il 9,8%. Anche qui le due regioni diminuiscono rispettivamente del 13,8 e del 4,8%.



Nel Centro gli ospiti uomini sono il 14% e le donne il 14,3%. Ambedue i generi sono in diminuzione nel periodo 2009-13, del 6,9% gli uomini e del 7,8% le donne. Il contributo maggiore è dato dalla Toscana con il 5,4% di uomini e 5,6% di donne e dal Lazio con il 5% di uomini e il 5,2% di donne. Tanto la Toscana che il Lazio perdono ospiti sia maschili sia femminili. Nell'area a non perdere ospiti è l'Umbria che accresce gli ospiti sia maschili del 14% che femminili del 6,9% e le Marche che accresce i soli ospiti uomini del 2,3%.

Nel Meridione gli ospiti uomini sono il 11,1% e le donne l'8,6%. A differenza delle altre aree nel meridione gli ospiti uomini aumentano leggermente del 1,9% mentre le donne diminuiscono del -2%. Il contributo più importante al numero degli ospiti anziani viene dalla Campania con il 2,8% di uomini e il 2% di donne e dalla Puglia con il 3,7% di uomini e il 3% di donne. Nel Meridione a fronte di Regioni che registrano incrementi tanto per le donne che per gli uomini, differenziandosi dall'andamento medio nazionale, altre regioni registrano un pesante decrescita.

Tra le prime ricadono la Campania con una crescita del 70,1 per gli uomini e del 91,7 per le donne, la Puglia con 11,5 per gli uomini e il 9,1 per le donne e la Basilicata con il 6,2 per gli uomini e il 44,4% delle donne. Diversamente l'Abruzzo diminuisce del 45,1% di uomini e del 48,8% di donne e il Molise che diminuisce del 22,3% di uomini e del 28,2 di donne.

Nelle Isole il numero degli ospiti è 8,1% uomini e del 6,2% di donne rispetto al totale nazionale. Il comportamento delle due regioni è profondamente difforme. La Sicilia diminuisce sensibilmente la presenza tanto di uomini del 25,2% che di donne dell'8,9%. Diversamente la Sardegna aumenta tanto gli uni con il 14,8% che le altre con il 21,3% (Tab. 34)

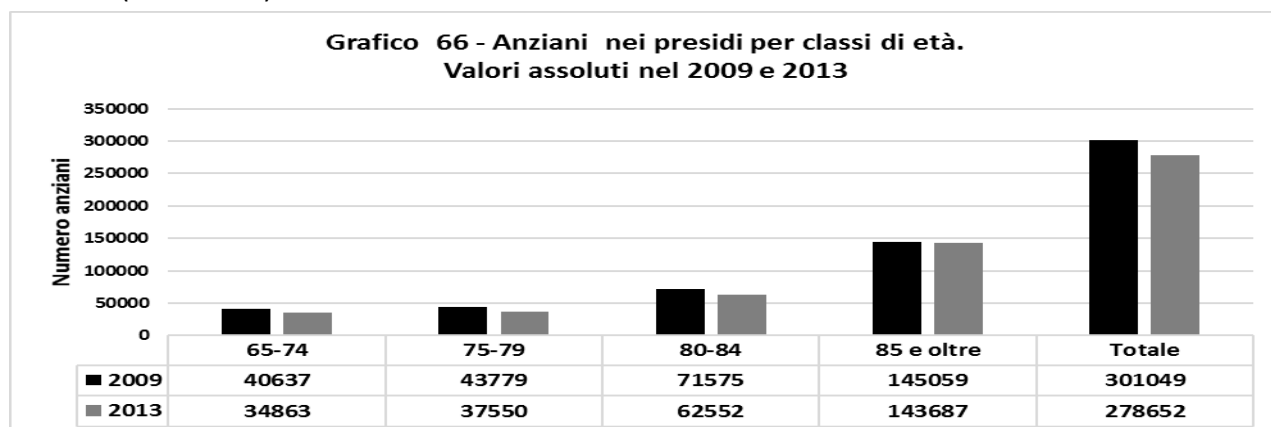
	<b>2009</b>				<b>2013</b>				<b>Δ maschi 09-13</b>	<b>Δ femmine 09-13</b>
	<b>Maschi</b>	<b>%</b>	<b>Maschi</b>	<b>%</b>	<b>Femmine</b>	<b>%</b>	<b>Femmine</b>	<b>%</b>		
<b>Italia</b>	<b>74777</b>	<b>100</b>	<b>70730</b>	<b>100</b>	<b>226273</b>	<b>100</b>	<b>207922</b>	<b>100</b>	<b>-5,4</b>	<b>-8,1</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>28960</b>	<b>38,7</b>	<b>27527</b>	<b>38,9</b>	<b>97704</b>	<b>43,2</b>	<b>87979</b>	<b>42,3</b>	<b>-4,9</b>	<b>-10,0</b>
Piemonte	8693	11,6	9479	13,4	27586	12,2	28133	13,5	9,0	2,0
Valle d'Aosta	248	0,3	301	0,4	745	0,3	723	0,3	21,4	-3,0
Liguria	2596	3,5	2980	4,2	8489	3,8	8328	4,0	14,8	-2,9
Lombardia	17423	23,3	14768	20,9	60883	26,9	50795	24,4	-15,2	-16,6
<b>Nord est</b>	<b>20762</b>	<b>27,8</b>	<b>19784</b>	<b>28,0</b>	<b>64970</b>	<b>28,7</b>	<b>59385</b>	<b>28,6</b>	<b>-4,7</b>	<b>-8,6</b>
Trentino Alto Adige	2203	2,9	2634	3,7	6123	2,7	6811	3,3	19,6	11,2
Veneto	8435	11,3	7515	10,6	28638	12,7	24698	11,9	-10,9	-13,8
Friuli-Venezia Giulia	2616	3,5	2222	3,1	8727	3,9	7420	3,6	-15,1	-15,0
Emilia-Romagna	7508	10,0	7413	10,5	21482	9,5	20455	9,8	-1,3	-4,8
<b>Centro</b>	<b>10620</b>	<b>14,2</b>	<b>9887</b>	<b>14,0</b>	<b>32268</b>	<b>14,3</b>	<b>29744</b>	<b>14,3</b>	<b>-6,9</b>	<b>-7,8</b>
Toscana	4390	5,9	3833	5,4	13474	6,0	11581	5,6	-12,7	-14,0
Umbria	642	0,9	732	1,0	1873	0,8	2002	1,0	14,0	6,9
Marche	1767	2,4	1807	2,6	5299	2,3	5265	2,5	2,3	-0,4
Lazio	3820	5,1	3515	5,0	11622	5,1	10896	5,2	-8,0	-6,2
<b>Sud</b>	<b>7691</b>	<b>10,3</b>	<b>7838</b>	<b>11,1</b>	<b>18251</b>	<b>8,1</b>	<b>17885</b>	<b>8,6</b>	<b>1,9</b>	<b>-2,0</b>
Abruzzo	2059	2,8	1131	1,6	5662	2,5	2954	1,4	-45,1	-48,8
Molise	467	0,6	363	0,5	1267	0,6	910	0,4	-22,3	-28,2
Campania	1179	1,6	2006	2,8	2149	0,9	4120	2,0	70,1	91,7
Puglia	2376	3,2	2650	3,7	5675	2,5	6191	3,0	11,5	9,1
Basilicata	422	0,6	448	0,6	775	0,3	1119	0,5	6,2	44,4
Calabria	1188	1,6	1241	1,8	2723	1,2	2592	1,2	4,5	-4,8
<b>Isole</b>	<b>6743</b>	<b>9,0</b>	<b>5694</b>	<b>8,1</b>	<b>13080</b>	<b>5,8</b>	<b>12929</b>	<b>6,2</b>	<b>-15,6</b>	<b>-1,2</b>
Sicilia	5112	6,8	3822	5,4	9745	4,3	8882	4,3	-25,2	-8,9
Sardegna	1631	2,2	1872	2,6	3336	1,5	4047	1,9	14,8	21,3

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

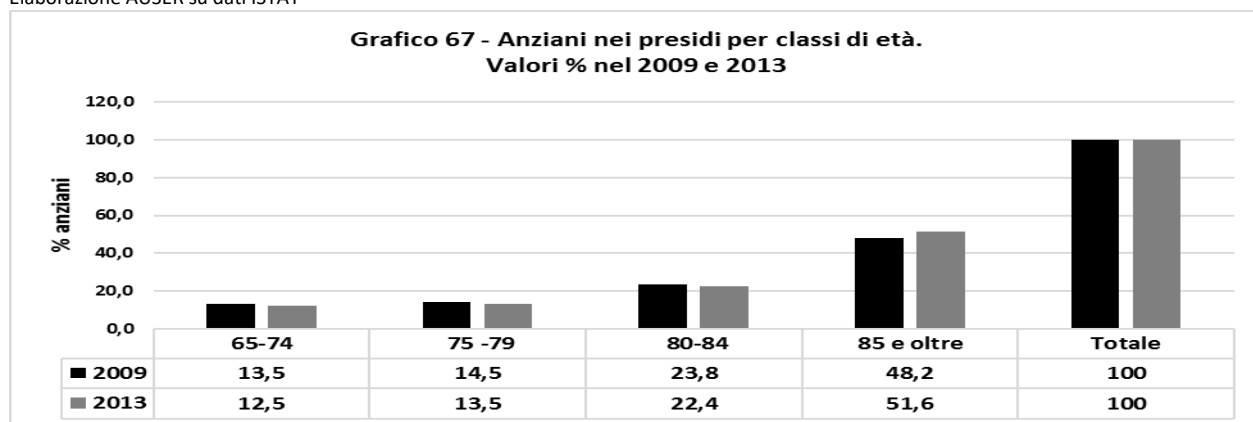
### 6.5.3.3. Anziani nei presidi per classi di età

Gli anziani ospiti nei Presidi hanno tutti più di 65 anni. Analizzandone la composizione per classi di età la situazione è la seguente.

Oltre i due terzi degli anziani assistiti nelle strutture residenziali (74%) ha superato gli 80 anni, quota che sale al 76% per i non autosufficienti e si riduce al 68% per gli anziani autosufficienti. Il tasso di ricovero per gli anziani con meno di 75 anni è pari a 5 ogni 1.000 residenti e cresce gradualmente con l'aumentare dell'età, raggiungendo quota 77 per 1.000 tra gli ultra-ottantacinquenni. Per questa classe d'età il tasso di ricovero aumenta notevolmente nelle regioni del Nord e supera la soglia di 167 per 1.000 residenti nelle province autonome di Trento e Bolzano (Grafico 66).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



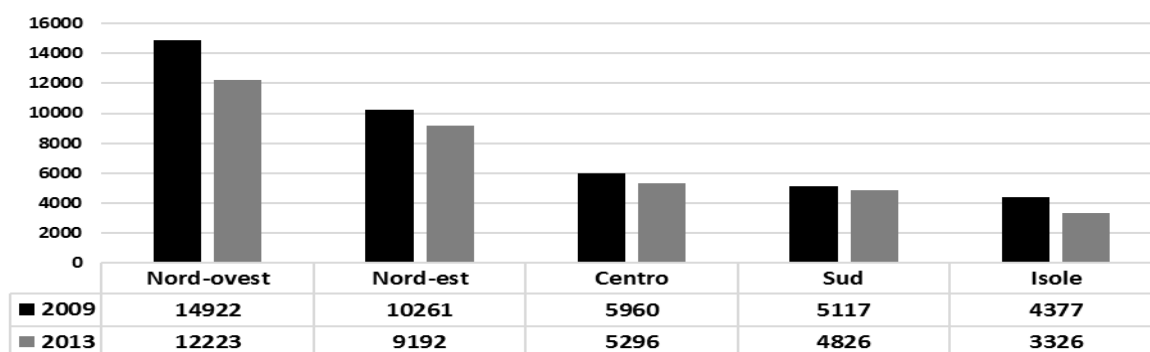
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Da osservare come gli anziani con più di 85 anni nel 2013 siano in crescita malgrado diminuisca il totale degli ospiti anziani.

#### 6.5.3.3.1. Anziani tra 65 e 74 anni

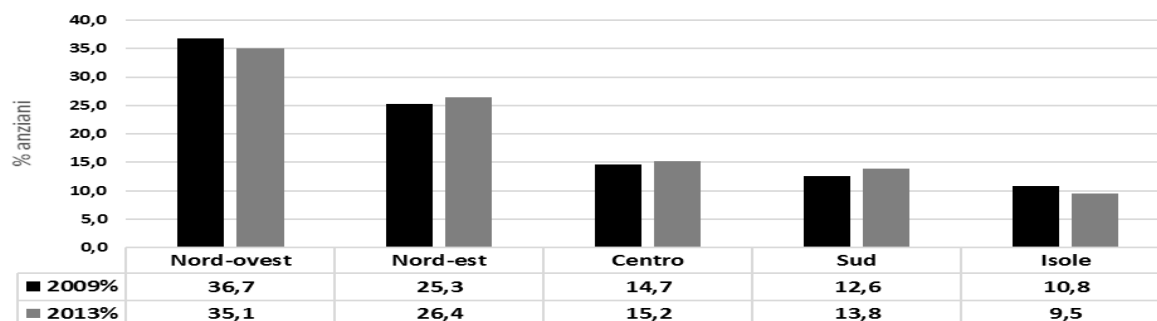
La classe di anziani tra i 64 e i 74 anni, la meno consistente tra le varie classi di età (il 12,5% al 2013), registra un andamento articolato nel passaggio dal 2009 al 2013 sia nelle aree geografiche sia nelle regioni. Il gruppo, infatti, pur passando complessivamente da 40.637 nel 2009 a 34.863 nel 2013, disaggregando il dato per area geografica il decremento si concentra nelle sole aree del Nord-ovest e delle Isole (Grafico 68, 69).

**Grafico 68 - Anziani nei presidi tra i 65 e 74 anni.  
Valori assoluti per area geografica nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

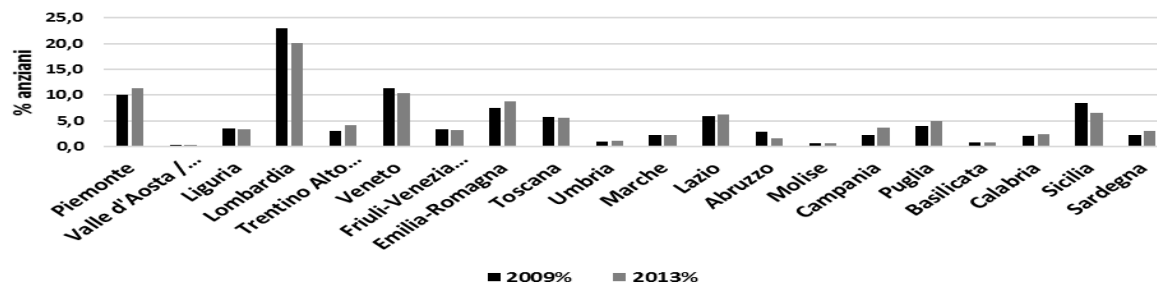
**Grafico 69 - nei presidi tra 65 e 74 anni.  
Valori % per area geografica sul totale nazionale  
2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Lo stesso andamento differenziato si registra disaggregando il dato per regioni. In questo caso si verifica una articolazione del comportamento del gruppo anche all'interno delle singole aree geografiche per cui risulta che in Piemonte il gruppo cresce, mentre decresce nel Veneto a differenza dell'andamento delle rispettive aree. Nelle isole notiamo una netta differenza tra la Sicilia dove il gruppo decresce e la Sardegna dove invece è in crescita (Grafico 70).

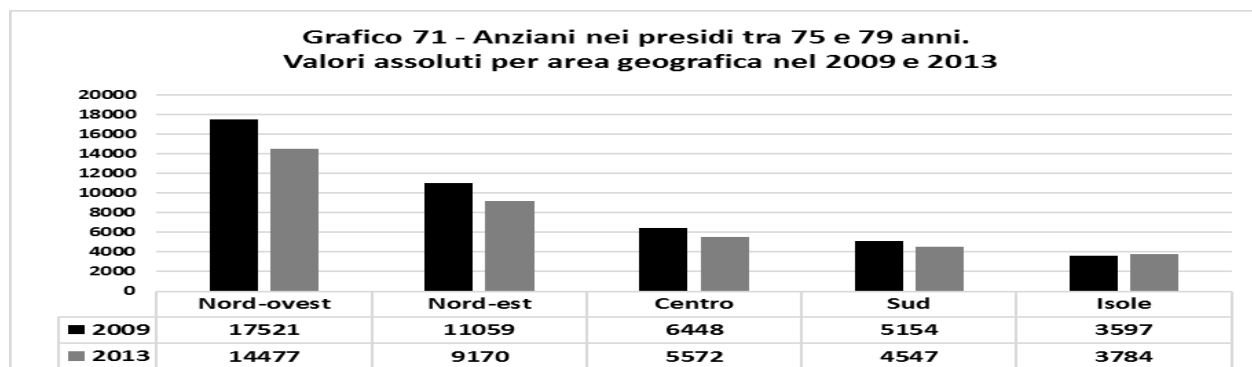
**Grafico 70 - Anziani nei presidi tra i 65 e i 74 anni.  
Valori % regionali sul totale nazionale 2009 e 2013**



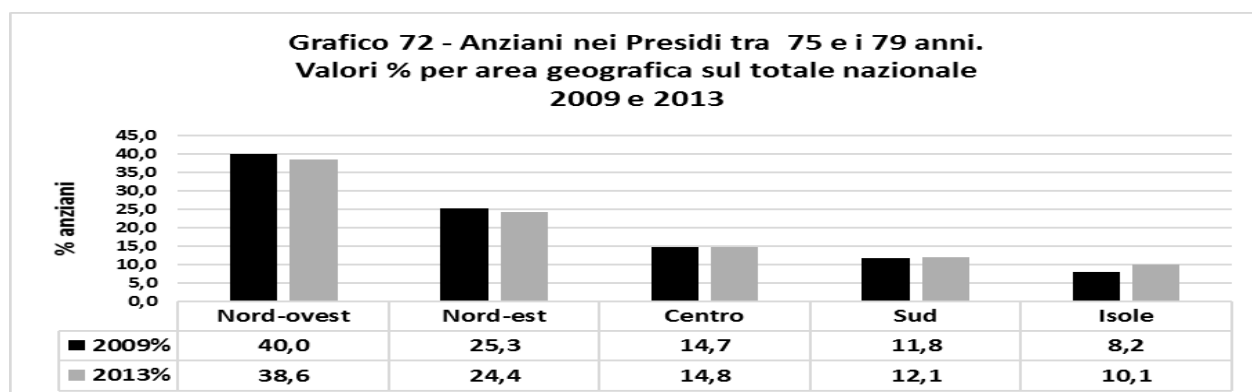
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.3.3.2. Anziani tra 75 e 79 anni

Il gruppo degli anziani tra i 75 e i 79 anni passa da 43.779 nel 2009 a 37.550 con un decremento dal 14,5 al 13,5% del totale nazionale. In questo caso il gruppo ha un comportamento differenziato tra le varie aree geografiche. Il decremento nazionale si conferma per il Nord-ovest e il Nord-est, mentre nelle aree del centro, del meridione e delle isole il gruppo è in crescita.

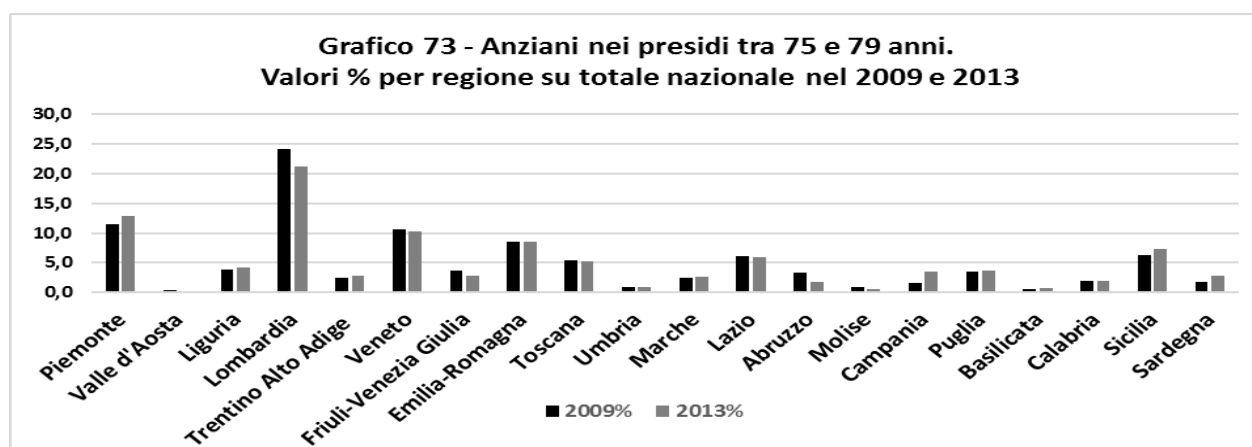


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

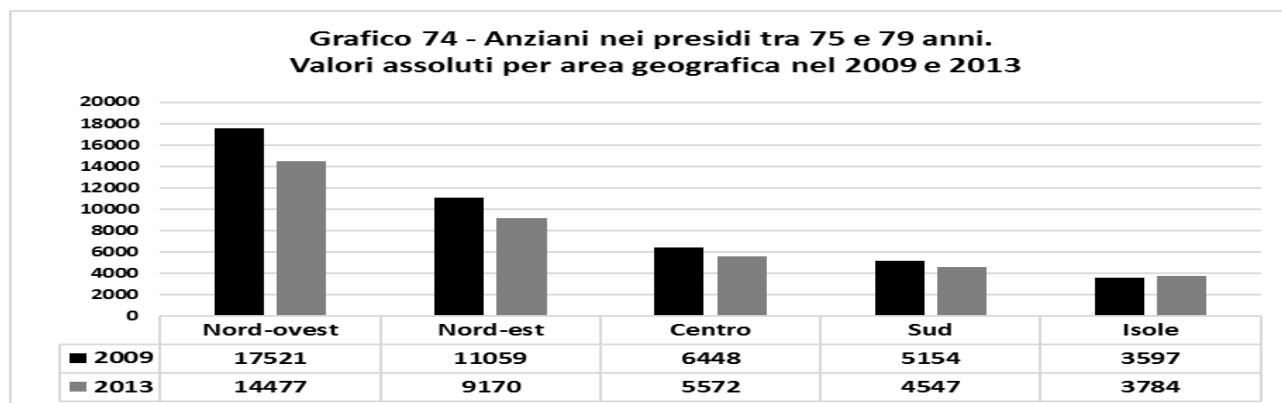
Alcuni comportamenti difforni rispetto al dato nazionale del gruppo ed a quello per aree geografiche si rileva nei dati regionali. Nel Nord in Piemonte e in Liguria il gruppo è in crescita, mentre nel Meridione gli unici comportamenti difforni sono quelli dell'Abruzzo e del Molise entrambe in diminuzione (Grafico 73).



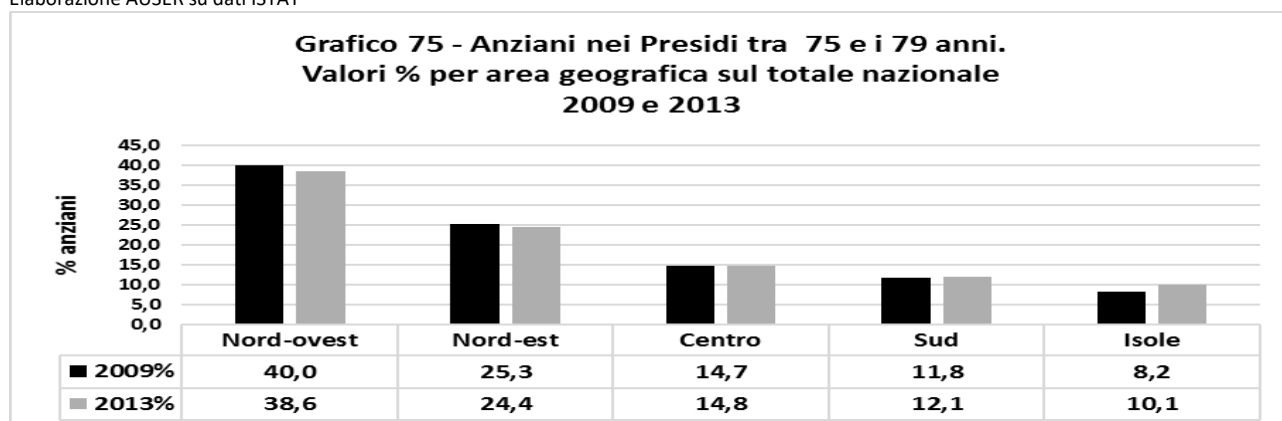
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.3.3. Anziani tra 80 e 84 anni

La classe degli anziani tra gli 80 e 84 anni dal 2009 al 2013 decresce da 71.575 a 62.552 unità passando quindi dal 23,8 al 22,4 % del totale nazionale. Nelle aree geografiche del Nord il gruppo è in decrescita, coerentemente con il dato nazionale, mentre nelle altre aree è in crescita (Grafico 74, 75).

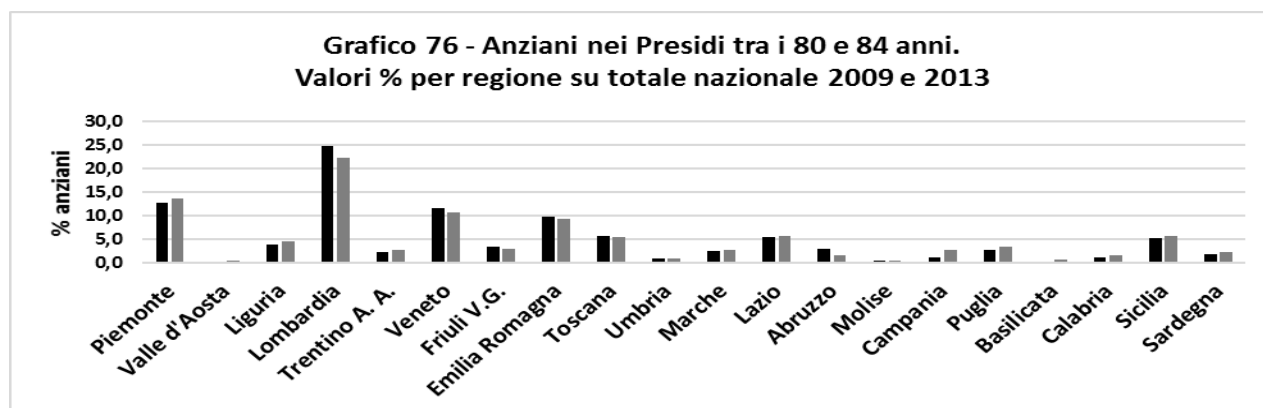


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

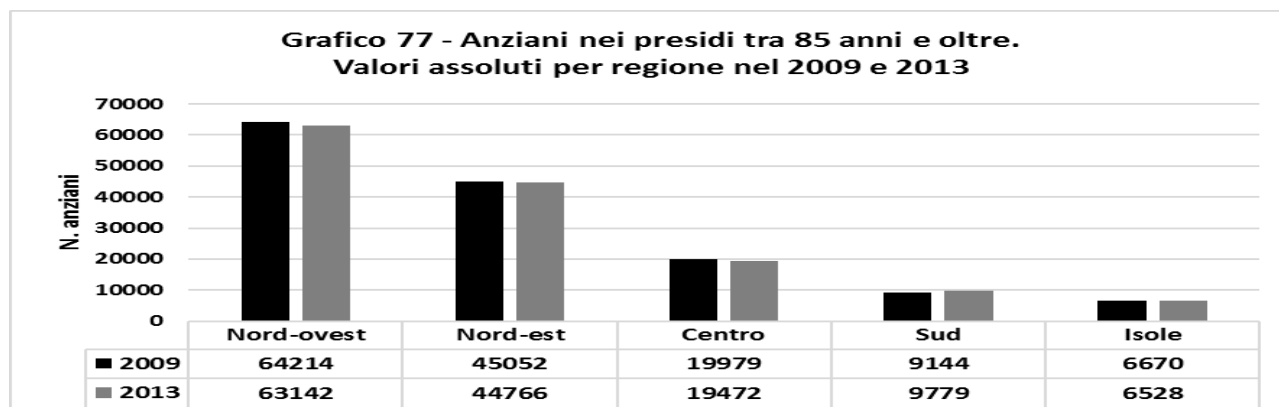
Nelle regioni le difformità rispetto all'andamento nazionale e di area geografica sono nel Nord-est in Piemonte, Liguria. Nel Centro la Toscana è in linea con l'andamento nazionale, ma in contro tendenza rispetto al dato di area. Nel Meridione l'Abruzzo è in linea con l'andamento nazionale, ma in contro tendenza rispetto al dato di area (Grafico 76).



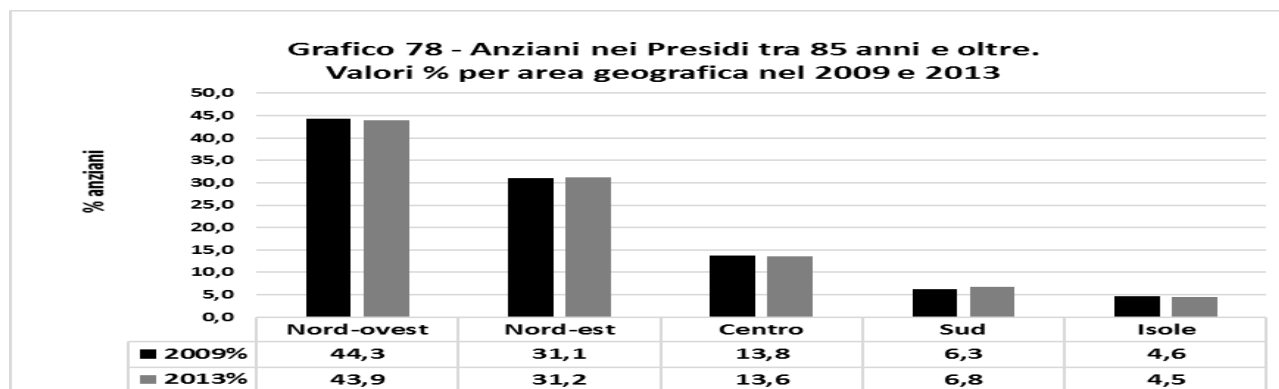
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.3.3.4. Anziani tra 85 anni e oltre

Il gruppo degli anziani con più di 85 anni pur diminuendo in numero assoluto nel passaggio dal 2009 al 2013 supera la metà del totale in percentuale passando da 145.059 a 143.687 unità rispondenti al 48,2% e al 51,6%. La distribuzione per area geografica di questo gruppo di età si concentra prevalentemente nelle aree del Nord per il 75,1% con un andamento leggermente difforme al dato nazionale nelle aree Nord-ovest, Centro e Isole (Grafico 77, 78).

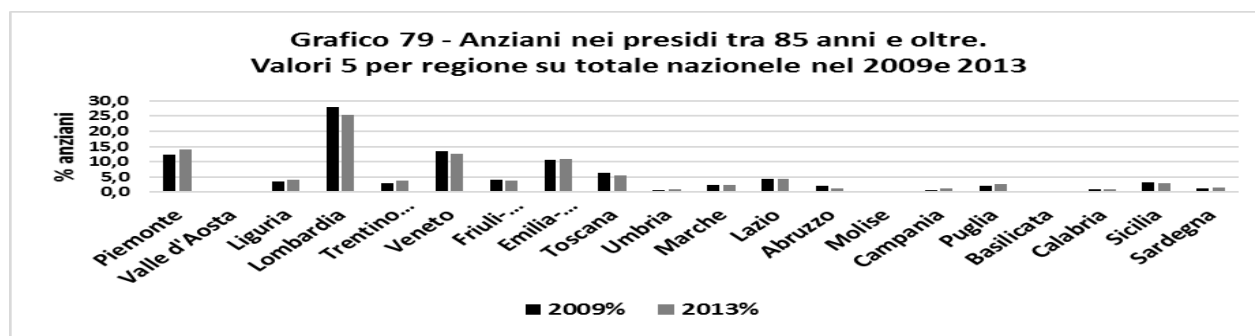


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nelle Regioni si discostano dall'andamento nazionale e di area la Lombardia e il Veneto nel Nord. Nel Centro la Toscana è in contro tendenza al dato nazionale ma in linea al dato di area. Nel Meridione è in contro tendenza sia al dato nazionale che quello di area. Lo stesso avviene nelle isole per la Sicilia (Grafico 79 Tab. 35, 36).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 35 - Anziani nei presidi per classi di età.**

	2009									
	65-74 anni	%	75-79 anni	%	80-84 anni	%	85 anni e più	%	Totale 65 e più	%
<b>Italia</b>	<b>40637</b>	<b>100,0</b>	<b>43779</b>	<b>100,0</b>	<b>71575</b>	<b>100,0</b>	<b>145059</b>	<b>100,0</b>	<b>301049</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>14922</b>	<b>36,7</b>	<b>17521</b>	<b>40,0</b>	<b>30007</b>	<b>41,9</b>	<b>64214</b>	<b>44,3</b>	<b>126663</b>	<b>42,1</b>
Piemonte	4063	10,0	5014	11,5	9131	12,8	18071	12,5	36279	12,1
Valle d'Aosta	139	0,3	206	0,5	249	0,3	398	0,3	993	0,3
Liguria	1404	3,5	1703	3,9	2818	3,9	5160	3,6	11085	3,7
Lombardia	9316	22,9	10598	24,2	17808	24,9	40585	28,0	78307	26,0
<b>Nord est</b>	<b>10261</b>	<b>25,3</b>	<b>11059</b>	<b>25,3</b>	<b>19361</b>	<b>27,0</b>	<b>45052</b>	<b>31,1</b>	<b>85733</b>	<b>28,5</b>
Trentino Alto	1249	3,1	1069	2,4	1674	2,3	4334	3,0	8326	2,8
Veneto	4615	11,4	4629	10,6	8338	11,6	19491	13,4	37073	12,3
Friuli-Venezia Giulia	1356	3,3	1609	3,7	2402	3,4	5975	4,1	11343	3,8
Emilia-Romagna	3041	7,5	3751	8,6	6947	9,7	15252	10,5	28991	9,6
<b>Centro</b>	<b>5960</b>	<b>14,7</b>	<b>6448</b>	<b>14,7</b>	<b>10501</b>	<b>14,7</b>	<b>19979</b>	<b>13,8</b>	<b>42888</b>	<b>14,2</b>
Toscana	2313	5,7	2339	5,3	4031	5,6	9182	6,3	17864	5,9
Umbria	374	0,9	423	1,0	641	0,9	1077	0,7	2515	0,8
Marche	897	2,2	1046	2,4	1863	2,6	3261	2,2	7067	2,3
Lazio	2377	5,8	2641	6,0	3965	5,5	6460	4,5	15442	5,1
<b>Sud</b>	<b>5117</b>	<b>12,6</b>	<b>5154</b>	<b>11,8</b>	<b>6528</b>	<b>9,1</b>	<b>9144</b>	<b>6,3</b>	<b>25942</b>	<b>8,6</b>
Abruzzo	1162	2,9	1480	3,4	2197	3,1	2881	2,0	7721	2,6
Molise	283	0,7	378	0,9	363	0,5	709	0,5	1734	0,6
Campania	906	2,2	718	1,6	893	1,2	811	0,6	3328	1,1
Puglia	1597	3,9	1537	3,5	1994	2,8	2924	2,0	8052	2,7
Basilicata	325	0,8	223	0,5	239	0,3	409	0,3	1197	0,4
Calabria	843	2,1	817	1,9	841	1,2	1409	1,0	3911	1,3
<b>Isole</b>	<b>4377</b>	<b>10,8</b>	<b>3597</b>	<b>8,2</b>	<b>5179</b>	<b>7,2</b>	<b>6670</b>	<b>4,6</b>	<b>19823</b>	<b>6,6</b>
Sicilia	3462	8,5	2785	6,4	3826	5,3	4783	3,3	14856	4,9
Sardegna	915	2,3	812	1,9	1352	1,9	1887	1,3	4967	1,6

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

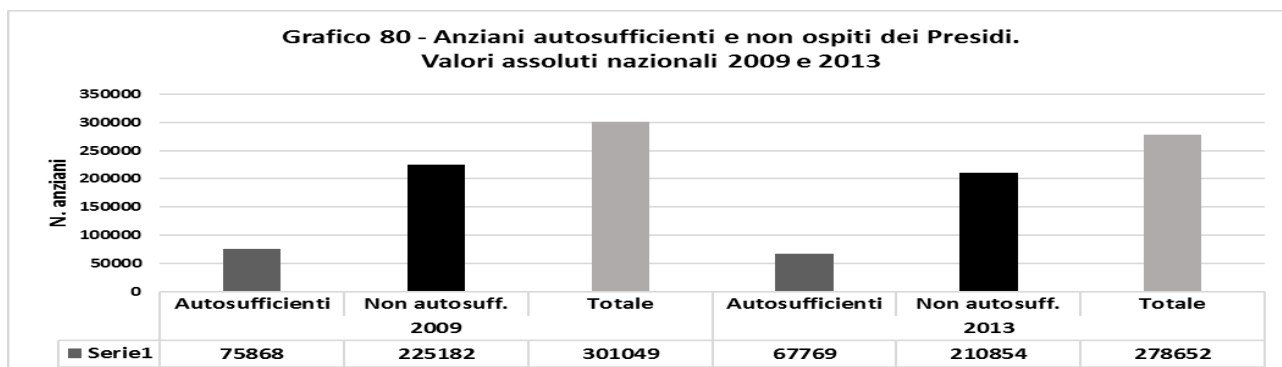
**Tab. 36 - Anziani nei presidi per classi di età.**

	2013									
	65-74 anni	%	75-79 anni	%	80-84 anni	%	85 anni e più	%	Totale 65 e più	%
<b>Italia</b>	<b>34863</b>	<b>100,0</b>	<b>37550</b>	<b>100,0</b>	<b>62552</b>	<b>100,0</b>	<b>143687</b>	<b>100,0</b>	<b>278652</b>	<b>100,0</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>12223</b>	<b>35,1</b>	<b>14477</b>	<b>38,6</b>	<b>25665</b>	<b>41,0</b>	<b>63142</b>	<b>43,9</b>	<b>115507</b>	<b>41,5</b>
Piemonte	3927	11,3	4848	12,9	8561	13,7	20276	14,1	37612	13,5
Valle d'Aosta	114	0,3	110	0,3	242	0,4	558	0,4	1024	0,4
Liguria	1168	3,4	1564	4,2	2895	4,6	5681	4,0	11308	4,1
Lombardia	7014	20,1	7955	21,2	13967	22,3	36627	25,5	65563	23,5
<b>Nord est</b>	<b>9192</b>	<b>26,4</b>	<b>9170</b>	<b>24,4</b>	<b>16041</b>	<b>25,6</b>	<b>44766</b>	<b>31,2</b>	<b>79169</b>	<b>28,4</b>
Trentino Alto Adige	1433	4,1	1028	2,7	1676	2,7	5308	3,7	9445	3,4
Veneto	3620	10,4	3884	10,3	6663	10,7	18046	12,6	32213	11,6
Friuli-Venezia Giulia	1103	3,2	1055	2,8	1822	2,9	5662	3,9	9642	3,5
Emilia-Romagna	3036	8,7	3203	8,5	5880	9,4	15749	11,0	27868	10,0
<b>Centro</b>	<b>5296</b>	<b>15,2</b>	<b>5572</b>	<b>14,8</b>	<b>9291</b>	<b>14,9</b>	<b>19472</b>	<b>13,6</b>	<b>39631</b>	<b>14,2</b>
Toscana	1958	5,6	2000	5,3	3369	5,4	8087	5,6	15414	5,5
Umbria	392	1,1	326	0,9	600	1,0	1415	1,0	2734	1,0
Marche	787	2,3	1021	2,7	1737	2,8	3527	2,5	7072	2,5
Lazio	2159	6,2	2225	5,9	3584	5,7	6442	4,5	14410	5,2
<b>Sud</b>	<b>4826</b>	<b>13,8</b>	<b>4547</b>	<b>12,1</b>	<b>6571</b>	<b>10,5</b>	<b>9779</b>	<b>6,8</b>	<b>25723</b>	<b>9,2</b>
Abruzzo	548	1,6	654	1,7	1073	1,7	1810	1,3	4085	1,5
Molise	236	0,7	196	0,5	297	0,5	543	0,4	1272	0,5
Campania	1263	3,6	1317	3,5	1677	2,7	1869	1,3	6126	2,2
Puglia	1696	4,9	1381	3,7	2131	3,4	3632	2,5	8840	3,2
Basilicata	279	0,8	274	0,7	395	0,6	619	0,4	1567	0,6
Calabria	805	2,3	726	1,9	997	1,6	1305	0,9	3833	1,4
<b>Isole</b>	<b>3326</b>	<b>9,5</b>	<b>3784</b>	<b>10,1</b>	<b>4985</b>	<b>8,0</b>	<b>6528</b>	<b>4,5</b>	<b>18623</b>	<b>6,7</b>
Sicilia	2248	6,4	2727	7,3	3525	5,6	4204	2,9	12704	4,6
Sardegna	1078	3,1	1057	2,8	1460	2,3	2324	1,6	5919	2,1

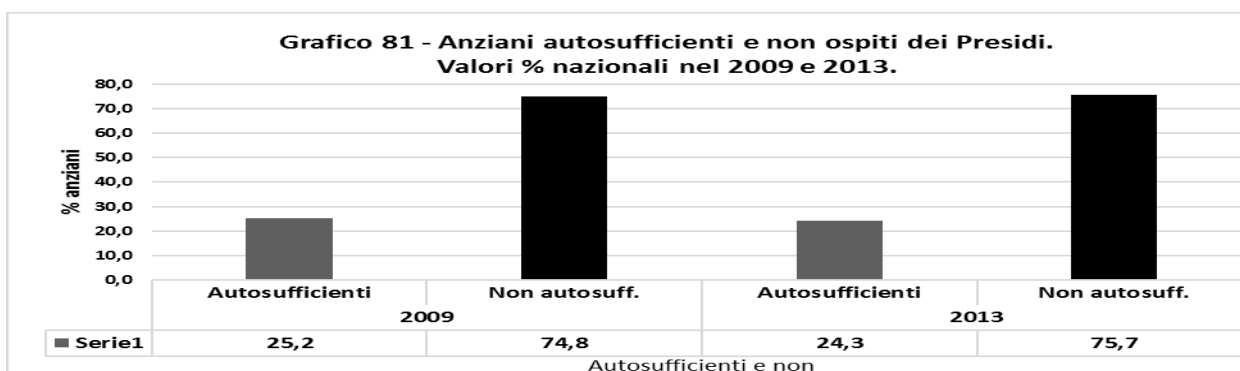
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.5.3.4. Anziani autosufficienti e non ospiti dei Presidi

I 278.652 anziani ospiti dei Presidi nel 2013 per il 75,7% sono non autosufficienti. Rispetto al 2009 c'è stato un aumento dello 0,9%. Nella media nazionale degli ospiti nei Presidi si ha quindi un anziano autosufficiente ogni 3 anziani non autosufficienti. Gli autosufficienti, viceversa, dal 2009 al 2013 diminuiscono dello 0,9% (Grafico 80,81).



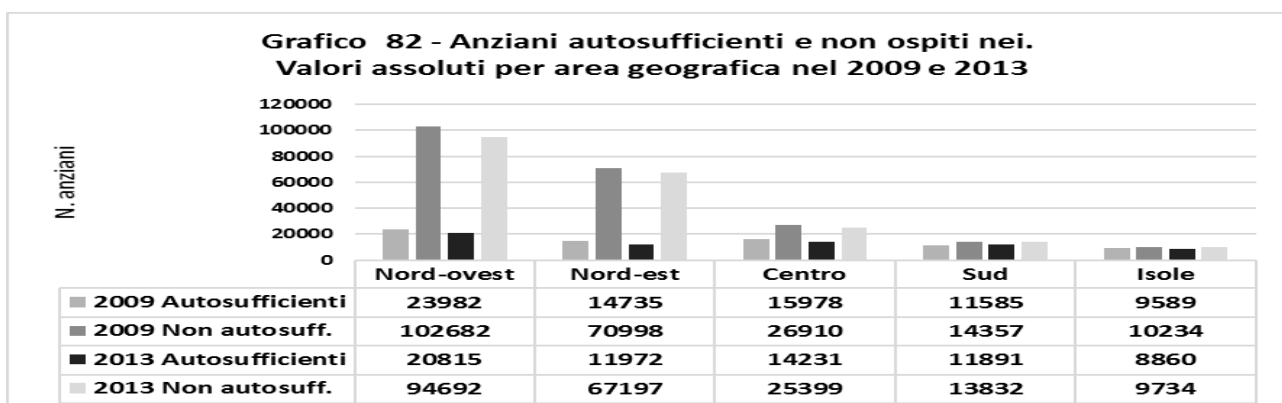
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Analizzando la loro distribuzione per area geografica il 76,7 degli anziani non autosufficienti e il 48,3% degli anziani autosufficienti sono ospiti dei Presidi delle aree del Nord, i rimanenti si distribuiscono nelle aree del Centro, del Meridione e delle Isole.

Nel passaggio dal 2009 a 2013 nelle aree del Nord diminuiscono gli ospiti autosufficienti e non, sia in assoluto che in percentuale. Lo stesso avviene nelle aree del Centro, del Meridione e delle Isole ad eccezione del meridione dove gli ospiti autosufficienti aumentano del 2,6% (Grafico82).

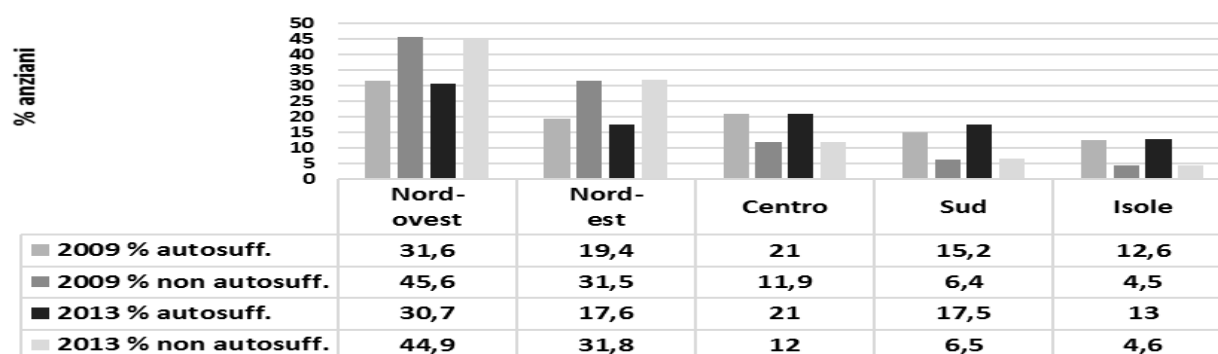


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Da rilevare come tra le aree del Nord e le altre aree l'equilibrio tra ospiti autosufficienti e non, è esattamente l'opposto sia nel 2009 che nel 2013. Nel Nord a prevalere sono decisamente gli ospiti non autosufficienti, mentre nelle altre aree a prevalere sono nettamente gli autosufficienti (Grafico 83).



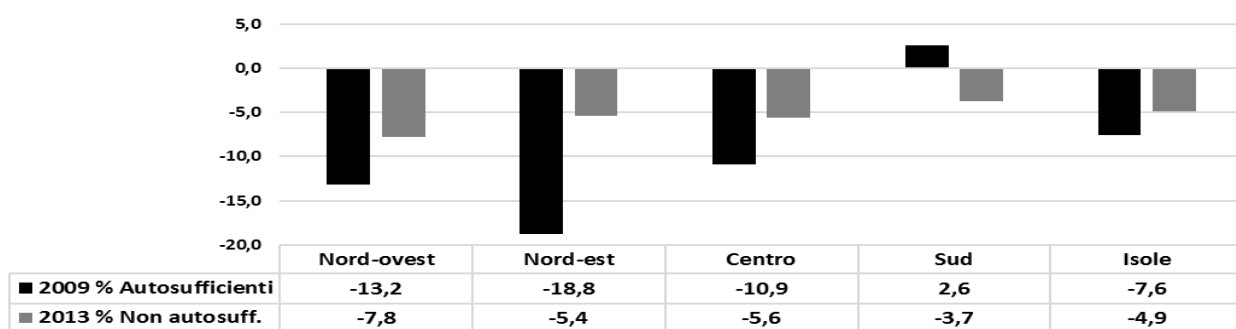
**Grafico 83 - Anziani autosufficienti e non nei presidi.  
Valori % per area geografica nel 2009 e 2013.**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Analizzando la distribuzione tra autosufficienti e non all'interno delle aree geografiche nel passaggio dal 2009 al 2013 si rileva un decremento tanto in valori assoluti quanto in valori percentuali in tutte le aree con l'unica eccezione di un leggero aumento degli anziani autosufficienti ospiti dei Presidi ricadenti nell'area meridionale che passa da 11.585 a 11.891 unità (Grafico 84).

**Grafico 84 - Variazione % ospiti autosufficienti e non nei presidi dal 2009 al 2013.  
Valori per area geografica**

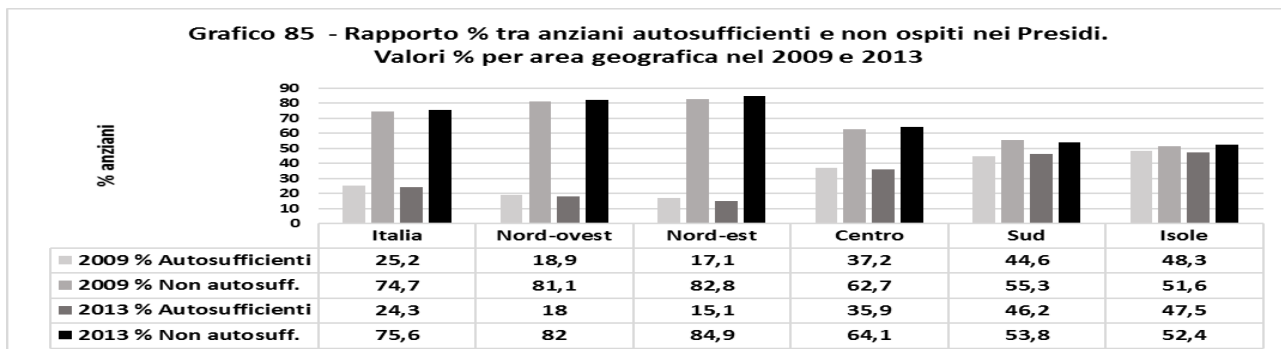


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il dato più significativo che emerge dalla analisi per aree geografiche è comunque il progressivo allineamento in valori assoluti e percentuali delle quantità di anziani autosufficienti a quelle non autosufficienti passando dalle aree del Nord a quelle meridionali e delle isole.

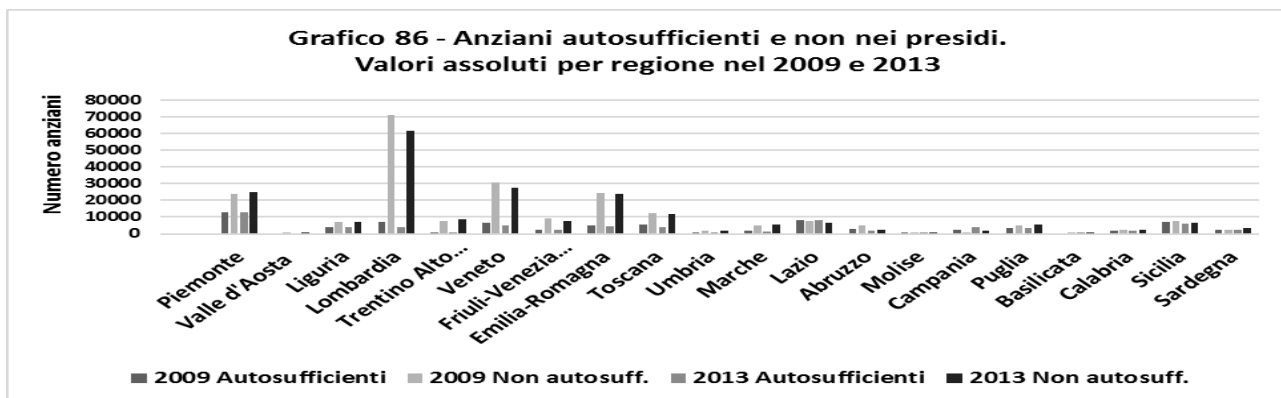
Da un rapporto di 1 anziano autosufficiente per ogni 4,5 non autosufficienti del Nord-ovest e di 1 a 5,5 nel Nord-ovest, si passa dall'1 a circa 2 nel Centro, all'1 a 1 nelle aree del meridione e delle isole (Grafico 85). Da rilevare inoltre che l'ordine di grandezza in termini assoluti degli anziani autosufficienti delle regioni meridionali e delle isole si equivalgono con le altre aree ad eccezione del Nord-ovest.

Sono dati che meritano di essere approfonditi nel loro significato in quanto l'offerta di posti letto nelle aree del Centro, del Meridione e delle Isole è decisamente inferiore a quella delle aree del Nord e, di conseguenza, date le minori disponibilità ci si sarebbe aspettati una maggiore destinazione dei minori posti letto disponibili a favore degli anziani non autosufficienti.

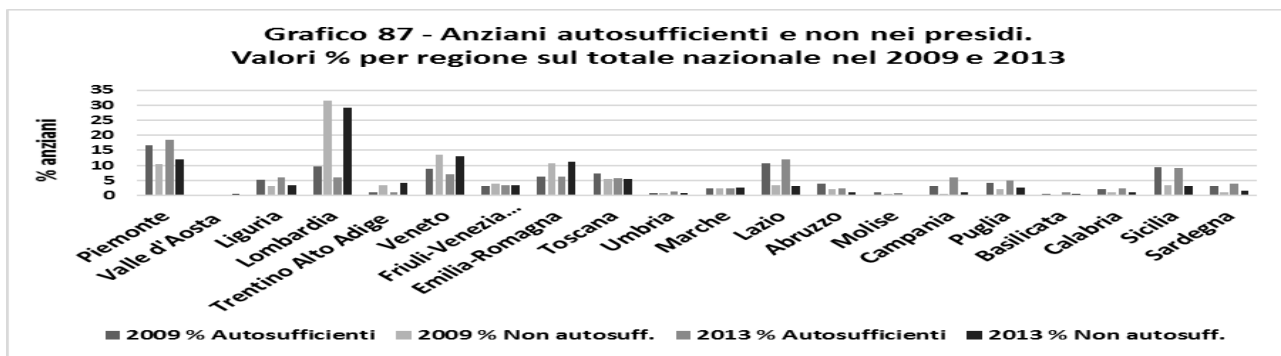


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Dalla analisi della distribuzione degli anziani autosufficienti e non a livello regionale il quadro che emerge conferma e precisa quanto appena detto per le aree geografiche. Come si è detto rispetto al generale decremento degli ospiti ed al relativo incremento nazionale degli anziani non autosufficienti, nelle regioni del Nord-ovest la Lombardia decresce sensibilmente anche nei non autosufficienti, lo stesso avviene in tutte le regioni del Nord-est ad eccezione del Trentino. Anche nel Centro decrescono gli anziani non autosufficienti ad eccezione di Marche ed Umbria. Nel Meridione e nelle Isole il quadro è più articolato. In particolare in Campania c'è un significativo incremento degli anziani autosufficienti non autosufficienti. Lo stesso in Puglia e Basilicata. Nelle Isole mentre in Sicilia c'è una decrescita complessiva degli ospiti dei Presidi, in Sardegna assistiamo ad una crescita tanto di ospiti autosufficienti, quanto di non autosufficienti (Grafico 86,87,88 Tab.36).

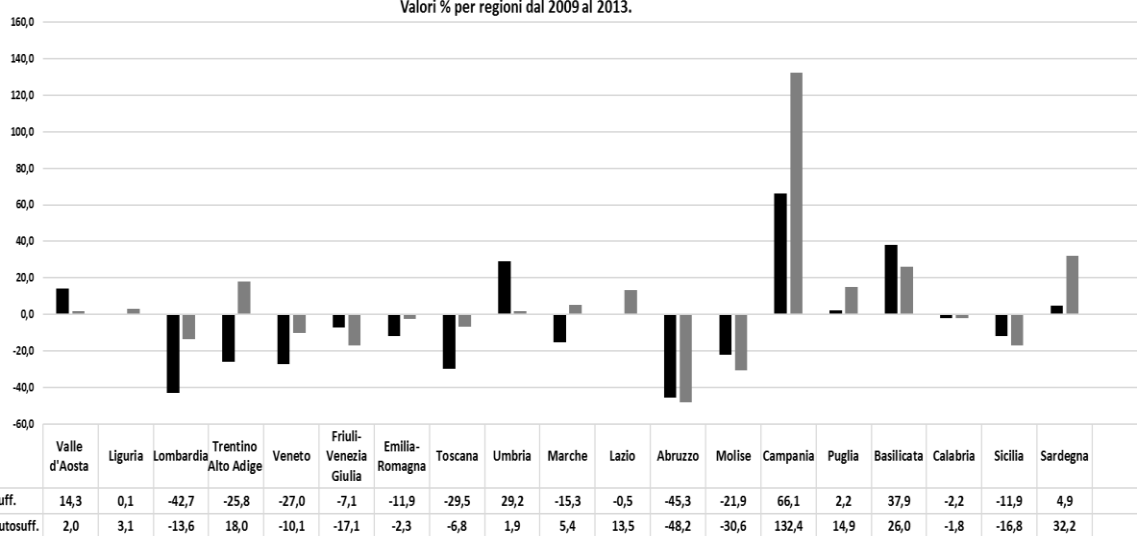


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 88 - Variazione anziani autosufficienti e non nei presidi.  
Valori % per regioni dal 2009 al 2013.



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

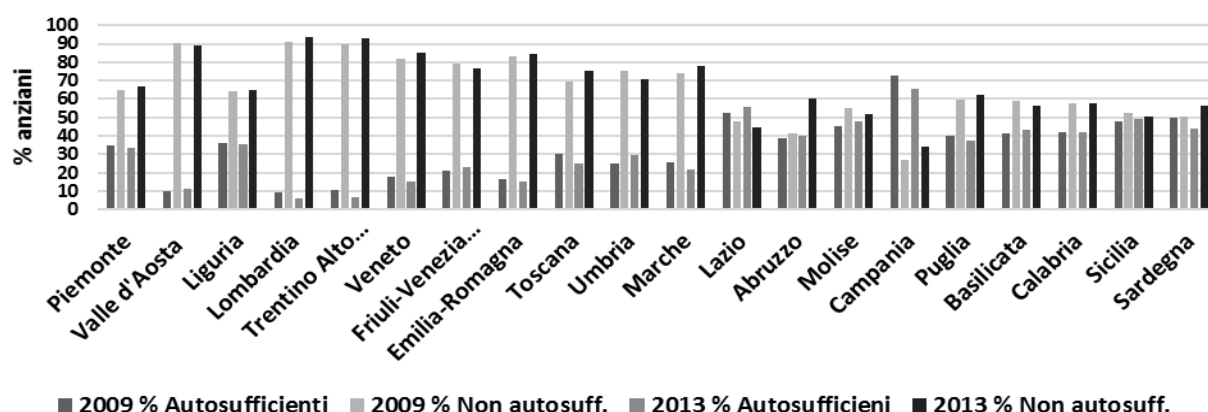
Tab.36 - Anziani autosufficienti e non nei presidi. Valori assoluti e % per area geografica e regione nel 2009 e 2013

	2009					2013				
	Autosuff.	%	Non autosuff.	%	Totale	Autosuff.	%	Non autosuff.	%	Totale
<b>Italia</b>	<b>75868</b>	<b>100,0</b>	<b>225182</b>	<b>100,0</b>	<b>301049</b>	<b>67769</b>	<b>100,0</b>	<b>210854</b>	<b>100,0</b>	<b>278652</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>23982</b>	<b>31,6</b>	<b>102682</b>	<b>45,6</b>	<b>126663</b>	<b>20815</b>	<b>30,7</b>	<b>94692</b>	<b>44,9</b>	<b>115507</b>
Piemonte	12680	16,7	23599	10,5	36279	12584	18,6	25028	11,9	37612
Valle d'Aosta	98	0,1	894	0,4	993	112	0,2	912	0,4	1024
Liguria	3972	5,2	7113	3,2	11085	3976	5,9	7332	3,5	11308
Lombardia	7231	9,5	71075	31,6	78307	4144	6,1	61419	29,1	65563
<b>Nord est</b>	<b>14735</b>	<b>19,4</b>	<b>70998</b>	<b>31,5</b>	<b>85733</b>	<b>11972</b>	<b>17,7</b>	<b>67197</b>	<b>31,9</b>	<b>79169</b>
Trentino Alto Adige	867	1,1	7459	3,3	8326	643	0,9	8802	4,2	9445
Veneto	6644	8,8	30429	13,5	37073	4850	7,2	27364	13,0	32213
Friuli-Venezia Giulia	2396	3,2	8947	4,0	11343	2225	3,3	7417	3,5	9642
Emilia-Romagna	4829	6,4	24162	10,7	28991	4254	6,3	23614	11,2	27868
<b>Centro</b>	<b>15978</b>	<b>21,1</b>	<b>26910</b>	<b>12,0</b>	<b>42888</b>	<b>14231</b>	<b>21,0</b>	<b>25399</b>	<b>12,0</b>	<b>39631</b>
Toscana	5462	7,2	12402	5,5	17864	3850	5,7	11564	5,5	15414
Umbria	623	0,8	1893	0,8	2515	805	1,2	1929	0,9	2734
Marche	1825	2,4	5242	2,3	7067	1545	2,3	5527	2,6	7072
Lazio	8069	10,6	7373	3,3	15442	8031	11,9	6379	3,0	14410
<b>Sud</b>	<b>11585</b>	<b>15,3</b>	<b>14357</b>	<b>6,4</b>	<b>25942</b>	<b>11891</b>	<b>17,5</b>	<b>13832</b>	<b>6,6</b>	<b>25723</b>
Abruzzo	2982	3,9	4739	2,1	7721	1630	2,4	2455	1,2	4085
Molise	781	1,0	954	0,4	1734	610	0,9	662	0,3	1272
Campania	2428	3,2	900	0,4	3328	4033	6,0	2092	1,0	6126
Puglia	3249	4,3	4803	2,1	8052	3322	4,9	5518	2,6	8840
Basilicata	494	0,7	703	0,3	1197	681	1,0	886	0,4	1567
Calabria	1651	2,2	2259	1,0	3911	1614	2,4	2218	1,1	3833
<b>Isole</b>	<b>9589</b>	<b>12,6</b>	<b>10234</b>	<b>4,5</b>	<b>19823</b>	<b>8860</b>	<b>13,1</b>	<b>9734</b>	<b>4,6</b>	<b>18623</b>
Sicilia	7115	9,4	7741	3,4	14856	6265	9,2	6439	3,1	12704
Sardegna	2473	3,3	2493	1,1	4967	2594	3,8	3296	1,6	5919

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il Grafico 89 e la Tabella 37 mostrano come i rapporti tra anziani autosufficienti e non all'interno delle singole regioni. Come si può, a verifica di quanto già detto, passando dalle regioni del Nord a quelle del meridione e delle isole l'equilibrio tra autosufficienti e non muta profondamente al punto che in alcune realtà regionali non secondarie come il Lazio e la Campania a prevalere numericamente sono gli anziani autosufficienti.

**Grafico 89 - Anziani autosufficienti e non nei presidi.  
Valori % per regione nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

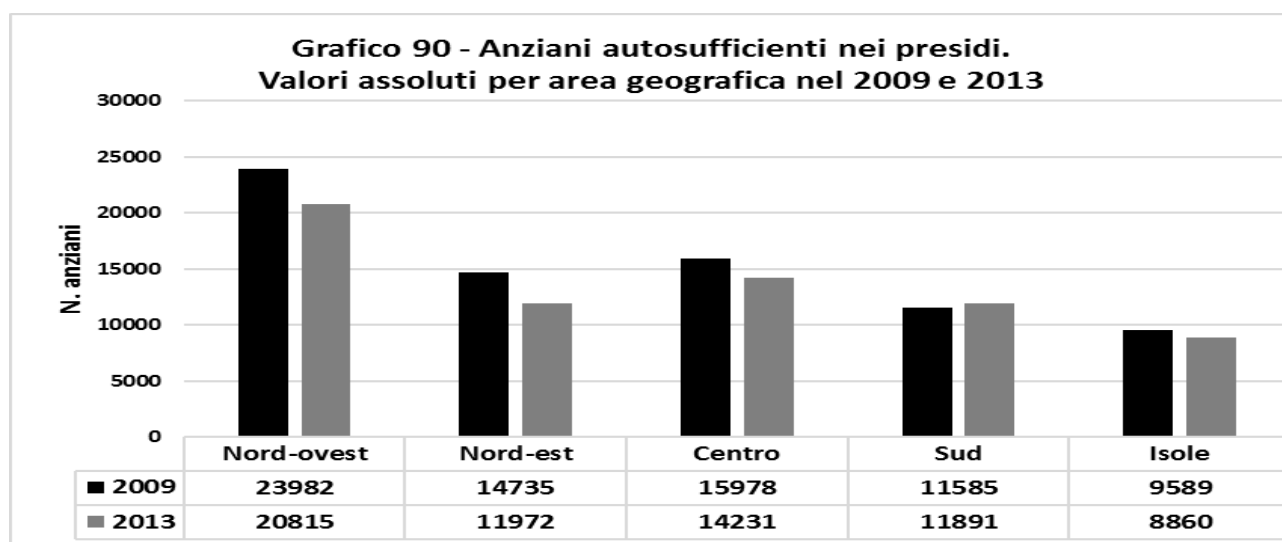
**Tab 37 - % anziani autosufficienti e non su totali area geografica e regione nel 2009 e 2013**

	2009				2013					
	Autosuff.	%	Non autosuff.	%	Totale	Autosuff.	%	Non autosuff.	%	Totale
<b>Italia</b>	<b>75868</b>	<b>25,2</b>	<b>225182</b>	<b>74,8</b>	<b>301049</b>	<b>67769</b>	<b>24,3</b>	<b>210854</b>	<b>75,7</b>	<b>278652</b>
<b>Nord</b>	<b>23982</b>	<b>18,9</b>	<b>102682</b>	<b>81,1</b>	<b>126663</b>	<b>20815</b>	<b>18,0</b>	<b>94692</b>	<b>82</b>	<b>115507</b>
Piemonte	12680	35,0	23599	65	36279	12584	33,5	25028	66,5	37612
Valle d'Aosta	98	9,9	894	90,1	993	112	10,9	912	89,1	1024
Liguria	3972	35,8	7113	64,2	11085	3976	35,2	7332	64,8	11308
Lombardia	7231	9,2	71075	90,8	78307	4144	6,3	61419	93,7	65563
<b>Nord est</b>	<b>14735</b>	<b>17,2</b>	<b>70998</b>	<b>82,8</b>	<b>85733</b>	<b>11972</b>	<b>15,1</b>	<b>67197</b>	<b>84,9</b>	<b>79169</b>
Trentino Alto Adige	867	10,4	7459	89,6	8326	643	6,8	8802	93,2	9445
Veneto	6644	17,9	30429	82,1	37073	4850	15,1	27364	84,9	32213
Friuli-Venezia Giulia	2396	21,1	8947	78,9	11343	2225	23,1	7417	76,9	9642
Emilia-Romagna	4829	16,7	24162	83,3	28991	4254	15,3	23614	84,7	27868
<b>Centro</b>	<b>15978</b>	<b>37,3</b>	<b>26910</b>	<b>62,7</b>	<b>42888</b>	<b>14231</b>	<b>35,9</b>	<b>25399</b>	<b>64,1</b>	<b>39631</b>
Toscana	5462	30,6	12402	69,4	17864	3850	25,0	11564	75	15414
Umbria	623	24,8	1893	75,2	2515	805	29,4	1929	70,6	2734
Marche	1825	25,8	5242	74,2	7067	1545	21,8	5527	78,2	7072
Lazio	8069	52,3	7373	47,7	15442	8031	55,7	6379	44,3	14410
<b>Sud</b>	<b>11585</b>	<b>44,7</b>	<b>14357</b>	<b>55,3</b>	<b>25942</b>	<b>11891</b>	<b>46,2</b>	<b>13832</b>	<b>53,8</b>	<b>25723</b>
Abruzzo	2982	38,6	4739	41,4	7721	1630	39,9	2455	60,1	4085
Molise	781	45,0	954	55	1734	610	48,0	662	52	1272
Campania	2428	73,0	900	27	3328	4033	65,8	2092	34,2	6126
Puglia	3249	40,4	4803	59,6	8052	3322	37,6	5518	62,4	8840
Basilicata	494	41,3	703	58,7	1197	681	43,5	886	56,5	1567
Calabria	1651	42,2	2259	57,8	3911	1614	42,1	2218	57,9	3833
<b>Isole</b>	<b>9589</b>	<b>48,4</b>	<b>10234</b>	<b>51,6</b>	<b>19823</b>	<b>8860</b>	<b>47,6</b>	<b>9734</b>	<b>52,4</b>	<b>18623</b>
Sicilia	7115	47,9	7741	52,1	14856	6265	49,3	6439	50,7	12704
Sardegna	2473	49,8	2493	50,2	4967	2594	43,8	3296	56,2	5919

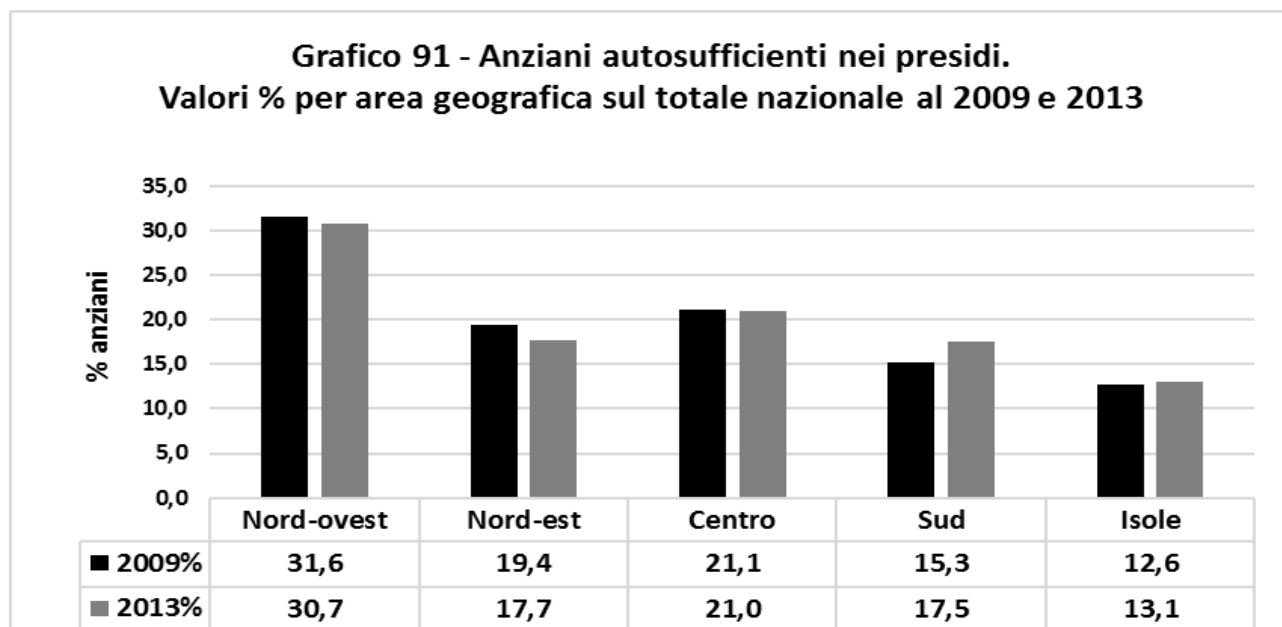
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.5.4. ANZIANI AUTOSUFFICIENTI OSPITI NEI PRESIDI

Gli anziani autosufficienti nel 2013 sono 67.769, il 10,7% in meno rispetto al 2009 quando ammontavano a 75.868. La loro distribuzione per area geografica è del 30,7 % nel Nord-ovest, del 17,7% nel Nord-est, del 21% nel Centro, del 17,5% nel Meridione e del 13,1% nelle Isole. Dal 2009 al 2013 decrescono in tutte le aree ad eccezione del meridione dove aumentano del 2,2% (Grafico 90, 91).

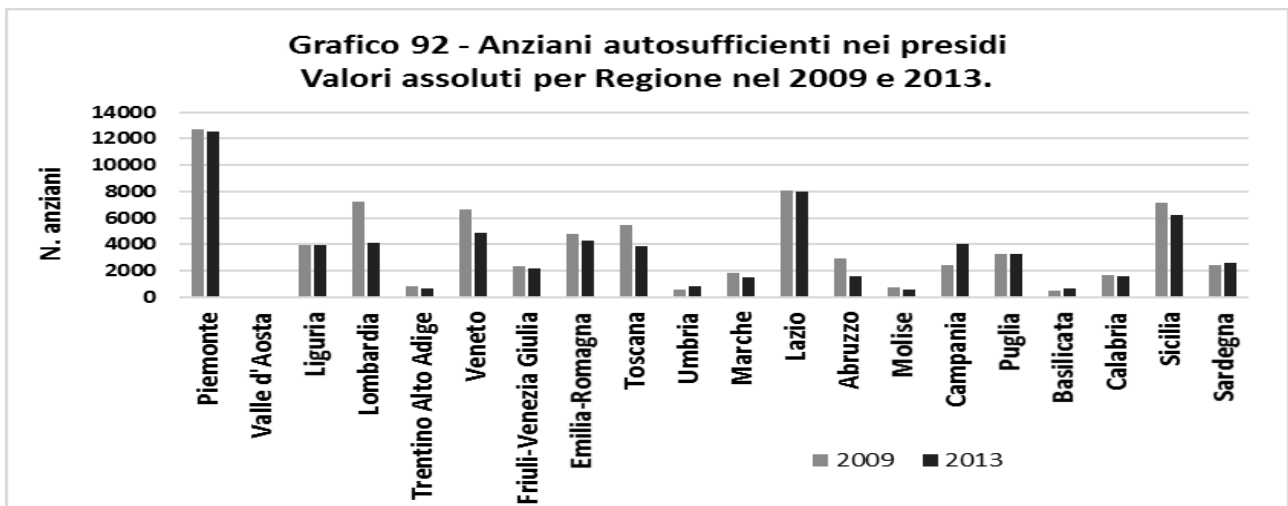


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

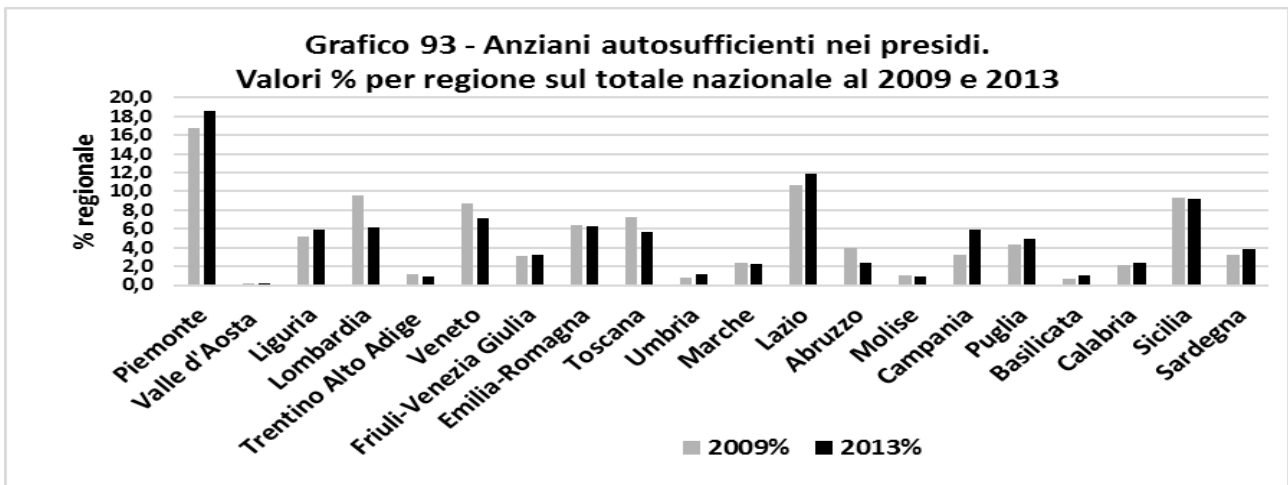


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nelle Regioni le presenze più consistenti in assoluto sono in Piemonte, nel Lazio ed in Sicilia che complessivamente sommano 26.880 anziani, il 40% circa del totale nazionale. Dal 2009 al 2013 la consistenza degli autosufficienti in Piemonte e Lazio si consolida percentualmente anche se decresce in valore assoluto, mentre in Sicilia decresce in percentuale (Grafico 92, 93).

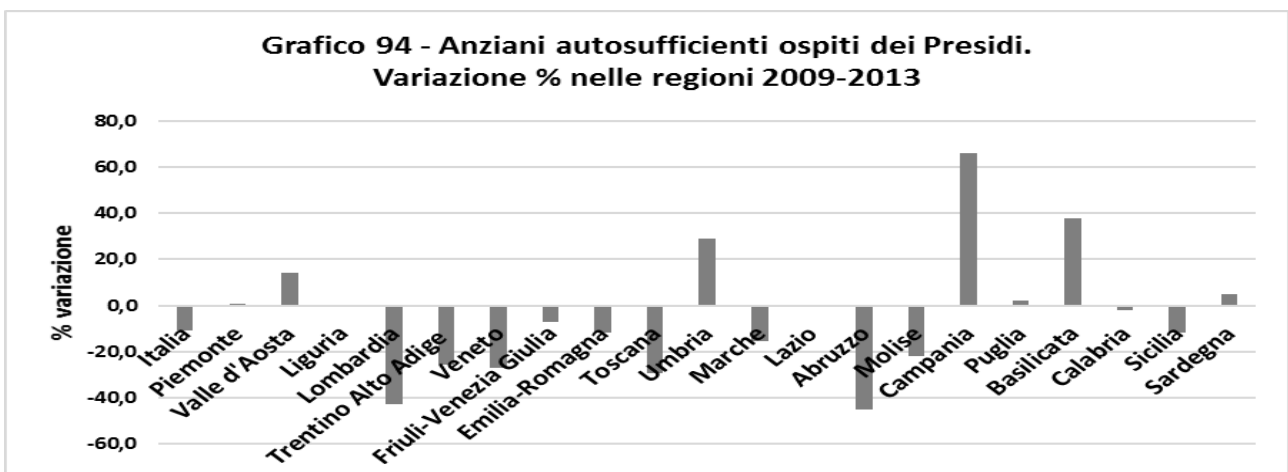


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

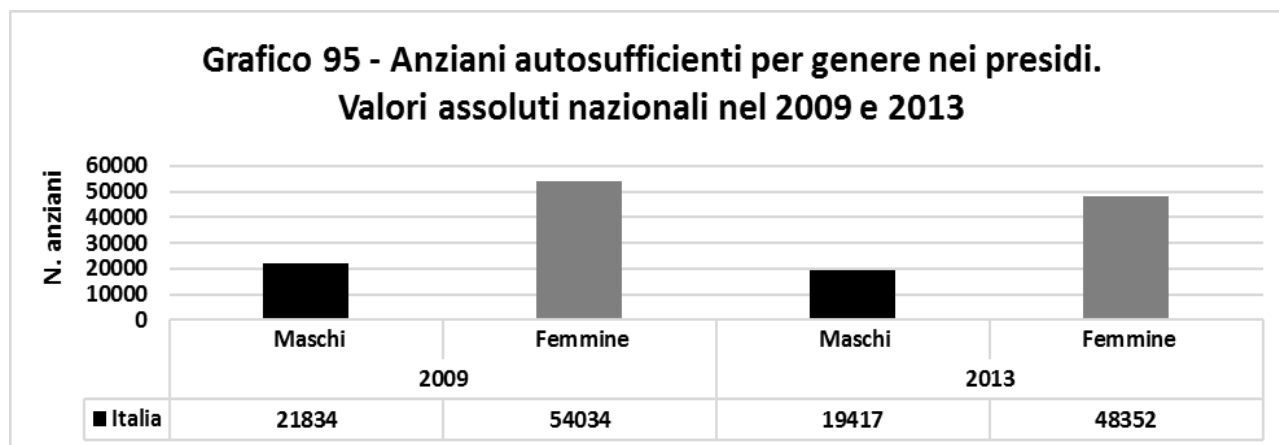
Il Grafico 94 illustra le variazioni percentuali degli anziani autosufficienti ospiti nei Presidi nel passaggio dal 2009 e 2013. Complessivamente tutte le regioni diminuiscono in % ad eccezione della Valle D'Aosta, l'Umbria, la Campania, la Basilicata e la Sardegna.



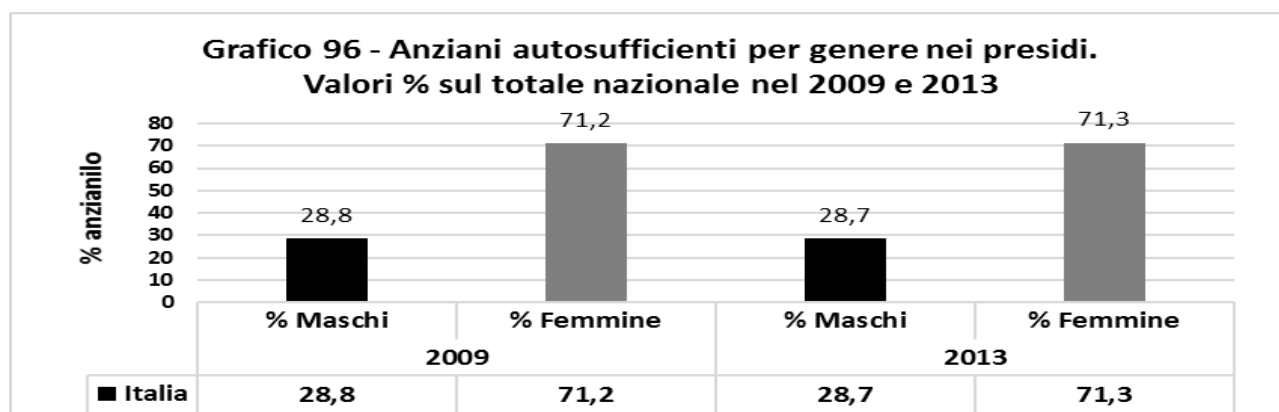
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.4.1. Anziani autosufficienti per genere

Gli anziani autosufficiente dal punto di vista del genere sono in stragrande maggioranza donne: mediamente il rapporto è di un uomo ogni 2,5 donne. Tra il 2009 e il 2013 gli uomini decrescono in valore assoluto dell'11% circa, mentre le donne decrescono del 10,5%. Nel complesso la proporzione tra uomini e donne rimane immutata (Grafico 95, 96).

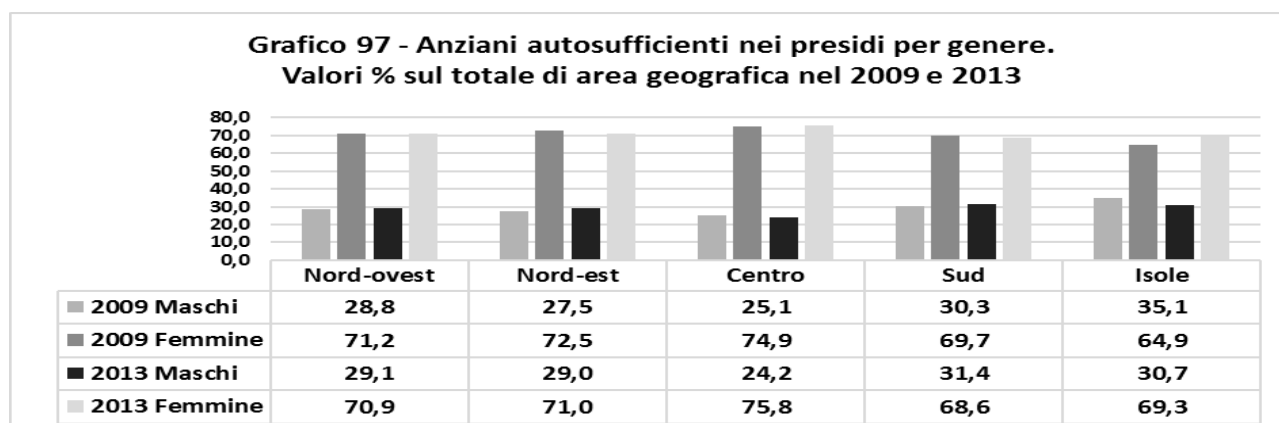


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



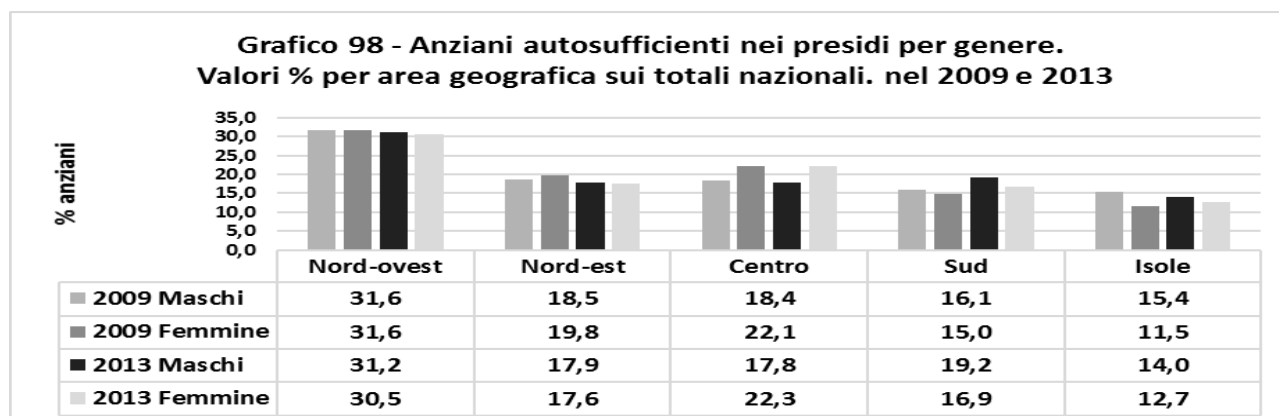
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Questo rapporto uomini donne nelle aree geografiche varia da 1 a 2,4 nel Nord, da 1 a 3 nel Centro, da 1 a 2,2 nel Meridione e da 1 a 2,2 nelle isole (Grafico 97).



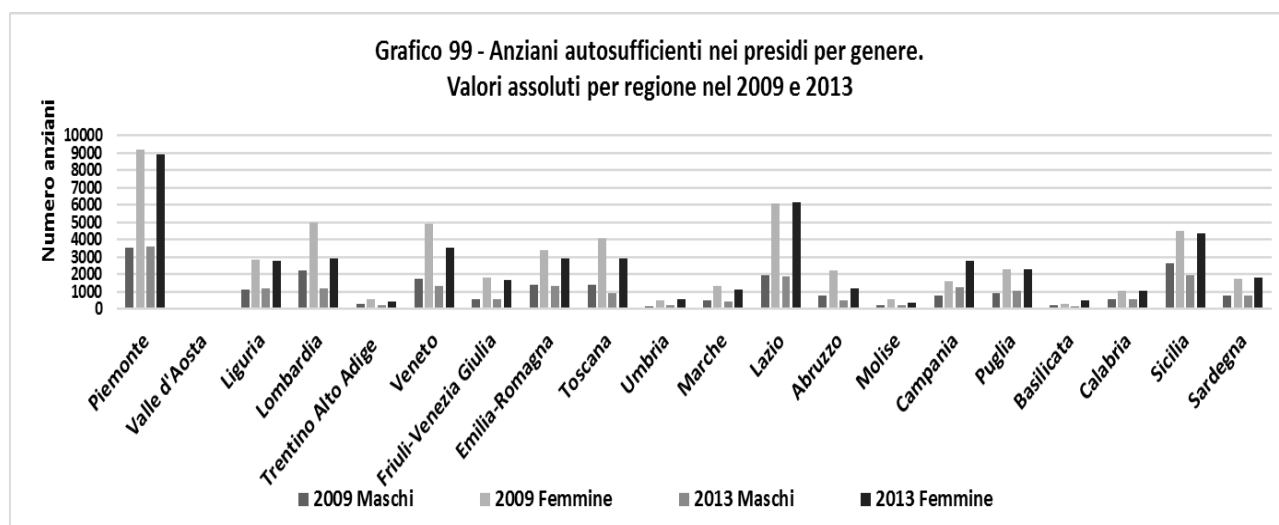
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Verificando il comportamento di genere nelle aree geografiche, in rapporto al dato nazionale nei due periodi di riferimento, nelle aree del Nord c'è una decrescita tanto degli uomini che delle donne, nel Centro c'è un leggero aumento delle donne nel 2013, nel Meridione aumentano tanto gli uomini che le donne di alcuni punti %, mentre nelle isole aumentano le sole donne Grafico 98).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nelle regioni i comportamenti di genere manifestano una maggiore articolazione rispetto al dato medio nazionale e di area geografica. Rispetto al dato di decrescita generale abbiamo che nelle aree del Nord – ovest in Piemonte crescono gli uomini, lo stesso avviene in Liguria, mentre in Lombardia c'è una drastica diminuzione della presenza delle donne. Anche nelle aree del Nord-est il Veneto registra una sensibile diminuzione delle donne, mentre per il resto si muove in coerenza con il dato nazionale. Nel Centro la Toscana registra una significativa riduzione tanto delle donne che degli uomini mentre l'Umbria aumentano sia in uomini che donne. Nel Meridione l'Abruzzo ha una sensibile riduzione delle donne e degli uomini, mentre tanto in Campania che in Puglia aumentano tanto gli uomini che le donne. Nelle Isole in Sicilia diminuiscono donne e più significativamente gli uomini, mentre in Sardegna aumentano tanto uomini che donne (Grafico 99 Tab. 38).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



**Tab. 38 - Anziani autosufficienti nei presidi per genere. Valori assoluti e % per area e regioni e variazione % 2009-2013**

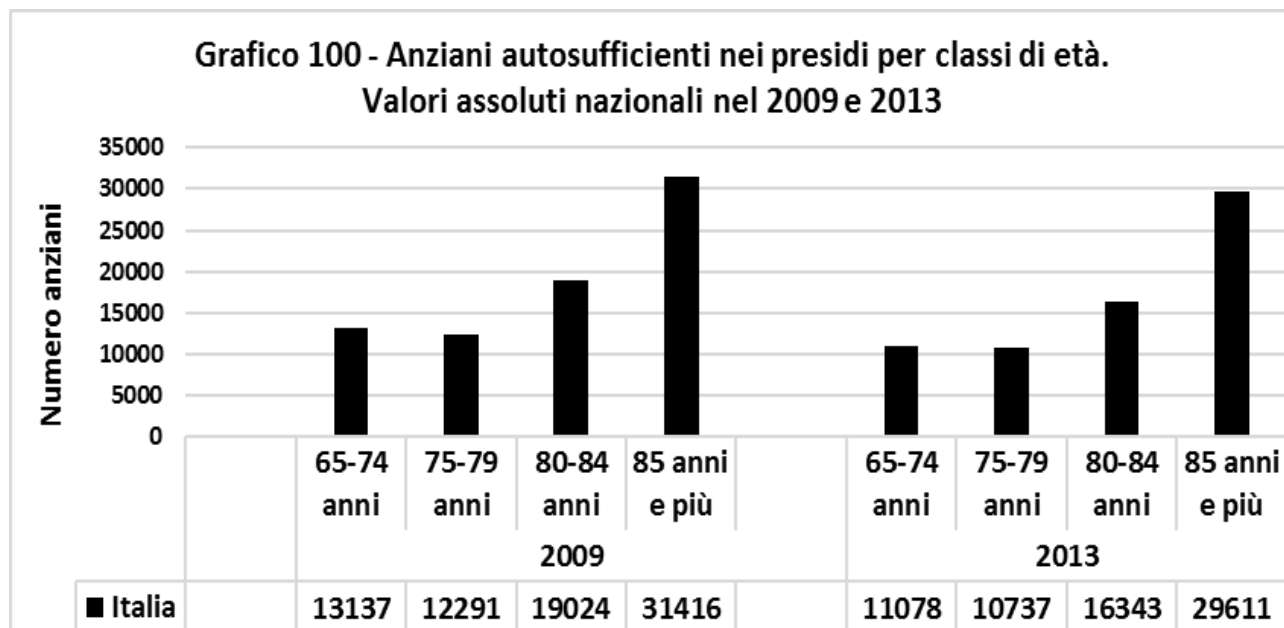
	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%	Δ 2009 - 2013
<b>Italia</b>	<b>21834</b>	<b>100</b>	<b>54034</b>	<b>100</b>	<b>75868</b>	<b>100</b>	<b>19417</b>	<b>100</b>	<b>48352</b>	<b>100</b>	<b>67769</b>	<b>100</b>	<b>-10,7</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>6897</b>	<b>31,6</b>	<b>17084</b>	<b>31,6</b>	<b>23982</b>	<b>31,6</b>	<b>6050</b>	<b>31,2</b>	<b>14764</b>	<b>30,5</b>	<b>20815</b>	<b>30,7</b>	<b>-13,2</b>
Piemonte	3500	16,0	9180	17,0	12680	16,7	3637	18,7	8946	18,5	12584	18,6	-0,8
Valle d'Aosta	29	0,1	69	0,1	98	0,1	42	0,2	70	0,1	112	0,2	14,3
Liguria	1147	5,3	2824	5,2	3972	5,2	1172	6,0	2804	5,8	3976	5,9	0,1
Lombardia	2221	10,2	5010	9,3	7231	9,5	1199	6,2	2944	6,1	4144	6,1	-42,7
<b>Nord est</b>	<b>4047</b>	<b>18,5</b>	<b>10688</b>	<b>19,8</b>	<b>14735</b>	<b>19,4</b>	<b>3467</b>	<b>17,9</b>	<b>8505</b>	<b>17,6</b>	<b>11972</b>	<b>17,7</b>	<b>-18,8</b>
Trentino Alto Adige	292	1,3	575	1,1	867	1,1	240	1,2	403	0,8	643	0,9	-25,8
Veneto	1750	8,0	4893	9,1	6644	8,8	1338	6,9	3512	7,3	4850	7,2	-27,0
Friuli-Venezia Giulia	600	2,7	1795	3,3	2396	3,2	556	2,9	1669	3,5	2225	3,3	-7,1
Emilia-Romagna	1404	6,4	3424	6,3	4829	6,4	1333	6,9	2921	6,0	4254	6,3	-11,9
<b>Centro</b>	<b>4017</b>	<b>18,4</b>	<b>11962</b>	<b>22,1</b>	<b>15978</b>	<b>21,1</b>	<b>3447</b>	<b>17,8</b>	<b>10785</b>	<b>22,3</b>	<b>14231</b>	<b>21,0</b>	<b>-10,9</b>
Toscana	1386	6,3	4075	7,5	5462	7,2	928	4,8	2922	6,0	3850	5,7	-29,5
Umbria	160	0,7	463	0,9	623	0,8	224	1,2	580	1,2	805	1,2	29,2
Marche	503	2,3	1322	2,4	1825	2,4	447	2,3	1098	2,3	1545	2,3	-15,3
Lazio	1967	9,0	6102	11,3	8069	10,6	1847	9,5	6184	12,8	8031	11,9	-0,5
<b>Sud</b>	<b>3505</b>	<b>16,1</b>	<b>8079</b>	<b>15,0</b>	<b>11585</b>	<b>15,3</b>	<b>3735</b>	<b>19,2</b>	<b>8156</b>	<b>16,9</b>	<b>11891</b>	<b>17,5</b>	<b>2,6</b>
Abruzzo	767	3,5	2215	4,1	2982	3,9	462	2,4	1168	2,4	1630	2,4	-45,3
Molise	221	1,0	560	1,0	781	1,0	221	1,1	389	0,8	610	0,9	-21,9
Campania	801	3,7	1627	3,0	2428	3,2	1263	6,5	2770	5,7	4033	6,0	66,1
Puglia	937	4,3	2312	4,3	3249	4,3	1049	5,4	2273	4,7	3322	4,9	2,2
Basilicata	193	0,9	301	0,6	494	0,7	180	0,9	501	1,0	681	1,0	37,9
Calabria	587	2,7	1064	2,0	1651	2,2	559	2,9	1056	2,2	1614	2,4	-2,2
<b>Isole</b>	<b>3368</b>	<b>15,4</b>	<b>6221</b>	<b>11,5</b>	<b>9589</b>	<b>12,6</b>	<b>2718</b>	<b>14,0</b>	<b>6142</b>	<b>12,7</b>	<b>8860</b>	<b>13,1</b>	<b>-7,6</b>
Sicilia	2618	12,0	4497	8,3	7115	9,4	1915	9,9	4351	9,0	6265	9,2	-11,9
Sardegna	749	3,4	1724	3,2	2473	3,3	803	4,1	1791	3,7	2594	3,8	4,9

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

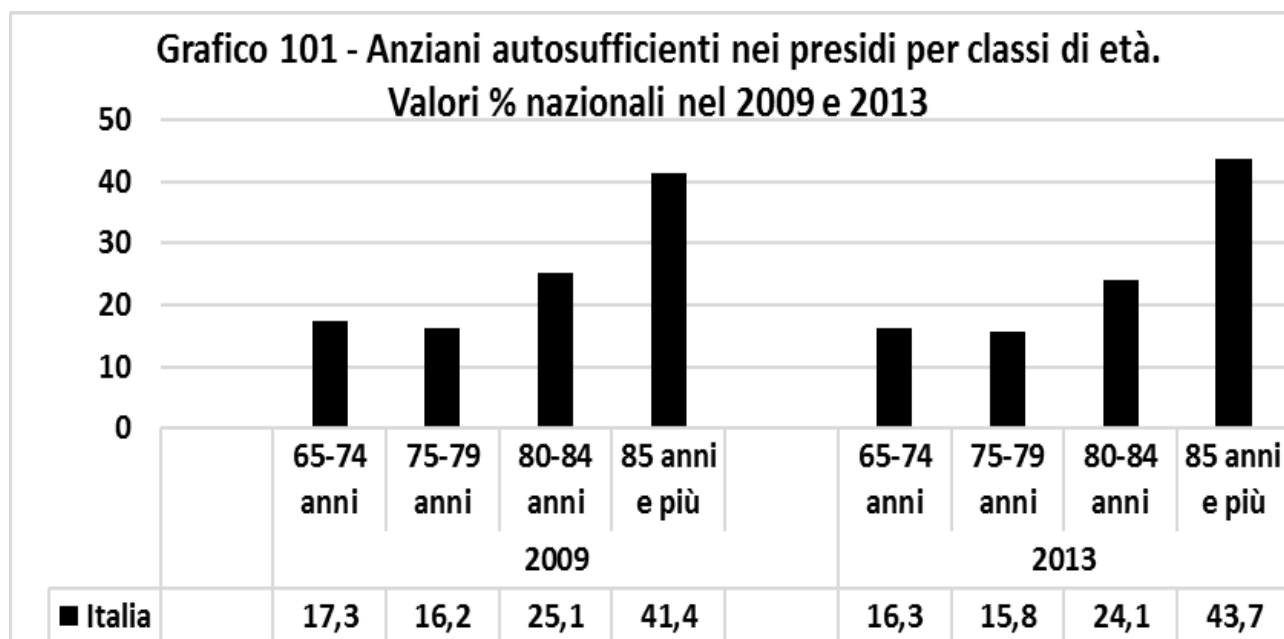
#### 6.5.4.2. Anziani autosufficienti per classe di età

Il 43,7% degli ospiti autosufficienti dei Presidi ha più di 85 anni, che sommati agli anziani compresi tra gli 80-84 anni rappresentano il 67,8% degli ospiti nel 2013. Nelle rimanenti classi di età abbiamo il 16,3% nella classe compresa tra 65 e 74 anni, mentre nella classe tra 75 e 80 anni abbiamo il rimanente 15,8%. L'andamento tra i due periodi considerati vede un incremento percentuale degli anziani con più di 85 anni e una decrescita delle rimanenti classi. Una tendenza

questa che a cui prestare particolare attenzione per le implicazioni di assistenza derivanti da una popolazione sempre più anziana anche se autosufficiente (Grafico 100, 101).



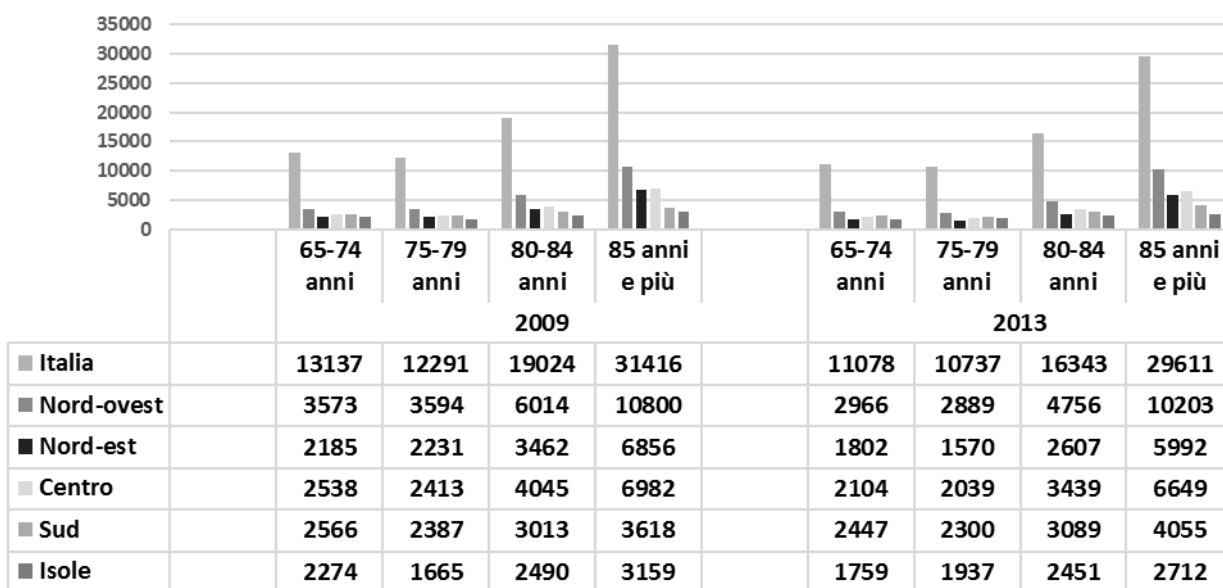
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

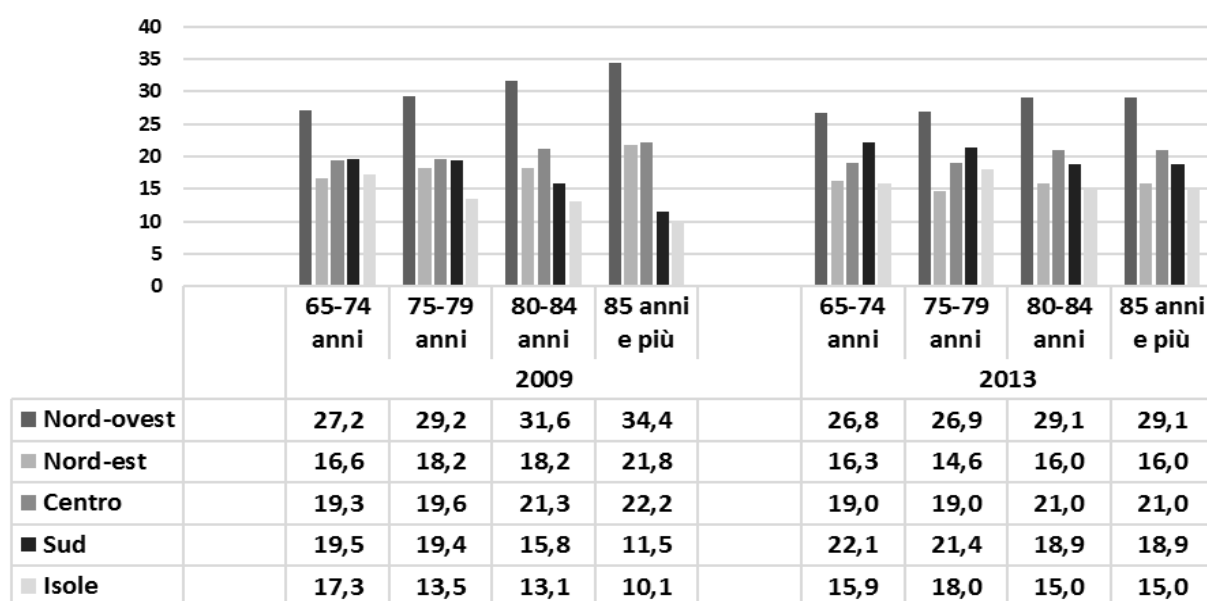
Relativamente alla distribuzione per classi di età nelle per aree geografiche abbiamo una riduzione complessiva per tutte le classi nelle aree del Nord e del Centro, il Meridione registra incrementi di diversi punti % per tutte le classi di età, addirittura di 7,4 punti per la classe con età superiore a 85 anni, anche nelle Isole c'è una crescita percentualmente significativa per tutte le classi ad eccezione di quella tra i 65 e 74 anni (Grafico 102,103).

**Grafico 102 - Anziani autosufficienti nei presidi per classi di età.  
Valori assoluti per area geografica nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 103 - Anziani autosufficienti nei presidi per classi di età.  
Valori % per area geografica nel 2009 e 2013**

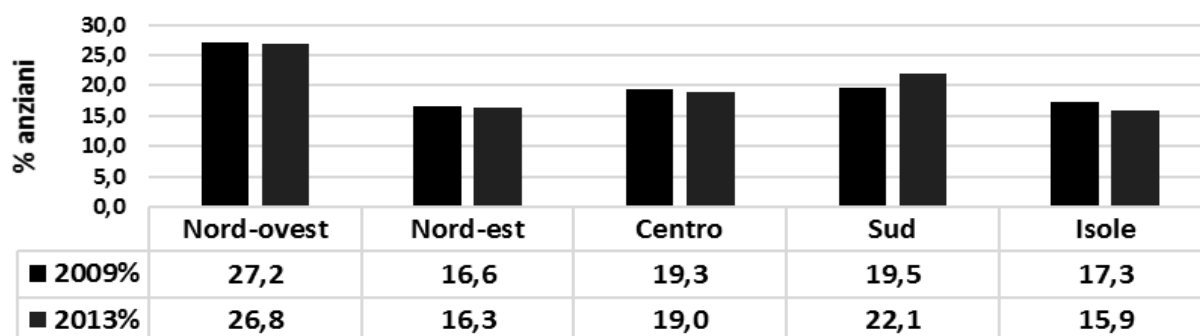


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Analizzando l'andamento degli anziani autosufficienti all'interno delle singole classi di età per area geografica e regione, il quadro che emerge è il seguente.

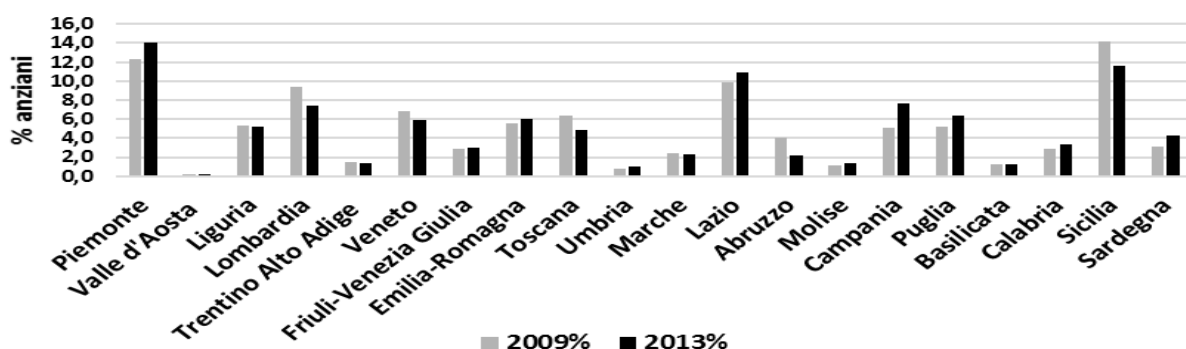
La presenza di ospiti autosufficienti compresi tra i 65 e i 74 anni nel 2013 aumentano percentualmente nella sola area Meridionale. Nelle regioni aumentano percentualmente in Piemonte, Emilia Romagna, Lazio, in tutte le regioni meridionali ad eccezione dell'Abruzzo e in Sardegna. Le rimanenti sono tutte percentualmente in decrescita Grafico 204, 105).

**Grafico 104 - Anziani autosufficienti nei presidi tra 65 e 74 anni.  
Valori % per area geografica su totale nazionale nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

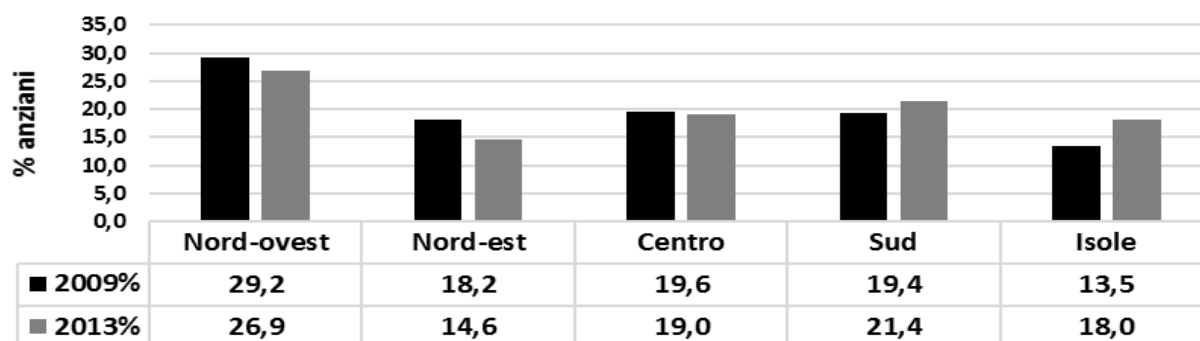
**Grafico 105 - Anziani autosufficienti nei presidi tra i 65 e 74 anni  
Valori % regionali su totale nazionale nel 2009 e 2013**



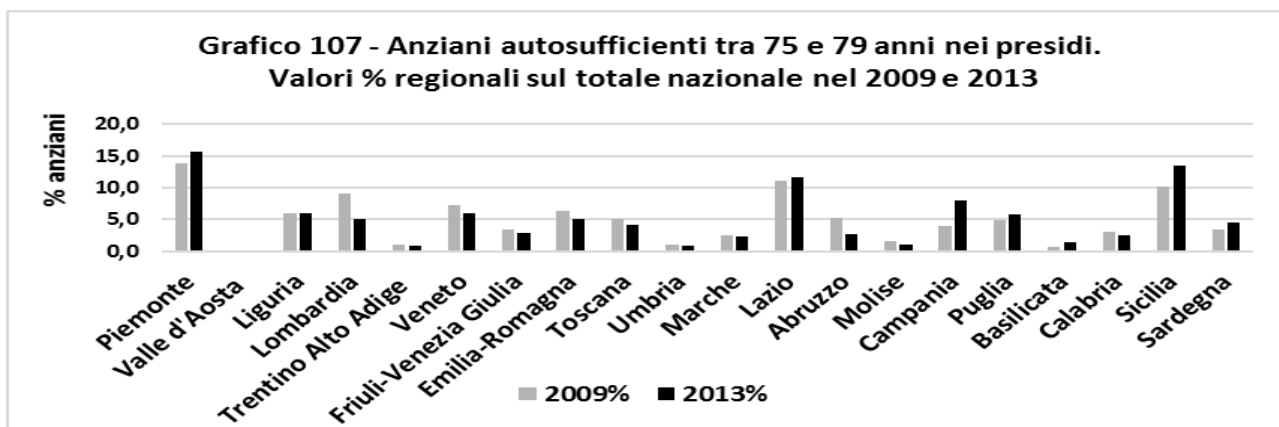
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Per la classe di ospiti compresa tra i 75 e i 79 anni crescono le aree meridionali e insulari, mentre nelle regioni abbiamo una crescita percentuale in Piemonte e Lazio e una crescita anche in valore assoluto in Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Particolarmente significativo la diminuzione in Lombardi di ben 4 punti percentuali su 9 (Grafico 106, 107).

**Grafico 106 - Anziani autosufficienti tra 75 e 79 anni nei presidi.  
Valori % per area geografica sul totale nazionale nel 2009 e 2013**

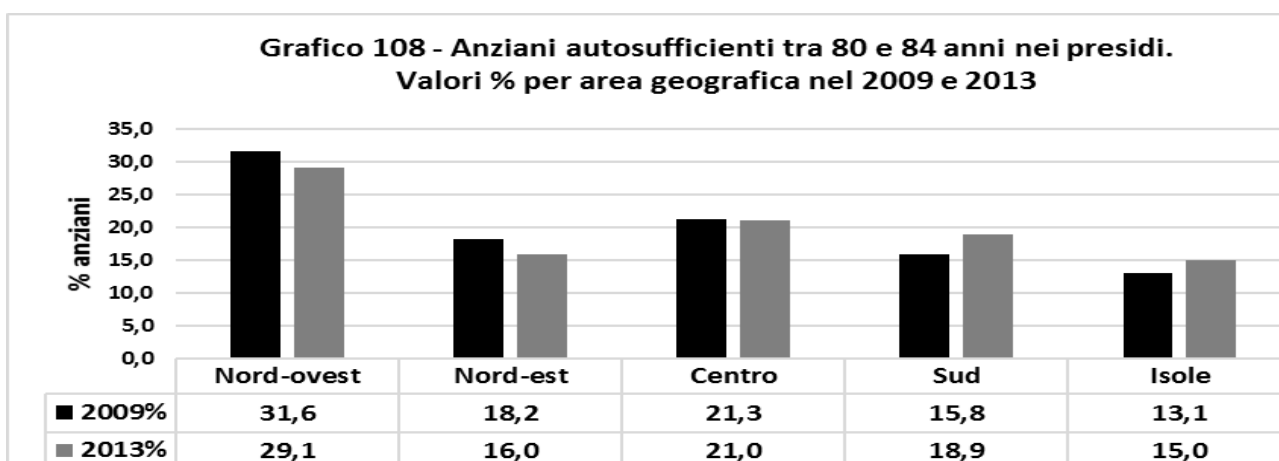


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

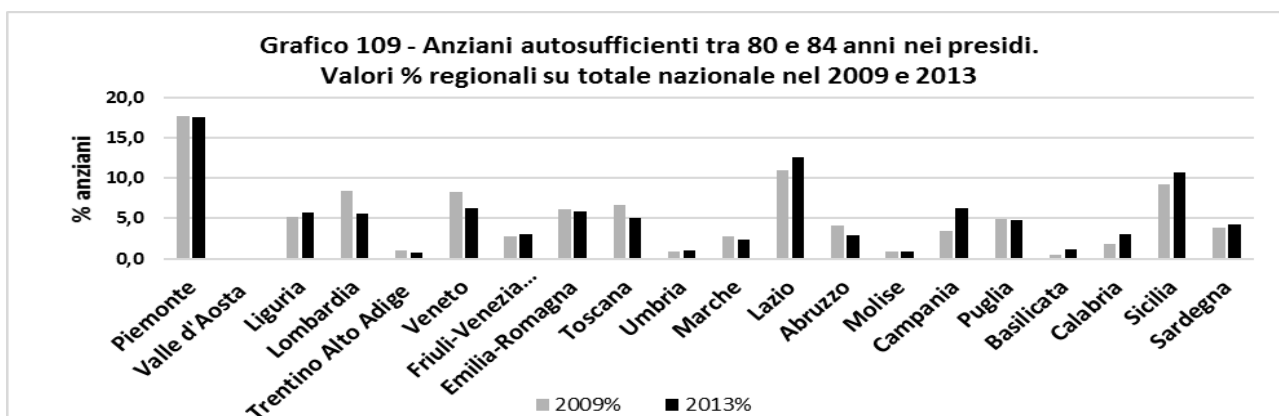


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nella classe di età degli anziani autosufficienti compresa tra 80 e 84 anni crescono in assoluto e percentualmente le aree del Meridione e solo percentualmente le Isole. Decrescono le altre. Nelle regioni cresce percentualmente la Liguria. Il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, il Lazio, Sicilia e Sardegna, mentre crescono anche in valore assoluto Campania, Basilicata e Calabria. Significativa anche per questa classe di età la diminuzione nei Presidi della Lombardia di 3 punti % su 8 (Grafico 108, 109).

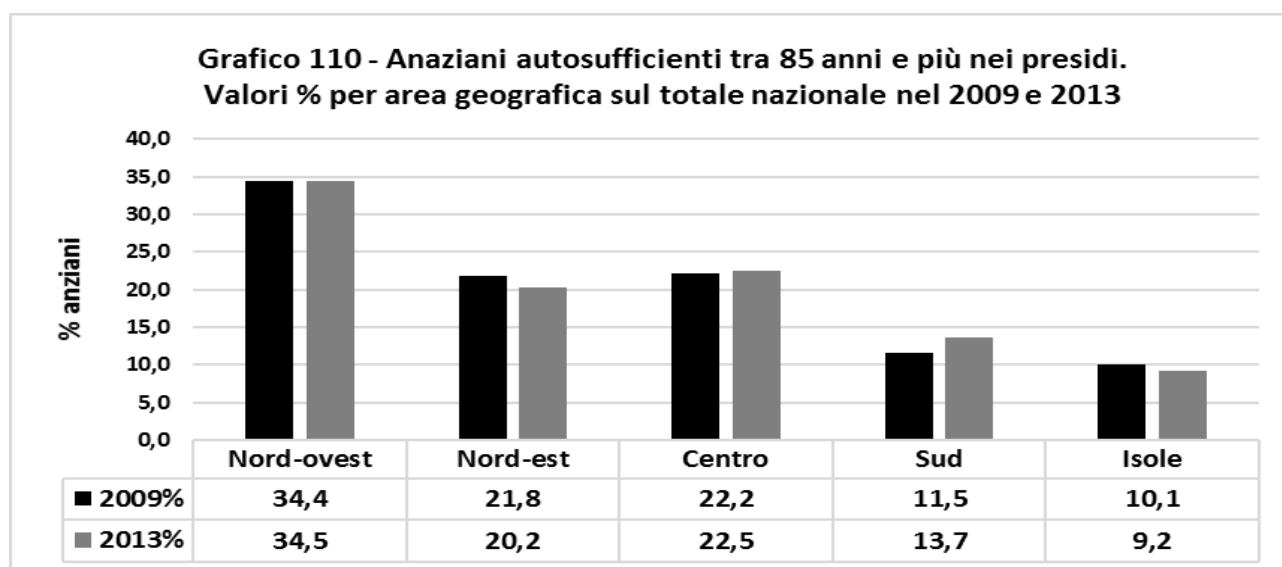


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

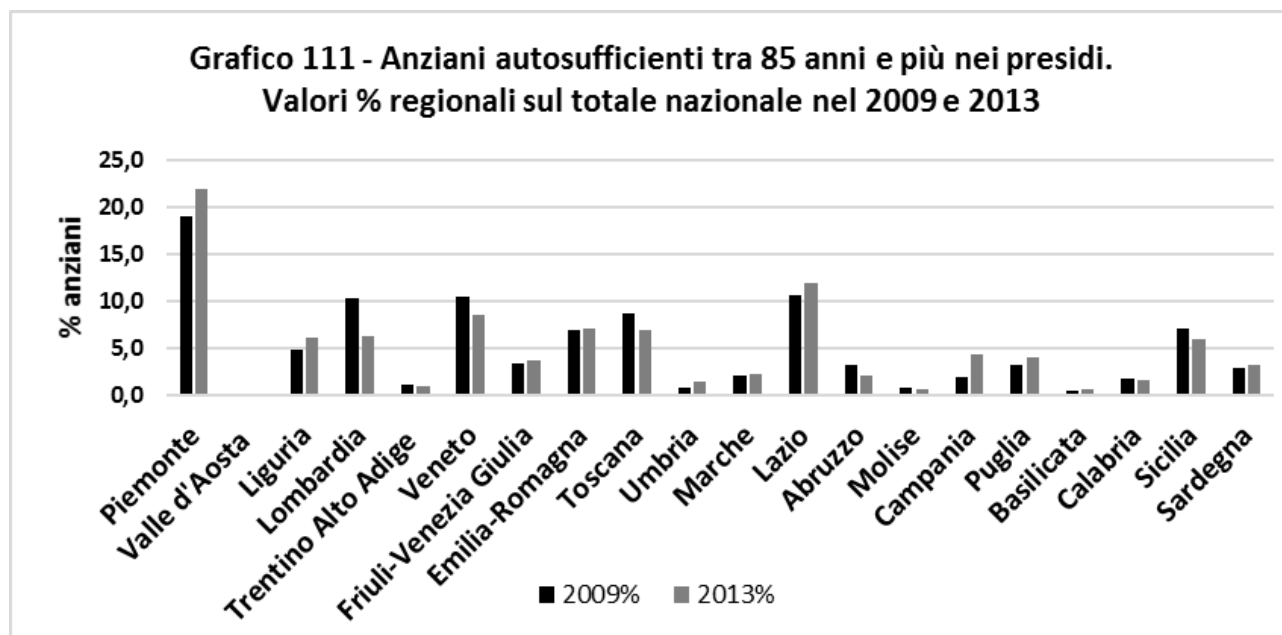


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Per la presenza degli anziani dei Presidi con più di 85 anni crescono leggermente in valore percentuale le aree del Nord-ovest e del Centro, mentre il Meridione cresce anche in valore assoluto. In tutte le regioni del Nord-ovest abbiamo crescite in valore assoluto e percentuale ad eccezione della Lombardia dove continua la diminuzione anche per questa classe di età di 4 punti percentuali su 10. Cresce leggermente in percentuale l'Emilia Romagna e il Lazio, mentre l'Umbria cresce anche in valore assoluto. Crescono in valore assoluto e percentuale anche Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna (Grafico 110, 111, Tab. 39A, 39B).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 39A - Anziani autosufficienti ospiti nei presidi per classi di età. Valori assoluti per area geografica e regione nel 2009 e 2013**

	2009									
	65-74 anni	%	75-79 anni	%	80-84 anni	%	85 anni e più	%	65 anni e più	%
<b>Italia</b>	<b>13137</b>	<b>100</b>	<b>12291</b>	<b>100</b>	<b>19024</b>	<b>100</b>	<b>31416</b>	<b>100</b>	<b>75868</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>3573</b>	<b>27,2</b>	<b>3594</b>	<b>29,2</b>	<b>6014</b>	<b>31,6</b>	<b>10800</b>	<b>34,4</b>	<b>23982</b>	<b>31,6</b>
Piemonte	1613	12,3	1712	13,9	3376	17,7	5979	19,0	12680	16,7
Valle d'Aosta	27	0,2	23	0,2	25	0,1	24	0,1	98	0,1
Liguria	694	5,3	734	6,0	998	5,2	1546	4,9	3972	5,2
Lombardia	1239	9,4	1125	9,2	1614	8,5	3252	10,4	7231	9,5
<b>Nord est</b>	<b>2185</b>	<b>16,6</b>	<b>2231</b>	<b>18,2</b>	<b>3462</b>	<b>18,2</b>	<b>6856</b>	<b>21,8</b>	<b>14735</b>	<b>19,4</b>
Trentino Alto Adige	187	1,4	134	1,1	188	1,0	358	1,1	867	1,1
Veneto	903	6,9	892	7,3	1578	8,3	3271	10,4	6644	8,8
Friuli-Venezia Giulia	373	2,8	424	3,4	538	2,8	1060	3,4	2396	3,2
Emilia-Romagna	722	5,5	781	6,4	1158	6,1	2167	6,9	4829	6,4
<b>Centro</b>	<b>2538</b>	<b>19,3</b>	<b>2413</b>	<b>19,6</b>	<b>4045</b>	<b>21,3</b>	<b>6982</b>	<b>22,2</b>	<b>15978</b>	<b>21,1</b>
Toscana	840	6,4	626	5,1	1261	6,6	2735	8,7	5462	7,2
Umbria	95	0,7	119	1,0	169	0,9	241	0,8	623	0,8
Marche	311	2,4	313	2,5	517	2,7	683	2,2	1825	2,4
Lazio	1292	9,8	1355	11,0	2099	11,0	3323	10,6	8069	10,6
<b>Sud</b>	<b>2566</b>	<b>19,5</b>	<b>2387</b>	<b>19,4</b>	<b>3013</b>	<b>15,8</b>	<b>3618</b>	<b>11,5</b>	<b>11585</b>	<b>15,3</b>
Abruzzo	525	4,0	646	5,3	773	4,1	1037	3,3	2982	3,9
Molise	151	1,1	192	1,6	179	0,9	257	0,8	781	1,0
Campania	671	5,1	493	4,0	668	3,5	598	1,9	2428	3,2
Puglia	687	5,2	594	4,8	935	4,9	1033	3,3	3249	4,3
Basilicata	162	1,2	82	0,7	96	0,5	154	0,5	494	0,7
Calabria	371	2,8	380	3,1	361	1,9	539	1,7	1651	2,2
<b>Isole</b>	<b>2274</b>	<b>17,3</b>	<b>1665</b>	<b>13,5</b>	<b>2490</b>	<b>13,1</b>	<b>3159</b>	<b>10,1</b>	<b>9589</b>	<b>12,6</b>
Sicilia	1864	14,2	1252	10,2	1767	9,3	2232	7,1	7115	9,4
Sardegna	410	3,1	413	3,4	723	3,8	928	3,0	2473	3,3

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

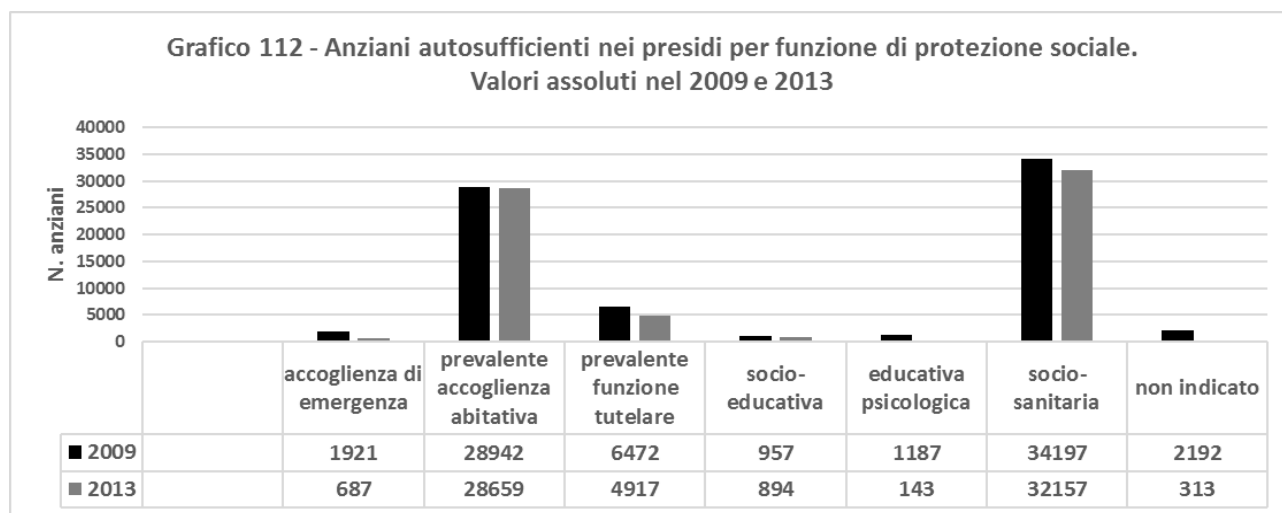
**Tab. 39B - Anziani autosufficienti ospiti nei presidi per classi di età. Valori assoluti per area geografica e regione nel 2009 e 2013**

	2013									
	65-74 anni	%	75-79 anni	%	80-84 anni	%	85 anni e più	%	65 anni e più	%
<b>Italia</b>	<b>11078</b>	<b>100</b>	<b>10737</b>	<b>100</b>	<b>16343</b>	<b>100</b>	<b>29611</b>	<b>100</b>	<b>67769</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>2966</b>	<b>26,8</b>	<b>2889</b>	<b>26,9</b>	<b>4756</b>	<b>29,1</b>	<b>10203</b>	<b>34,5</b>	<b>20815</b>	<b>30,7</b>
Piemonte	1555	14,0	1685	15,7	2869	17,6	6475	21,9	12584	18,6
Valle d'Aosta	21	0,2	18	0,2	16	0,1	57	0,2	112	0,2
Liguria	572	5,2	634	5,9	947	5,8	1822	6,2	3976	5,9
Lombardia	817	7,4	552	5,1	925	5,7	1849	6,2	4144	6,1
<b>Nord est</b>	<b>1802</b>	<b>16,3</b>	<b>1570</b>	<b>14,6</b>	<b>2607</b>	<b>16,0</b>	<b>5992</b>	<b>20,2</b>	<b>11972</b>	<b>17,7</b>
Trentino Alto Adige	153	1,4	86	0,8	125	0,8	279	0,9	643	0,9
Veneto	658	5,9	635	5,9	1026	6,3	2532	8,6	4850	7,2
Friuli-Venezia Giulia	325	2,9	303	2,8	501	3,1	1096	3,7	2225	3,3
Emilia-Romagna	666	6,0	546	5,1	955	5,8	2086	7,0	4254	6,3
<b>Centro</b>	<b>2104</b>	<b>19,0</b>	<b>2039</b>	<b>19,0</b>	<b>3439</b>	<b>21,0</b>	<b>6649</b>	<b>22,5</b>	<b>14231</b>	<b>21,0</b>
Toscana	534	4,8	451	4,2	829	5,1	2036	6,9	3850	5,7
Umbria	118	1,1	89	0,8	167	1,0	431	1,5	805	1,2
Marche	249	2,2	242	2,3	394	2,4	660	2,2	1545	2,3
Lazio	1203	10,9	1258	11,7	2050	12,5	3521	11,9	8031	11,9
<b>Sud</b>	<b>2447</b>	<b>22,1</b>	<b>2300</b>	<b>21,4</b>	<b>3089</b>	<b>18,9</b>	<b>4055</b>	<b>13,7</b>	<b>11891</b>	<b>17,5</b>
Abruzzo	236	2,1	293	2,7	468	2,9	634	2,1	1630	2,4
Molise	154	1,4	103	1,0	142	0,9	211	0,7	610	0,9
Campania	844	7,6	859	8,0	1026	6,3	1304	4,4	4033	6,0
Puglia	706	6,4	630	5,9	775	4,7	1211	4,1	3322	4,9
Basilicata	139	1,3	150	1,4	189	1,2	203	0,7	681	1,0
Calabria	368	3,3	265	2,5	489	3,0	492	1,7	1614	2,4
<b>Isole</b>	<b>1759</b>	<b>15,9</b>	<b>1937</b>	<b>18,0</b>	<b>2451</b>	<b>15,0</b>	<b>2712</b>	<b>9,2</b>	<b>8860</b>	<b>13,1</b>
Sicilia	1290	11,6	1452	13,5	1754	10,7	1769	6,0	6265	9,2
Sardegna	469	4,2	486	4,5	697	4,3	942	3,2	2594	3,8

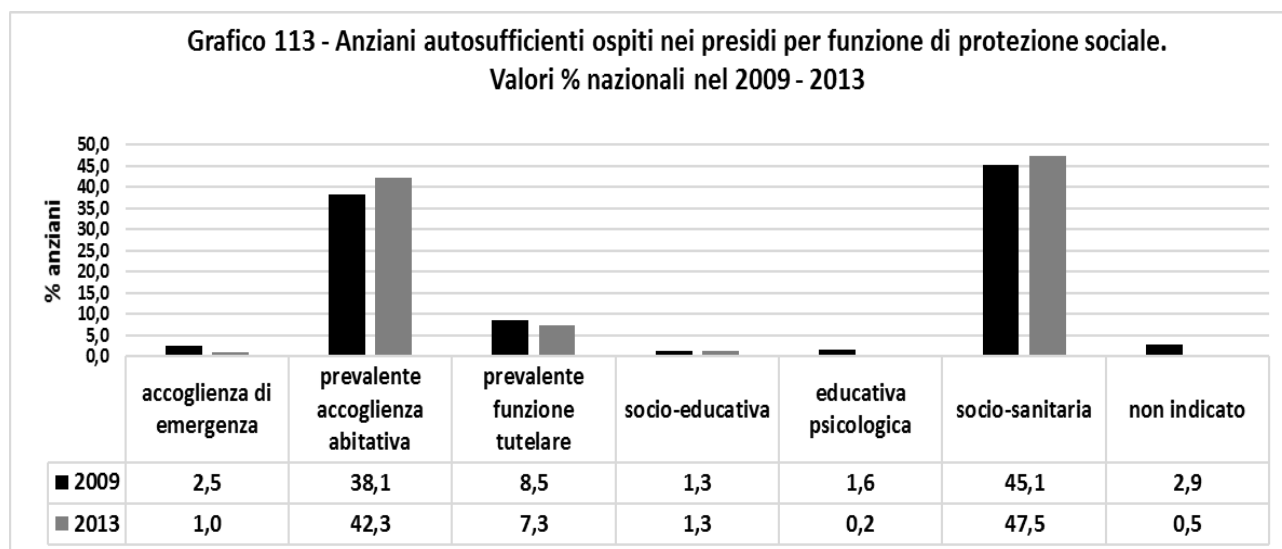
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.4. 3. Anziani autosufficienti per funzione di protezione sociale

Gli anziani autosufficienti ospiti dei servizi godono di una pluralità di prestazioni di assistenza. Queste si articolano in: accoglienza di emergenza, prevalente accoglienza abitativa, prevalente funzione tutelare, socio – educativa, educativa – psicologica, socio – sanitaria. Tra queste diverse funzioni quelle prevalenti, nel senso che ad esse ricorre il maggior numero di ospiti anziani, sono l'accoglienza abitativa con il 42,3% di assistiti nel 2013 e la socio-sanitaria con il 47,5% di assistiti. Nelle altre abbiamo il 7,3% nella funzione tutelare, 1,3% in quella socio – educativa, 1% nella accoglienza di emergenza e lo 0,2 nella educativa -psicologica (Grafico 112, 113).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

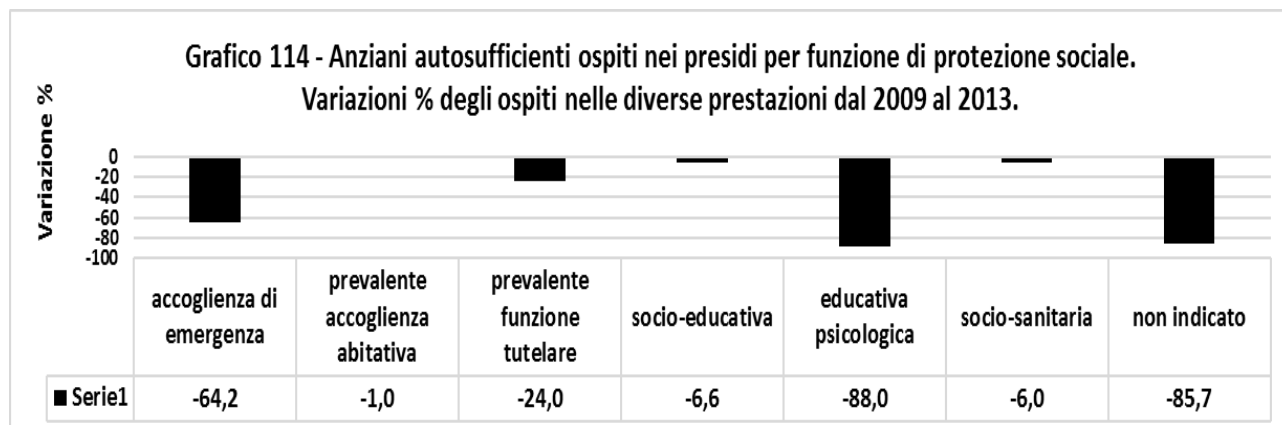


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nel quinquennio 2009 – 2013 tutte le prestazioni hanno subito un calo degli assistiti. In particolare hanno subito decise contrazioni di presenza le prestazioni con un minor numero di assistiti: l'educativa-psicologica -88%, accoglienza di emergenza -64,2%, la funzione tutelare



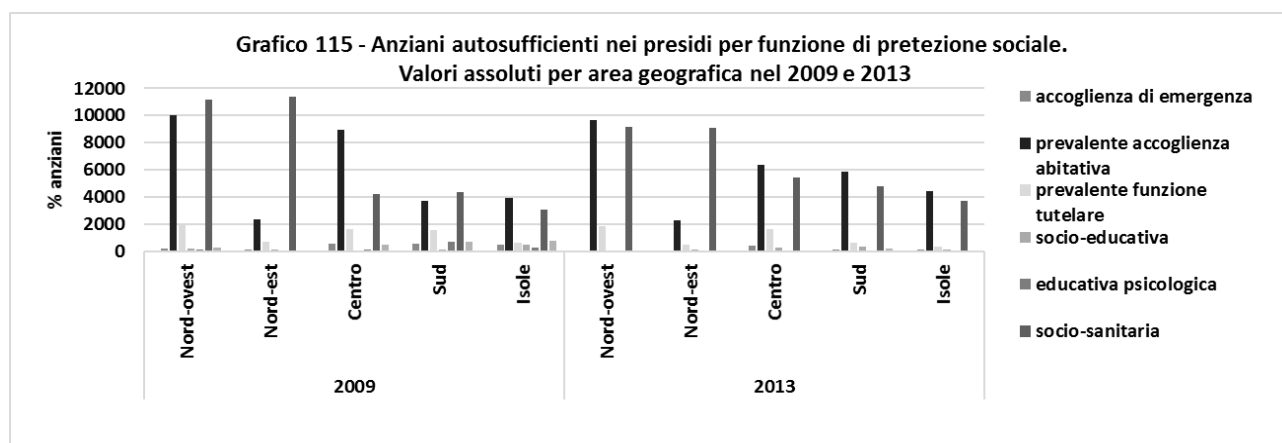
-24%, la socio educativa -6,6%. Invece quelle con una maggiore presenza di ospiti ha un calo del 6% la socio-sanitaria e dell'1% l'accoglienza abitativa (Grafico 114).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

La prevalenza delle funzioni di protezione sociale, accoglienza abitativa e socio sanitaria, si confermano in tutte le aree geografiche con alcune differenze. Nel Nord-ovest le due funzioni si attestano rispettivamente al 46,4, superiore alla media nazionale, e al 43,8% inferiore alla media. Nell'intervallo di tempo considerato la funzione di accoglienza abitativa aumenta di circa 5 punti, mentre quella socio sanitaria si riduce di circa 3 punti. La funzione tutelare si attesta all'8,8%. Nel Nord-est la funzione socio sanitaria è nettamente prevalente sulle altre con il 75,6%, superiore di 28% alla media nazionale, mentre la funzione di accoglienza abitativa si riduce al 19,2%, inferiore di 23%. La funzione tutelare si riduce al 3,9%. Nel Centro la funzione di accoglienza abitativa passa dal 55,8% nel 2009, al 44,8% nel 2013, mentre la socio sanitaria dal 26,4% passa al 38,3%. La funzione tutelare si attesta all'11,4% decisamente superiore alla media.

Nel Meridione aumenta del 17,3% la funzione di accoglienza abitativa passando dal 32% al 49,3%, aumenta leggermente anche la funzione socio sanitaria dal 37,3 al 38,3%, mentre la funzione tutelare si attesta al 5,5%. Nelle Isole la funzione di accoglienza abitativa aumenta di circa 9 punti passando dal 41,1 al 50,3%, Lo stesso la funzione socio sanitaria che aumenta dal 32,2 al 42,2%, mentre la funzione tutelare diminuisce al 3,8% (Grafico 115, 116, 117, Tab. 40, Tab. 41).



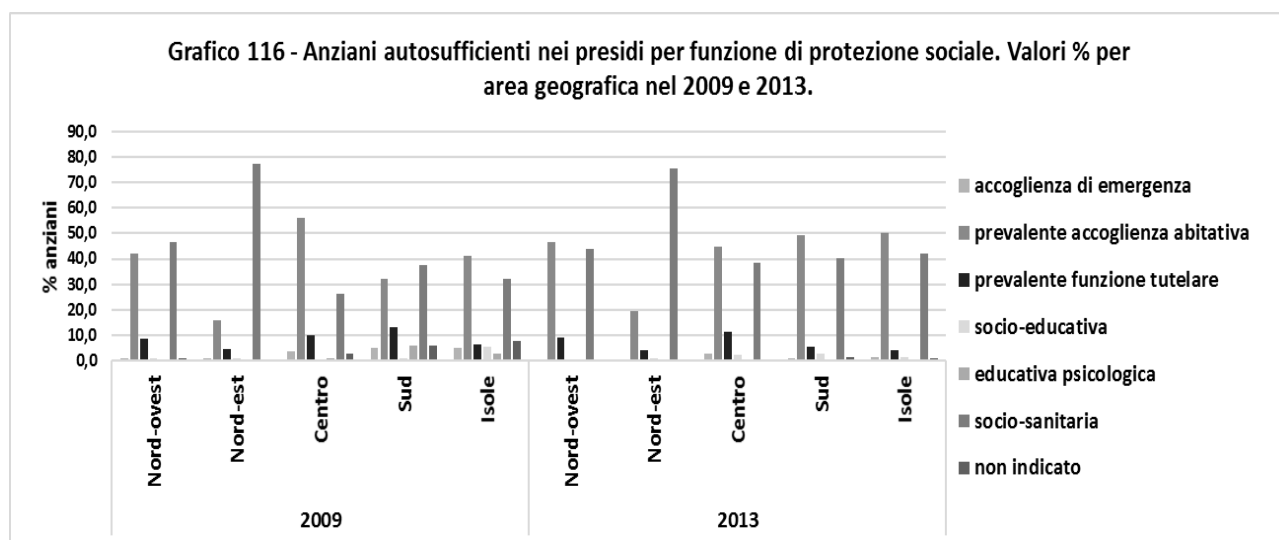
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab 40 - Anziani autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale- Valori assoluti per area geogtafica nel 2009 e 2013**

	2009					2013				
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole
<b>Totale</b>	<b>23982</b>	<b>14735</b>	<b>15978</b>	<b>11585</b>	<b>9589</b>	<b>20815</b>	<b>11972</b>	<b>14231</b>	<b>11891</b>	<b>8860</b>
accoglienza di emergenza	183	106	586	587	459	54	14	383	106	129
prevalente accoglienza abitativa	10037	2333	8923	3706	3943	9663	2301	6382	5858	4455
prevalente funzione tutelare	2054	667	1607	1533	611	1836	465	1623	655	339
socio-educativa	183	113	62	100	500	56	124	288	311	116
educativa psicologica	103	35	135	674	240	52	12	49	10	20
socio-sanitaria	11166	11409	4211	4323	3088	9123	9056	5455	4786	3737
non indicato	256	71	455	661	748	31	0	52	166	63

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 116 - Anziani autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per area geografica nel 2009 e 2013.**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab 41 - Anziani autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale- Valori % per area geogtafica nel 2009 e 2013**

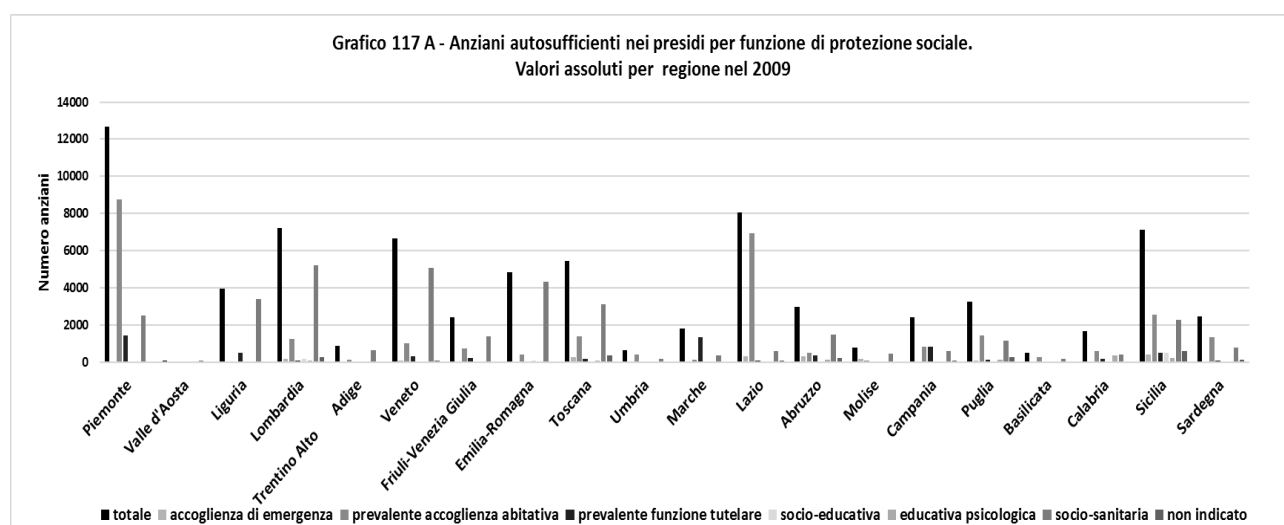
	2009					2013				
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole
accoglienza di emergenza	0,8	0,7	3,7	5,1	4,8	0,3	0,1	2,7	0,9	1,5
prevalente accoglienza abitativa	41,9	15,8	55,8	32,0	41,1	46,4	19,2	44,8	49,3	50,3
prevalente funzione tutelare	8,6	4,5	10,1	13,2	6,4	8,8	3,9	11,4	5,5	3,8
socio-educativa	0,8	0,8	0,4	0,9	5,2	0,3	1,0	2,0	2,6	1,3
educativa psicologica	0,4	0,2	0,8	5,8	2,5	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
socio-sanitaria	46,6	77,4	26,4	37,3	32,2	43,8	75,6	38,3	40,2	42,2
non indicato	1,1	0,5	2,8	5,7	7,8	0,1	0,0	0,4	1,4	0,7

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il quadro si articola ulteriormente andando a vedere come varia la presenza degli anziani tra le diverse funzioni a livello regionale. In Piemonte c'è una netta prevalenza della accoglienza abitativa, mentre in Liguria, Valle d'Aosta e Lombardia la prevalenza è delle prestazioni socio

sanitarie che assorbono il 70% delle presenze. Anche Trentino, Veneto ed Emilia Romagna prevalgono le presenze nelle prestazioni socio sanitarie: nell'Emilia Romagna raggiungono il 91%. Più equilibrato il rapporto tra accoglienza abitativa e assistenza socio sanitaria Friuli Venezia Giulia.

Questo equilibrio lo ritroviamo anche in Toscana e Umbria, mentre nelle Marche la funzione tutelare raggiunge il 70,9%, mentre nel Lazio torna a prevalere con il 57,3% l'accoglienza abitativa. Nel Meridione mentre in Abruzzo e Puglia c'è un certo equilibrio tra accoglienza abitative e prestazioni socio sanitarie, in Campania e Calabria prevale l'accoglienza abitativa e in Molise e Basilicata prevale l'assistenza socio sanitaria. Nelle Isole la presenza nelle due prestazioni prevalenti è più equilibrata con uno scarto di circa 10 punti a favore della accoglienza abitativa (Grafico 117A, Tab. 42A, Grafico 117 B, Tab. 42 B, Grafico 118.A, Tab. 43A, Grafico 118B, Tab. 43B, Tab. 44A, 44B).

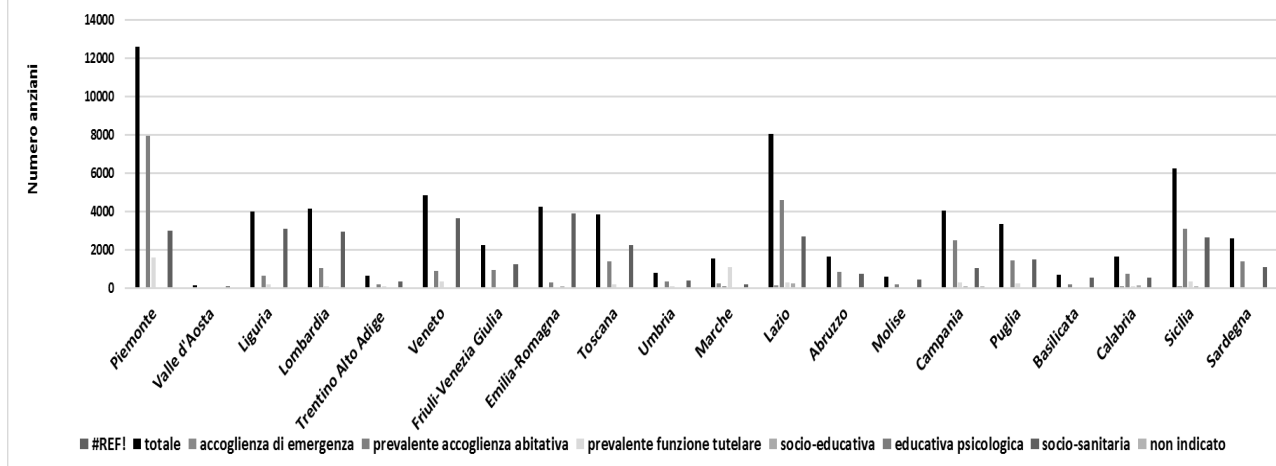


Tab. 42 A - Anziani autosufficienti ospiti nei Presidi per funzione di protezione sociale. Vaori assoluti per regione nel 2009

	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>totale</b>	12680	98	3972	7231	867	6644	2396	4829	5462	623	1825	8069	2982	781	2428	3249	494	1651	7115	2473
accoglienza di emergenza	3	0	9	171	16	84	2	3	274	0	0	312	297	184	16	66	0	24	409	50
prevalente accoglienza abitativa	8742	2	60	1232	150	1033	751	399	1414	425	123	6961	514	71	846	1420	256	599	2577	1366
prevalente funzione tutelare	1426	11	526	91	56	330	235	46	171	21	1346	68	364	0	830	145	23	171	515	96
socio-educativa	9	0	1	173	0	36	2	75	11	0	8	43	0	0	38	39	10	12	498	2
educativa psicologica	0	15	0	88	3	32	0	0	95	1	0	39	130	35	0	128	2	380	217	23
socio-sanitaria	2501	70	3375	5220	642	5057	1405	4306	3112	175	348	576	1471	469	591	1176	198	418	2293	795
non indicato	0	0	0	256	0	71	0	0	385	0	0	70	206	22	108	274	5	48	607	142

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 117 B - Anziani autosufficienti presenti nei Presidi per funzione di protezione sociale .  
Valori assoluti per regione nel 2013



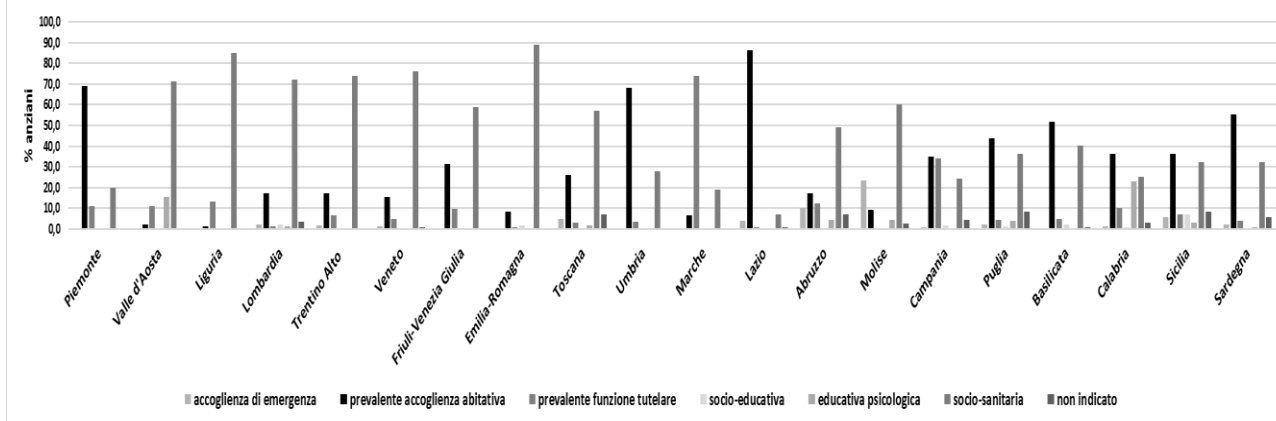
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 42 b - Anziani autosufficienti ospiti nei Presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti per regione nel 2013

	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>totale</b>	<b>12584</b>	<b>112</b>	<b>3976</b>	<b>4144</b>	<b>643</b>	<b>4850</b>	<b>2225</b>	<b>4254</b>	<b>3850</b>	<b>805</b>	<b>1545</b>	<b>8031</b>	<b>1630</b>	<b>610</b>	<b>4033</b>	<b>3322</b>	<b>681</b>	<b>1614</b>	<b>6265</b>	<b>2594</b>
accoglienza di emergenza	3	0	2	49	3	1	1	9	44	0	217	122	0	..	18	24	0	64	74	55
prevalente accoglienza abitativa	7963	34	614	1052	211	865	940	285	1371	346	63	4602	845	164	2486	1461	165	737	3089	1365
prevalente funzione tutelare	1594	..	167	74	87	314	49	14	167	78	1096	281	25	21	310	233	..	65	322	17
socio-educativa	18	0	22	15	6	23	20	74	26	4	3	254	0	0	97	54	0	160	65	51
educativa psicologica	5	..	47	0	0	12	0	0	18	0	..	30	0	..	0	8	..	2	20	0
socio-sanitaria	2986	78	3106	2953	336	3634	1215	3871	2218	376	166	2695	760	425	1033	1496	516	555	2640	1098
non indicato	14	..	17	..	..	0	..	..	5	..	..	47	0	..	90	46	..	30	55	8

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 118 A - Anziani autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale.  
Valori % regionali nel 2009



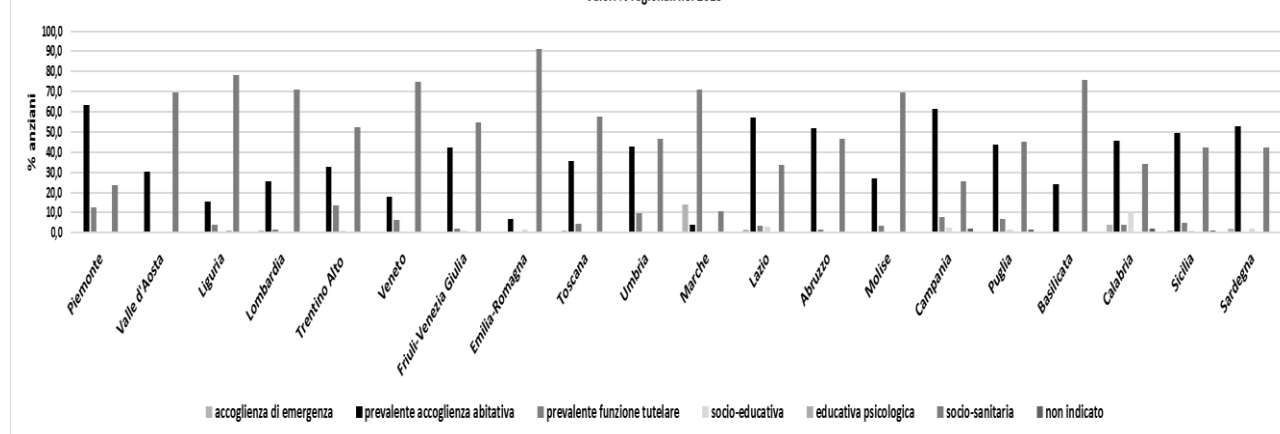
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 43 A - Anziani autosufficienti ospiti nei Presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per regione nel 2009**

	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
accoglienza di emergenza	0,0	0,0	0,2	2,4	1,8	1,3	0,1	0,1	5,0	0,0	0,0	3,9	10,0	23,6	0,7	2,0	0,0	1,5	5,7	2,0
prevalente accoglienza abitativa	68,9	2,0	1,5	17,0	17,3	15,5	31,3	8,3	25,9	68,2	6,7	86,3	17,2	9,1	34,8	43,7	51,8	36,3	36,2	55,2
prevalente funzione tutelare	11,2	11,2	13,2	1,3	6,5	5,0	9,8	1,0	3,1	3,4	73,8	0,8	12,2	0,0	34,2	4,5	4,7	10,4	7,2	3,9
socio-educativa	0,1	0,0	0,0	2,4	0,0	0,5	0,1	1,6	0,2	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	1,6	1,2	2,0	0,7	7,0	0,1
educativa psicologica	0,0	15,3	0,0	1,2	0,3	0,5	0,0	0,0	1,7	0,2	0,0	0,5	4,4	4,5	0,0	3,9	0,4	23,0	3,0	0,9
socio-sanitaria	19,7	71,4	85,0	72,2	74,0	76,1	58,6	89,2	57,0	28,1	19,1	7,1	49,3	60,1	24,3	36,2	40,1	25,3	32,2	32,1
non indicato	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	1,1	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,9	6,9	2,8	4,4	8,4	1,0	2,9	8,5	5,7

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Gráfico 118 B - Anziani autosufficienti ospitine Presidi per funzione di protezione sociale. Valori % regionali nel 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 43 B - Anziani autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per regione nel 2013**

	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
accoglienza di emergenza	0,0	0,0	0,1	1,2	0,5	0,0	0,0	0,2	1,1	0,0	14,0	1,5	0,0	..	0,4	0,7	0,0	4,0	1,2	2,1
prevalente accoglienza abitativa	63,3	30,4	15,4	25,4	32,8	17,8	42,2	6,7	35,6	43,0	4,1	57,3	51,8	26,9	61,6	44,0	24,2	45,7	49,3	52,6
prevalente funzione tutelare	12,7	..	4,2	1,8	13,5	6,5	2,2	0,3	4,3	9,7	70,9	3,5	1,5	3,4	7,7	7,0	..	4,0	5,1	0,7
socio-educativa	0,1	0,0	0,6	0,4	0,9	0,5	0,9	1,7	0,7	0,5	0,2	3,2	0,0	0,0	2,4	1,6	0,0	9,9	1,0	2,0
educativa psicologica	0,0	..	1,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,5	0,0	..	0,4	0,0	..	0,0	0,2	..	0,1	0,3	0,0
socio-sanitaria	23,7	69,6	78,1	71,3	52,3	74,9	54,6	91,0	57,6	46,7	10,7	33,6	46,6	69,7	25,6	45,0	75,8	34,4	42,1	42,3
non indicato	0,1	..	0,4	..	..	0,0	..	..	0,1	..	..	0,6	0,0	..	2,2	1,4	..	1,9	0,9	0,3

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 44 A - Anziani autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti e % per area e regione nel 2009

	2009															
	accoglienza di emergenza	%	prevalente accoglienza abitativa	%	prevalent e funzione tutelare	%	socio-educativa	%	educativa psicologica	%	socio-sanitaria	%	non indicato	%	totale	%
<b>Italia</b>	1921	100	28942	100	6472	100	957	100	1187	100	34197	100	2192	100	75868	100
<b>Nord ovest</b>	183	9,5	10037	34,7	2054	31,7	183	19,1	103	8,7	11166	32,7	256	11,7	23982	31,6
Piemonte	3	0,2	8742	30,2	1426	22,0	9	0,9	0	0,0	2501	7,3	0	0,0	12680	16,7
Valle d'Aosta	0	0,0	2	0,0	11	0,2	0	0,0	15	1,3	70	0,2	0	0,0	98	0,1
Liguria	9	0,5	60	0,2	526	8,1	1	0,1	0	0,0	3375	9,9	0	0,0	3972	5,2
<b>Lombardia</b>	171	8,9	1232	4,3	91	1,4	173	18,1	88	7,4	5220	15,3	256	11,7	7231	9,5
<b>Nord est</b>	106	5,5	2333	8,1	667	10,3	113	11,8	35	2,9	11409	33,4	71	3,2	14735	19,4
<b>Trentino Alto Adige</b>	16	0,8	150	0,5	56	0,9	0	0,0	3	0,3	642	1,9	0	0,0	867	1,1
Veneto	84	4,4	1033	3,6	330	5,1	36	3,8	32	2,7	5057	14,8	71	3,2	6644	8,8
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	2	0,1	751	2,6	235	3,6	2	0,2	0	0,0	1405	4,1	0	0,0	2396	3,2
<b>Emilia-Romagna</b>	3	0,2	399	1,4	46	0,7	75	7,8	0	0,0	4306	12,6	0	0,0	4829	6,4
<b>Centro</b>	586	30,5	8923	30,8	1607	24,8	62	6,5	135	11,4	4211	12,3	455	20,8	15978	21,1
Toscana	274	14,3	1414	4,9	171	2,6	11	1,1	95	8,0	3112	9,1	385	17,6	5462	7,2
Umbria	0	0,0	425	1,5	21	0,3	0	0,0	1	0,1	175	0,5	0	0,0	623	0,8
Marche	0	0,0	123	0,4	1346	20,8	8	0,8	0	0,0	348	1,0	0	0,0	1825	2,4
Lazio	312	16,2	6961	24,1	68	1,1	43	4,5	39	3,3	576	1,7	70	3,2	8069	10,6
<b>Sud</b>	587	30,6	3706	12,8	1533	23,7	100	10,4	674	56,8	4323	12,6	661	30,2	11585	15,3
<b>Abruzzo</b>	297	15,5	514	1,8	364	5,6	0	0,0	130	11,0	1471	4,3	206	9,4	2982	3,9
Molise	184	9,6	71	0,2	0	0,0	0	0,0	35	2,9	469	1,4	22	1,0	781	1,0
<b>Campania</b>	16	0,8	846	2,9	830	12,8	38	4,0	0	0,0	591	1,7	108	4,9	2428	3,2
Puglia	66	3,4	1420	4,9	145	2,2	39	4,1	128	10,8	1176	3,4	274	12,5	3249	4,3
Basilicata	0	0,0	256	0,9	23	0,4	10	1,0	2	0,2	198	0,6	5	0,2	494	0,7
Calabria	24	1,2	599	2,1	171	2,6	12	1,3	380	32,0	418	1,2	48	2,2	1651	2,2
<b>Isole</b>	459	23,9	3943	13,6	611	9,4	500	52,2	240	20,2	3088	9,0	748	34,1	9589	12,6
Sicilia	409	21,3	2577	8,9	515	8,0	498	52,0	217	18,3	2293	6,7	607	27,7	7115	9,4
Sardegna	50	2,6	1366	4,7	96	1,5	2	0,2	23	1,9	795	2,3	142	6,5	2473	3,3

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 44 B - Anziani autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti e % per area e regione nel 2013

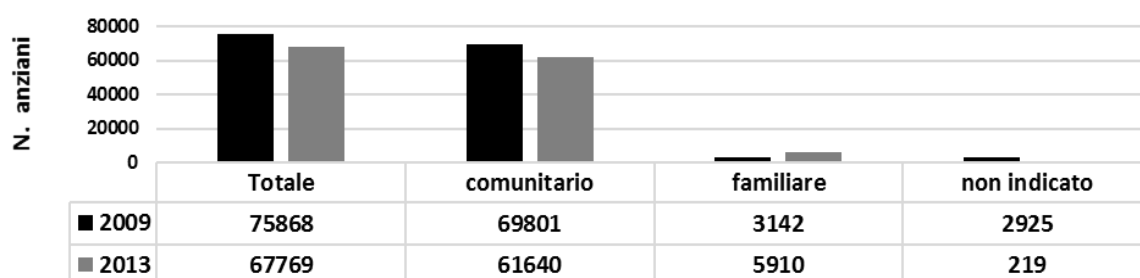
	2013															
	accoglienza di emergenza	%	prevalente accoglienza abitativa	%	prevalent e funzione tutelare	%	socio-educativa	%	educativa psicologica	%	socio-sanitaria	%	non indicato	%	totale	5
<b>Italia</b>	687	100	28659	100	4917	100	894	100	143	100	32157	100	313	100	67769	100
<b>Nord ovest</b>	54	7,9	9663	33,7	1836	37,3	56	6,3	52	36,4	9123	28,4	31	9,9	20815	30,7
Piemonte	3	0,4	7963	27,8	1594	32,4	18	2,0	5	3,5	2986	9,3	14	4,5	12584	18,6
Valle d'Aosta	0	0,0	34	0,1	..	..	0	0,0	..	..	78	0,2	..	..	112	0,2
Liguria	2	0,3	614	2,1	167	3,4	22	2,5	47	32,9	3106	9,7	17	5,4	3976	5,9
<b>Lombardia</b>	49	7,1	1052	3,7	74	1,5	15	1,7	0	0,0	2953	9,2	..	..	4144	6,1
<b>Nord est</b>	14	2,0	2301	8,0	465	9,5	124	13,9	12	8,4	9056	28,2	0	0,0	11972	17,7
<b>Trentino Alto Adige</b>	3	0,4	211	0,7	87	1,8	6	0,7	0	0,0	336	1,0	..	..	643	0,9
Veneto	1	0,1	865	3,0	314	6,4	23	2,6	12	8,4	3634	11,3	0	0,0	4850	7,2
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	1	0,1	940	3,3	49	1,0	20	2,2	0	0,0	1215	3,8	..	..	2225	3,3
<b>Emilia-Romagna</b>	9	1,3	285	1,0	14	0,3	74	8,3	0	0,0	3871	12,0	..	..	4254	6,3
<b>Centro</b>	383	55,7	6382	22,3	1623	33,0	288	32,2	49	34,3	5455	17,0	52	16,6	14231	21,0
Toscana	44	6,4	1371	4,8	167	3,4	26	2,9	18	12,6	2218	6,9	5	1,6	3850	5,7
Umbria	0	0,0	346	1,2	78	1,6	4	0,4	0	0,0	376	1,2	..	..	805	1,2
Marche	217	31,6	63	0,2	1096	22,3	3	0,3	..	..	166	0,5	..	..	1545	2,3
Lazio	122	17,8	4602	16,1	281	5,7	254	28,4	30	21,0	2695	8,4	47	15,0	8031	11,9
<b>Sud</b>	106	15,4	5858	20,4	655	13,3	311	34,8	10	7,0	4786	14,9	166	53,0	11891	17,5
<b>Abruzzo</b>	0	0,0	845	2,9	25	0,5	0	0,0	0	0,0	760	2,4	0	0,0	1630	2,4
Molise	..	..	164	0,6	21	0,4	0	0,0	..	..	425	1,3	..	..	610	0,9
<b>Campania</b>	18	2,6	2486	8,7	310	6,3	97	10,9	0	0,0	1033	3,2	90	28,8	4033	6,0
Puglia	24	3,5	1461	5,1	233	4,7	54	6,0	8	5,6	1496	4,7	46	14,7	3322	4,9
Basilicata	0	0,0	165	0,6	..	..	0	0,0	..	..	516	1,6	..	..	681	1,0
Calabria	64	9,3	737	2,6	65	1,3	160	17,9	2	1,4	555	1,7	30	9,6	1614	2,4
<b>Isole</b>	129	18,8	4455	15,5	339	6,9	116	13,0	20	14,0	3737	11,6	63	20,1	8860	13,1
Sicilia	74	10,8	3089	10,8	322	6,5	65	7,3	20	14,0	2640	8,2	55	17,6	6265	9,2
Sardegna	55	8,0	1365	4,8	17	0,3	51	5,7	0	0,0	1098	3,4	8	2,6	2594	3,8

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.5.4.4. Anziani autosufficienti per carattere di residenzialità

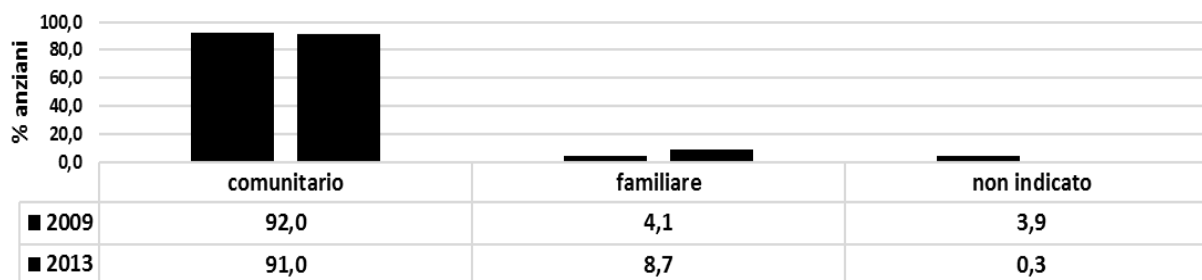
Il carattere di residenzialità dei Presidi si distingue in comunitario e familiare. Nel 2013 a livello nazionale gli anziani autosufficienti ospiti per carattere comunitario sono 61.640, il 91 % del totale, mentre nel familiare sono ospiti 5.910 anziani, l'8,7% del totale. Nel quinquennio considerato, 2009-2013, le residenze con carattere comunitario si riducono dell'11,7%, mentre le familiari aumentano dell'88,1% (Grafico 119, 120, 121).

**Grafico 119 - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità.  
Valori assoluti nazionali nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 120 - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità.  
Valori % nazionali nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

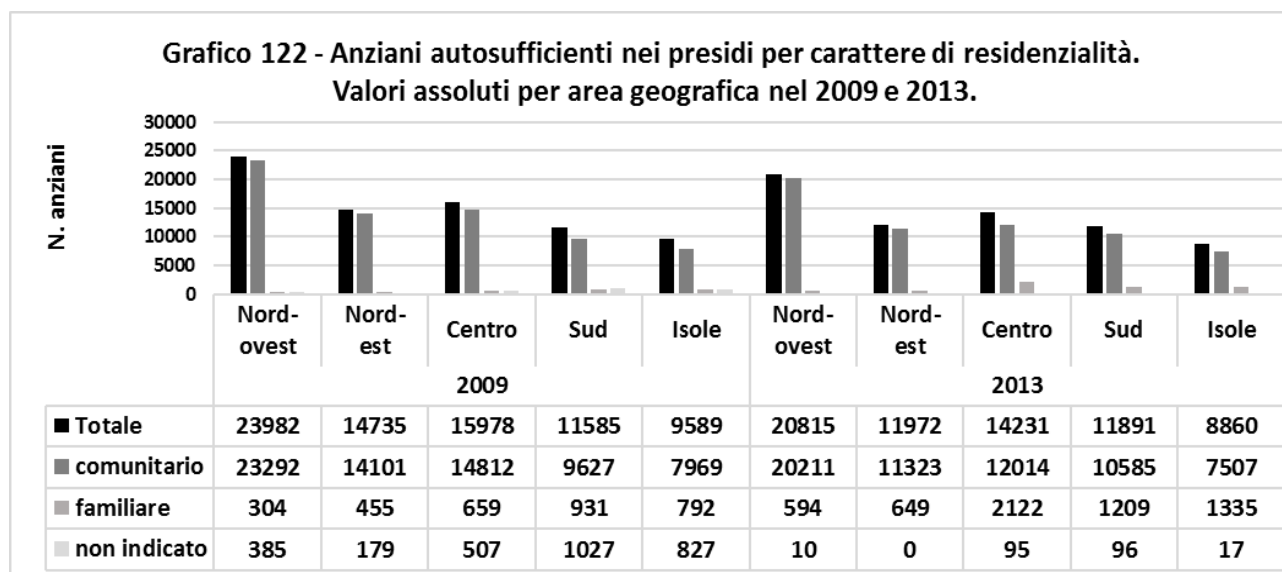
**Grafico 121 - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità.  
Variazione % dal 2009 al 2013**



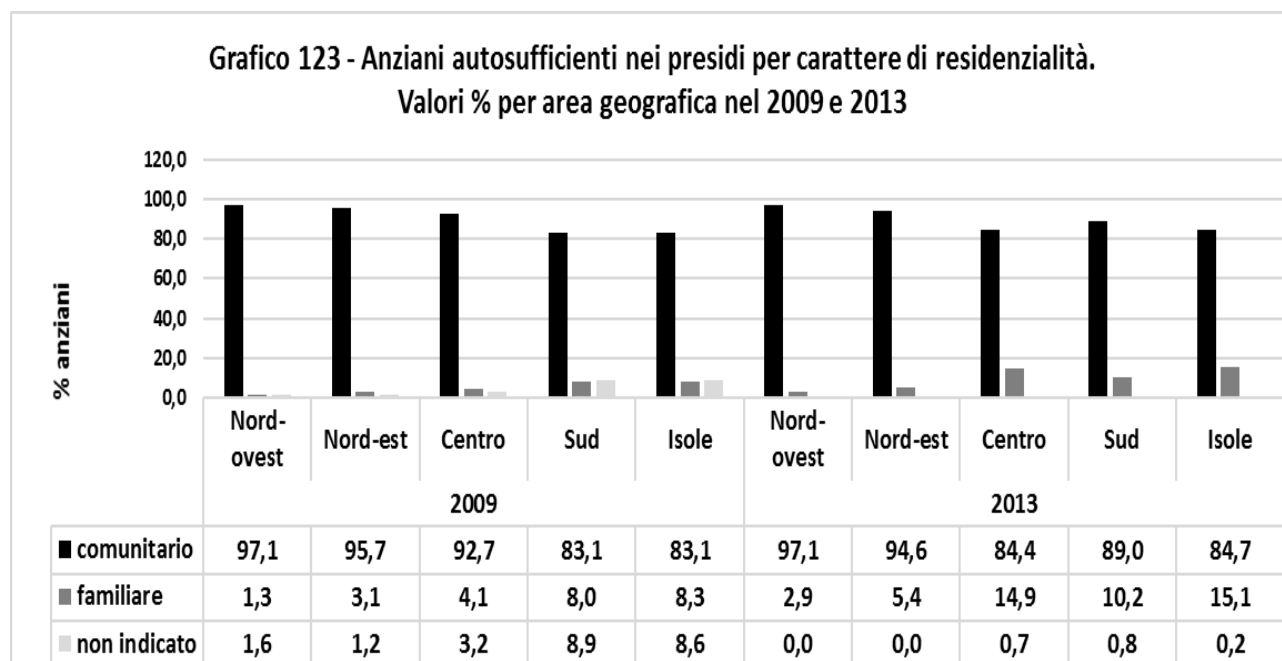
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nelle aree geografiche l'andamento delle due fattispecie di residenzialità vede sempre prevalere il carattere comunitario con un leggero spostamento verso il familiare nelle aree del Centro, del Meridione e delle Isole. In tutte le aree dal 2009 al 2013 le residenze comunitarie sono

in decrescita, mentre le residenze familiari sono in aumento in tutte le aree con incrementi che nel Centro, il Meridione e le Isole superano il raddoppio degli ospiti. In particolare nelle Isole le residenze familiari passano dall'8,3% nel 2009 al 15,1% nel 2013 (Grafico 122, 123).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

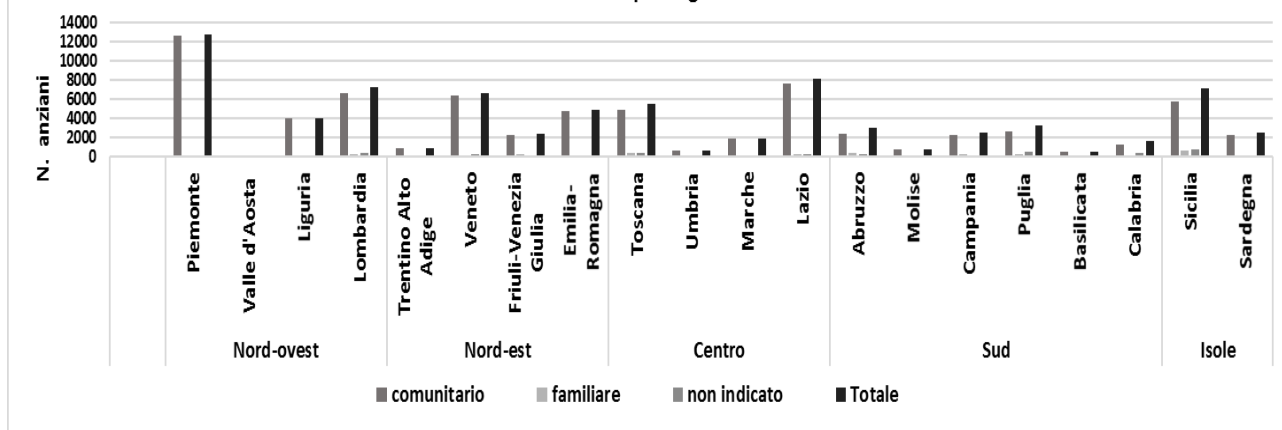


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Anche nelle singole regioni prevale il carattere residenziale comunitario. Nel passaggio dal 2009 al 2013 ad eccezione di Valle d'Aosta, Umbria, Campania, Basilicata e Sardegna, gli ospiti nelle residenze con carattere comunitario sono ovunque in diminuzione. In quelle con carattere familiare gli ospiti sono invece tutti in aumento ad eccezione di Valle D'Aosta, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo e Basilicata (Grafico 124A, 124B, Tab. 44A, 44B, Grafico 125A, 125B, Tab.45A, 45B, 46A, 46B).

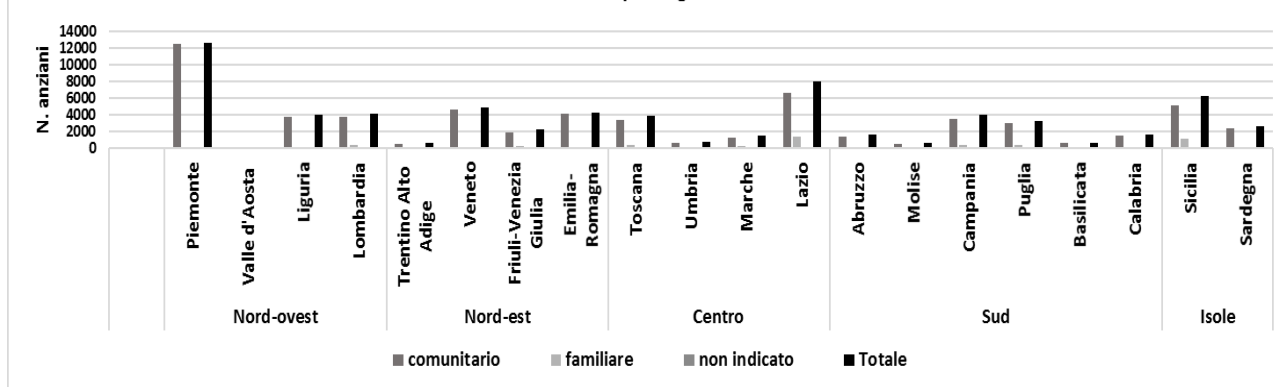


Grafico 124 A - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità.  
Valori assoluti per regione nel 2009



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 124 B - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità.  
Valori assoluti per regione nel 2013



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 44 A - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità nelle regioni nel 2009

2009																				
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Totale	12680	98	3972	7231	867	6644	2396	4829	5462	623	1825	8069	2982	781	2428	3249	494	1651	7115	2473
comunitario	12655	84	3940	6613	804	6349	2200	4748	4832	572	1807	7600	2376	731	2238	2611	476	1195	5704	2265
familiare	25	15	32	233	63	116	196	80	313	50	18	278	400	9	191	214	13	105	671	122
non indicato	0	0	0	385	0	179	0	0	316	0	0	191	206	41	0	424	5	352	740	87

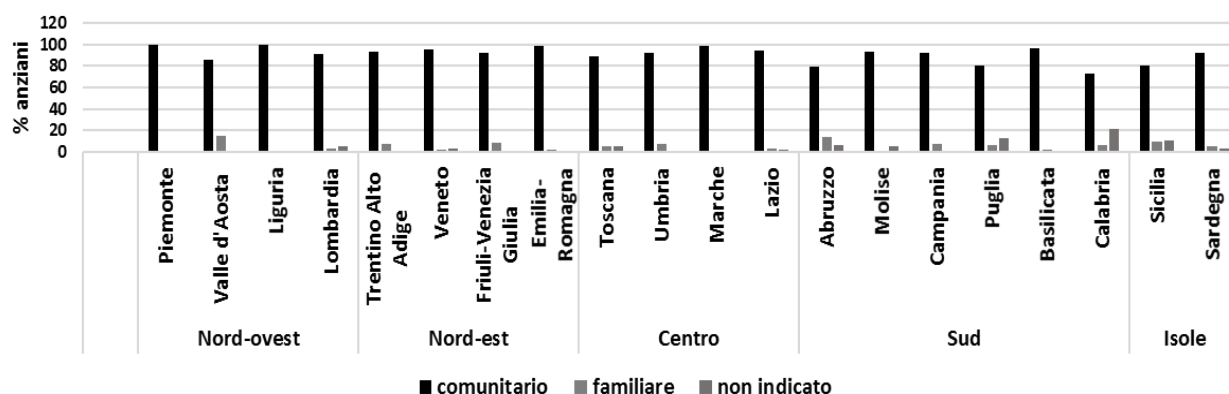
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 44 B - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità nelle regioni nel 2013

2013																				
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Totale	12584	112	3976	4144	643	4850	2225	4254	3850	805	1545	8031	1630	610	4033	3322	681	1614	6265	2594
comunitario	12535	108	3824	3744	580	4667	1897	4178	3451	625	1319	6619	1432	534	3494	2966	681	1478	5108	2400
familiare	41	4	150	399	64	182	328	75	350	180	226	1367	199	76	449	350	0	136	1155	180
non indicato	8	0	2	0	0	0	0	0	49	0	0	46	0	0	90	7	0	3	15	

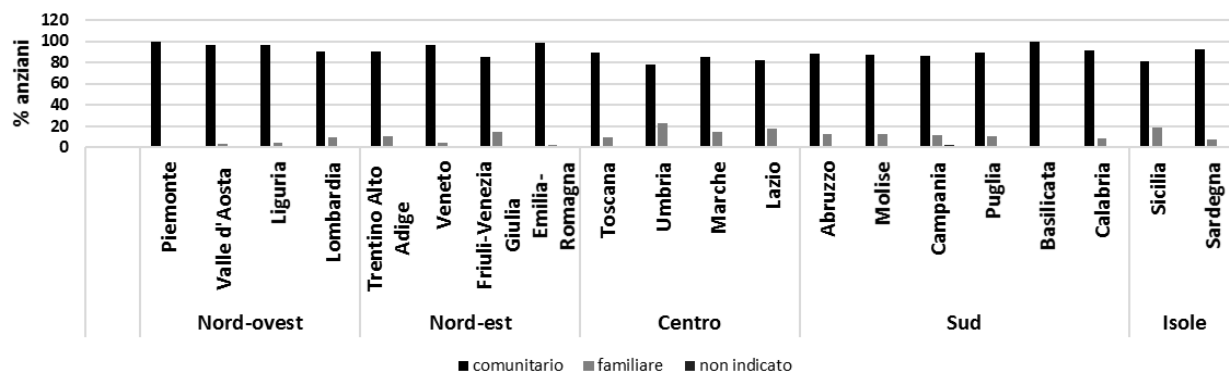
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 125 A - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità.  
Valori % per regione nel 2009



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 125 B - non autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità. Valori % per regione nel 2013



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 45 A - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità nelle regioni nel 2009

	2009																			
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
comunitario	99,8	85,7	99,2	91,5	92,7	95,6	91,8	98,3	88,5	91,8	99,0	94,2	79,7	93,6	92,2	80,4	96,4	72,4	80,2	91,6
familiare	0,2	15,3	0,8	3,2	7,3	1,7	8,2	1,7	5,7	8,0	1,0	3,4	13,4	1,2	7,9	6,6	2,6	6,4	9,4	4,9
non indicato	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	2,7	0,0	0,0	5,8	0,0	0,0	2,4	6,9	5,2	0,0	13,1	1,0	21,3	10,4	3,5

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 45 B - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità nelle regioni nel 2013

	2013																			
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
comunitario	99,6	96,4	96,2	90,3	90,2	96,2	85,3	98,2	89,6	77,6	85,4	82,4	87,9	87,5	86,6	89,3	100,0	91,6	81,5	92,5
familiare	0,3	3,6	3,8	9,6	10,0	3,8	14,7	1,8	9,1	22,4	14,6	17,0	12,2	12,5	11,1	10,5	0,0	8,4	18,4	6,9
non indicato	0,1	..	0,1	..	..	0,0	..	..	1,3	..	..	0,6	0,0	..	2,2	0,2	..	0,0	0,0	0,6

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 46 A - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità**

	2009							
	comunitario	%	familiare	%	non indicato	%	Totale	%
<b>Italia</b>	<b>69801</b>	<b>100</b>	<b>3142</b>	<b>100</b>	<b>2925</b>	<b>100</b>	<b>75868</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>23292</b>	<b>33,4</b>	<b>304</b>	<b>9,7</b>	<b>385</b>	<b>13,2</b>	<b>23982</b>	<b>31,6</b>
Piemonte	12655	18,1	25	0,8	0	0,0	12680	16,7
Valle d'Aosta	84	0,1	15	0,5	0	0,0	98	0,1
Liguria	3940	5,6	32	1,0	0	0,0	3972	5,2
Lombardia	6613	9,5	233	7,4	385	13,2	7231	9,5
<b>Nord est</b>	<b>14101</b>	<b>20,2</b>	<b>455</b>	<b>14,5</b>	<b>179</b>	<b>6,1</b>	<b>14735</b>	<b>19,4</b>
Trentino Alto Adige	804	1,2	63	2,0	0	0,0	867	1,1
Veneto	6349	9,1	116	3,7	179	6,1	6644	8,8
Friuli-Venezia Giulia	2200	3,2	196	6,2	0	0,0	2396	3,2
Emilia-Romagna	4748	6,8	80	2,5	0	0,0	4829	6,4
<b>Centro</b>	<b>14812</b>	<b>21,2</b>	<b>659</b>	<b>21,0</b>	<b>507</b>	<b>17,3</b>	<b>15978</b>	<b>21,1</b>
Toscana	4832	6,9	313	10,0	316	10,8	5462	7,2
Umbria	572	0,8	50	1,6	0	0,0	623	0,8
Marche	1807	2,6	18	0,6	0	0,0	1825	2,4
Lazio	7600	10,9	278	8,8	191	6,5	8069	10,6
<b>Sud</b>	<b>9627</b>	<b>13,8</b>	<b>931</b>	<b>29,6</b>	<b>1027</b>	<b>35,1</b>	<b>11585</b>	<b>15,3</b>
Abruzzo	2376	3,4	400	12,7	206	7,0	2982	3,9
Molise	731	1,0	9	0,3	41	1,4	781	1,0
Campania	2238	3,2	191	6,1	0	0,0	2428	3,2
Puglia	2611	3,7	214	6,8	424	14,5	3249	4,3
Basilicata	476	0,7	13	0,4	5	0,2	494	0,7
Calabria	1195	1,7	105	3,3	352	12,0	1651	2,2
<b>Isole</b>	<b>7969</b>	<b>11,4</b>	<b>792</b>	<b>25,2</b>	<b>827</b>	<b>28,3</b>	<b>9589</b>	<b>12,6</b>
Sicilia	5704	8,2	671	21,4	740	25,3	7115	9,4
Sardegna	2265	3,2	122	3,9	87	3,0	2473	3,3

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 46 B - Anziani autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità**

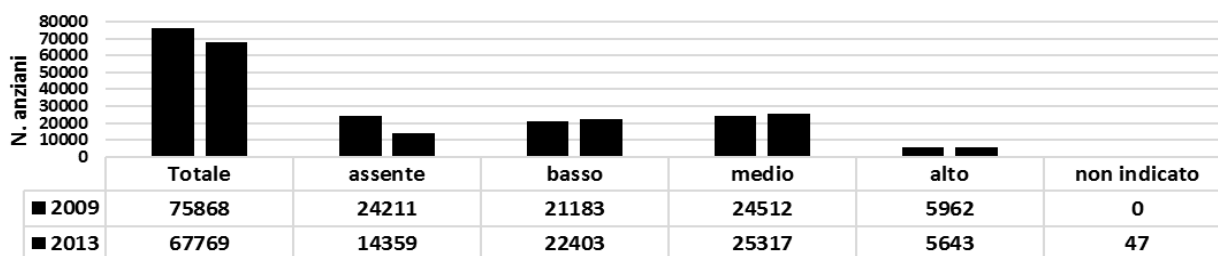
	2013							
	comunitario	%	familiare	%	non indicato	%	Totale	%
<b>Italia</b>	<b>61640</b>	<b>100</b>	<b>5910</b>	<b>100</b>	<b>219</b>	<b>100</b>	<b>67769</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>20211</b>	<b>32,8</b>	<b>594</b>	<b>10,1</b>	<b>10</b>	<b>4,6</b>	<b>20815</b>	<b>30,7</b>
Piemonte	12535	20,3	41	0,7	8	3,7	12584	18,6
Valle d'Aosta	108	0,2	4	0,1	..	..	112	0,2
Liguria	3824	6,2	150	2,5	2	0,9	3976	5,9
Lombardia	3744	6,1	399	6,8	..	..	4144	6,1
<b>Nord est</b>	<b>11323</b>	<b>18,4</b>	<b>649</b>	<b>11,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>11972</b>	<b>17,7</b>
Trentino Alto Adige	580	0,9	64	1,1	..	..	643	0,9
Veneto	4667	7,6	182	3,1	0	0,0	4850	7,2
Friuli-Venezia Giulia	1897	3,1	328	5,5	..	..	2225	3,3
Emilia-Romagna	4178	6,8	75	1,3	..	..	4254	6,3
<b>Centro</b>	<b>12014</b>	<b>19,5</b>	<b>2122</b>	<b>35,9</b>	<b>95</b>	<b>43,4</b>	<b>14231</b>	<b>21,0</b>
Toscana	3451	5,6	350	5,9	49	22,4	3850	5,7
Umbria	625	1,0	180	3,0	..	..	805	1,2
Marche	1319	2,1	226	3,8	..	..	1545	2,3
Lazio	6619	10,7	1367	23,1	46	21,0	8031	11,9
<b>Sud</b>	<b>10585</b>	<b>17,2</b>	<b>1209</b>	<b>20,5</b>	<b>96</b>	<b>43,8</b>	<b>11891</b>	<b>17,5</b>
Abruzzo	1432	2,3	199	3,4	0	0,0	1630	2,4
Molise	534	0,9	76	1,3	..	..	610	0,9
Campania	3494	5,7	449	7,6	90	41,1	4033	6,0
Puglia	2966	4,8	350	5,9	7	3,2	3322	4,9
Basilicata	681	1,1	0	0,0	..	..	681	1,0
Calabria	1478	2,4	136	2,3	0	0,0	1614	2,4
<b>Isole</b>	<b>7507</b>	<b>12,2</b>	<b>1335</b>	<b>22,6</b>	<b>17</b>	<b>7,8</b>	<b>8860</b>	<b>13,1</b>
Sicilia	5108	8,3	1155	19,5	3	1,4	6265	9,2
Sardegna	2400	3,9	180	3,0	15	6,8	2594	3,8

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.4.5. Anziani autosufficienti per livello di assistenza sanitaria

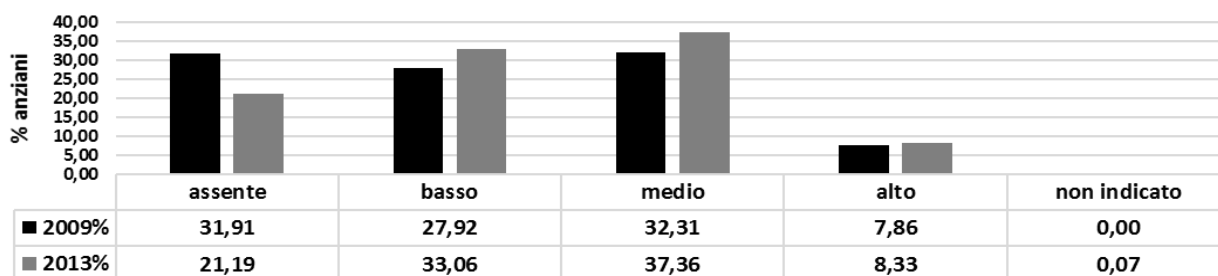
La valutazione del dato nazionale sulla presenza degli anziani autosufficienti in relazione al livello di prestazioni sanitarie è alquanto controversa. I dati ci dicono che nel quinquennio diminuiscono del 40,7% gli ospiti nei Presidi con assenza di prestazioni sanitarie e questo è sicuramente un dato positivo, nel contempo però aumentano nei Presidi con prestazioni basse e medie rispettivamente del 5,8 e 3,3% e diminuiscono del 5,4% nei Presidi con prestazioni sanitarie alte. Comunque confrontando la percentuale del 31,9 degli anziani che nel 2009 erano ospiti di Presidi con nessuna prestazione sanitaria con il 21,2% del 2013 verificiamo che nel quinquennio nei Presidi c'è stato un aumento dell'offerta di prestazioni sanitarie anche se però è ancora molto alto il numero di anziani che non godono di servizi sanitari adeguati (Grafici 126, 127, 128).

**Grafico 126 - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori assoluti nazionali nel 2009 e 2013**



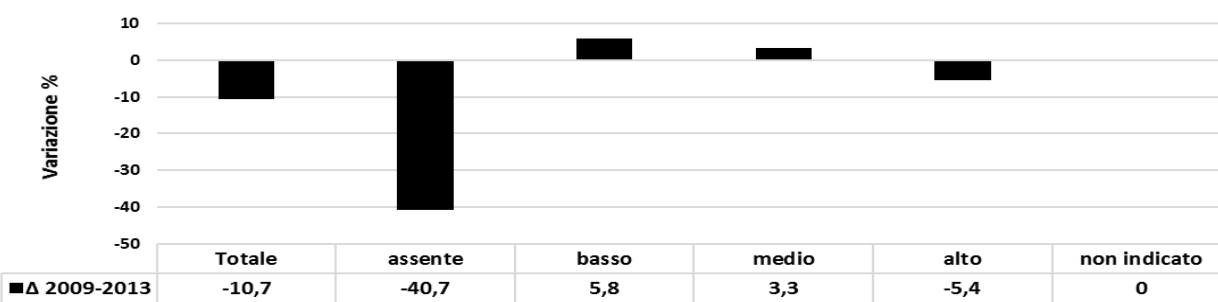
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 127 - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori % nazionali nel 2009 e 2013**



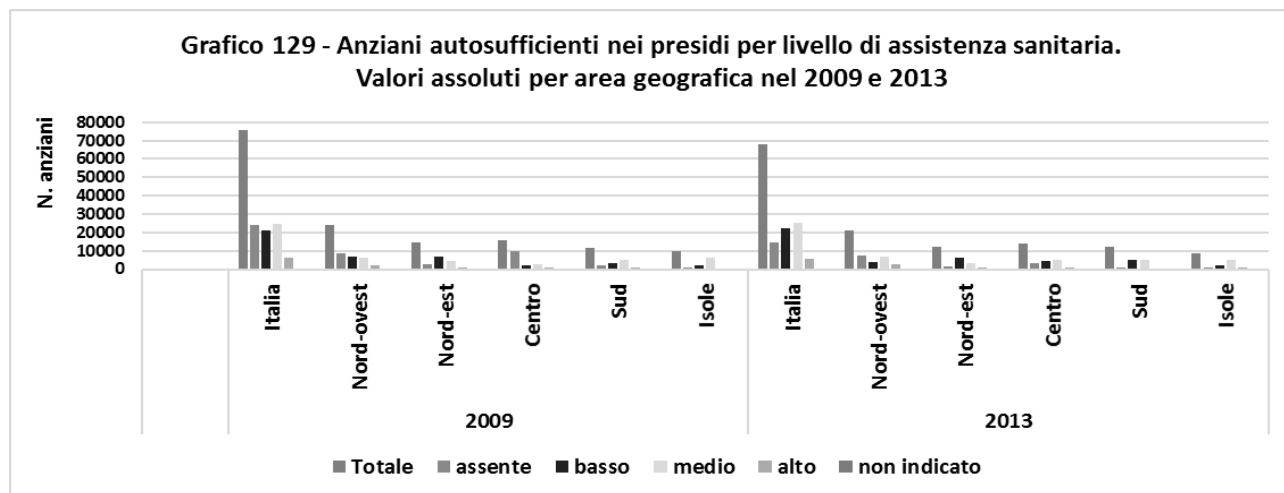
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 128 - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Variazione % tra il 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

A conferma di quanto precedentemente detto i dati per area geografica ci dicono che in tutte le aree sono in diminuzione le presenze nei Presidi senza prestazioni sanitarie. Per i livelli bassi diminuiscono nel Nord, ma aumentano nel Centro, nel Meridione e nelle Isole. Per i livelli medi diminuiscono nel Nord- est e aumentano nel Nord-ovest, nel Centro, nel Meridione e nelle Isole. Per i livelli alti diminuiscono nel Nord-est, Centro, Meridione e Isole mentre aumentano nel Nord-ovest (Grafico 129, 130, Tab. 47,48).

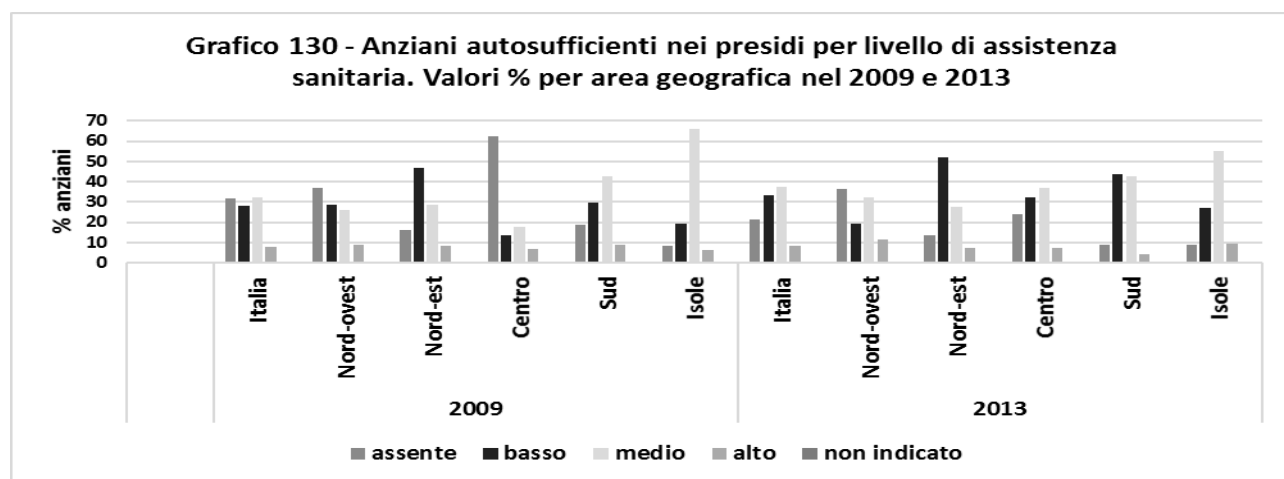


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab.47 - Anziani autosufficienti ospiti nei Presidi per livello di assistenza sanitaria nel 2009 e 2013.**

	2009						2013					
	Italia	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Italia	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole
<b>Totale</b>	75868	23982	14735	15978	11585	9589	67769	20815	11972	14231	11891	8860
<b>assente</b>	24211	8866	2403	9928	2195	818	14359	7578	1596	3368	1048	769
<b>basso</b>	21183	6816	6910	2171	3438	1848	22403	4047	6208	4555	5219	2373
<b>medio</b>	24512	6203	4222	2817	4943	6327	25317	6757	3321	5271	5092	4876
<b>alto</b>	5962	2096	1200	1062	1008	596	5643	2416	847	1037	502	842
<b>non indicato</b>	0	0	0	0	0	0	47	17	0	0	30	0

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

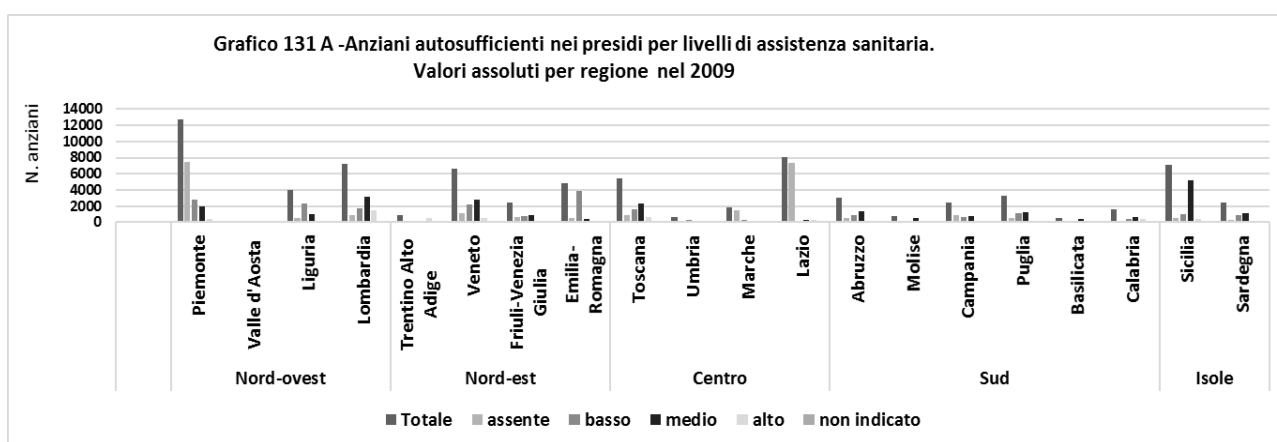


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

	2009						2013					
	Italia	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Italia	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole
<b>assente</b>	31,9	37,0	16,3	62,1	18,9	8,5	21,2	36,4	13,3	23,7	8,8	8,7
<b>basso</b>	27,9	28,4	46,9	13,6	29,7	19,3	33,1	19,4	51,9	32,0	43,9	26,8
<b>medio</b>	32,3	25,9	28,7	17,6	42,7	66,0	37,4	32,5	27,7	37,0	42,8	55,0
<b>alto</b>	7,9	8,7	8,1	6,6	8,7	6,2	8,3	11,6	7,1	7,3	4,2	9,5
<b>non indicato</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

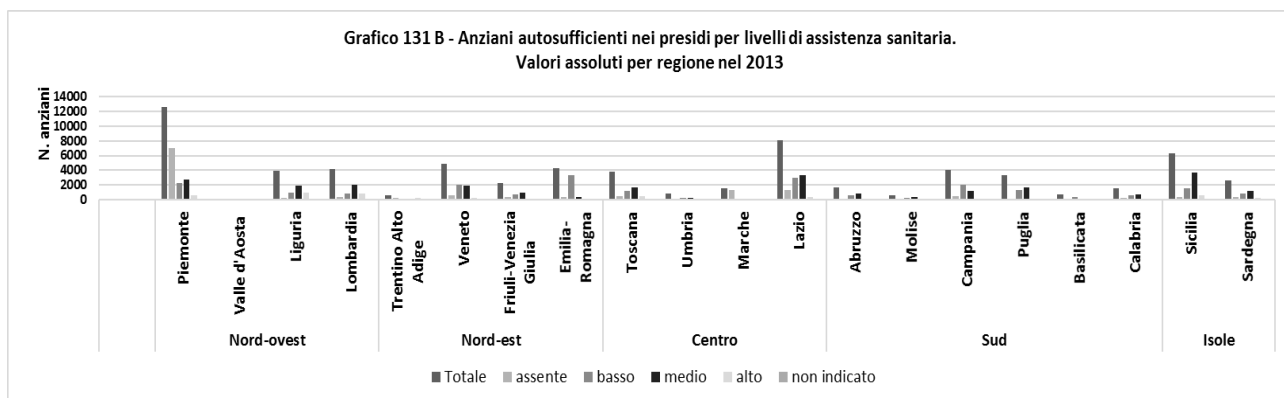
Verificando quanto avviene nelle regioni nel quinquennio abbiamo che nei Presidi con assenza di Prestazioni sanitarie diminuiscono le presenze in tutte le regioni con le uniche eccezioni della Valle d'Aosta, del Trentino Alto Adige, della Basilicata e della Calabria. Per i Presidi con basse prestazioni sanitarie in circa la metà delle regioni diminuiscono le presenze di ospiti e sono Piemonte, Liguria, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Molise, Abruzzo, e Sardegna. Per le prestazioni sanitarie medie 12 regioni aumentano le presenze mentre nelle rimanenti diminuiscono e sono Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sicilia. Infine per le prestazioni sanitarie alte abbiamo che in 8 regioni aumentano le presenze mentre nelle altre diminuiscono e sono Valle D'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise, Puglia, Calabria, (Grafico 131A, 131B, 132A, 132B, Tab. 49A, 49B, 50A, 50B, 51A, 51B).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

	Nord-ovest			Nord-est				Centro				Sud					Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>Totale</b>	12680	98	3972	7231	867	6644	2396	4829	5462	623	1825	8069	2982	781	2428	3249	494	1651	7115	2473
<b>assente</b>	7483	8	530	845	185	1098	597	523	926	151	1477	7373	570	9	884	583	15	135	479	340
<b>basso</b>	2778	26	2277	1735	91	2221	712	3886	1654	245	249	24	921	158	690	1159	99	411	960	888
<b>medio</b>	1997	46	1017	3142	89	2833	892	408	2272	174	41	331	1368	493	744	1293	376	670	5245	1081
<b>alto</b>	422	18	148	1509	502	491	196	11	610	53	58	341	123	121	111	214	3	435	431	164
<b>non indicato</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

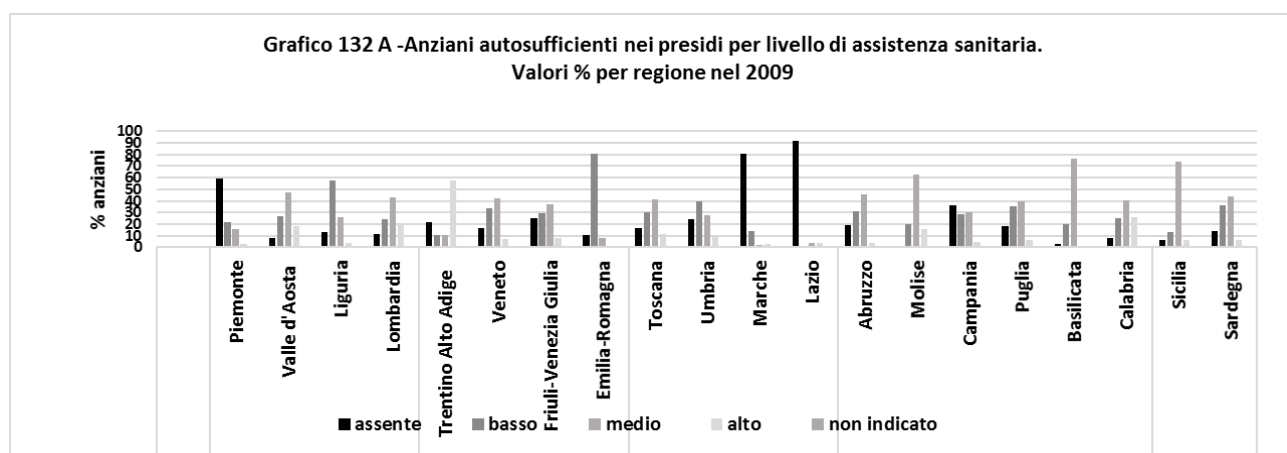


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 49 B - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori assoluti nelle regioni nel 2013**

	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Totale	12584	112	3976	4144	643	4850	2225	4254	3850	805	1545	8031	1630	610	4033	3322	681	1614	6265	2594
assente	6983	21	209	365	238	610	365	383	497	141	1379	1352	64	0	528	105	139	212	431	338
basso	2231	48	951	817	82	2033	750	3344	1183	293	97	2982	661	215	2035	1293	429	586	1508	865
medio	2739	33	1890	2095	111	1919	939	351	1682	248	35	3306	829	384	1256	1742	113	767	3702	1175
alto	616	10	923	866	212	288	171	176	488	123	33	392	76	11	185	182	..	48	625	217
non indicato	16	..	2	..	0	0	..	..	0	..	..	0	0	..	30	0	..	0	0	..

Elaborazione AUSER su dati ISTAT



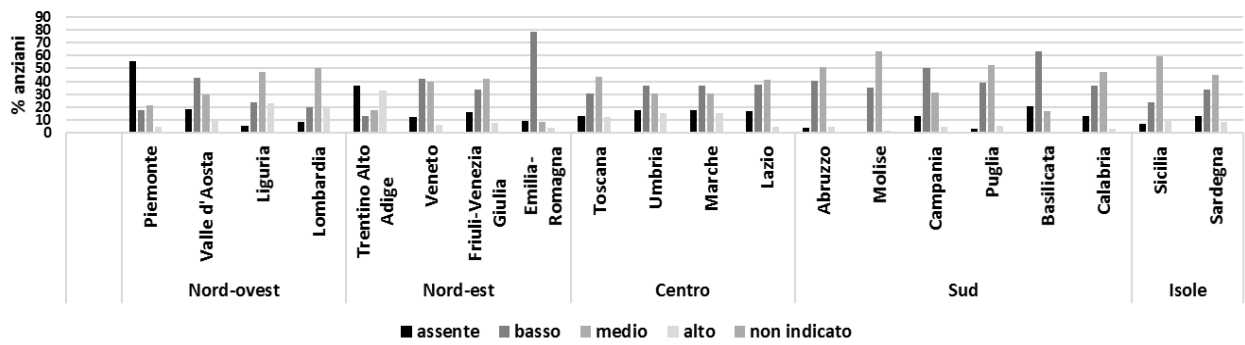
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 50 B - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori % nelle regioni nel 2013**

	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
assente	55,5	18,8	5,3	8,8	37,0	12,6	16,4	9,0	12,9	17,5	17,5	16,8	3,9	0,0	13,1	3,2	20,4	13,1	6,9	13,0
basso	17,7	42,9	23,9	19,7	12,8	41,9	33,7	78,6	30,7	36,4	36,4	37,1	40,6	35,2	50,5	38,9	63,0	36,3	24,1	33,3
medio	21,8	29,5	47,5	50,6	17,3	39,6	42,2	8,3	43,7	30,8	30,8	41,2	50,9	63,0	31,1	52,4	16,6	47,5	59,1	45,3
alto	4,9	8,9	23,2	20,9	33,0	5,9	7,7	4,1	12,7	15,3	15,3	4,9	4,7	1,8	4,6	5,5	..	3,0	10,0	8,4
non indicato	0,1	..	0,1	..	0,0	0,0	..	..	0,0	..	..	0,0	0,0	..	0,7	0,0	..	0,0	0,0	..

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 132 B - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria.  
Valori % per regione nel 2013



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 50 A - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori % nelle regioni nel 2009

	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
assente	59,0	8,2	13,3	11,7	21,3	16,5	24,9	10,8	17,0	24,2	80,9	91,4	19,1	1,2	36,4	17,9	3,0	8,2	6,7	13,7
basso	21,9	26,5	57,3	24,0	10,5	33,4	29,7	80,5	30,3	39,3	13,6	0,3	30,9	20,2	28,4	35,7	20,0	24,9	13,5	35,9
medio	15,7	46,9	25,6	43,5	10,3	42,6	37,2	8,4	41,6	27,9	2,2	4,1	45,9	63,1	30,6	39,8	76,1	40,6	73,7	43,7
alto	3,3	18,4	3,7	20,9	57,9	7,4	8,2	0,2	11,2	8,5	3,2	4,2	4,1	15,5	4,6	6,6	0,6	26,3	6,1	6,6
non indicato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 51 A - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria per area e regione nel 2009

	2009												Totale	%
	assente	%	basso	%	medio	%	alto	%	non indicato	%				
<b>Italia</b>	<b>24211</b>	<b>100</b>	<b>21183</b>	<b>100</b>	<b>24512</b>	<b>100</b>	<b>5962</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>75868</b>	<b>100</b>		
<b>Nord ovest</b>	<b>8866</b>	<b>36,6</b>	<b>6816</b>	<b>32,2</b>	<b>6203</b>	<b>25,3</b>	<b>2096</b>	<b>35,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23982</b>	<b>31,6</b>		
Piemonte	7483	30,9	2778	13,1	1997	8,1	422	7,1	0	0	12680	16,7		
Valle d'Aosta	8	0,0	26	0,1	46	0,2	18	0,3	0	0	98	0,1		
Liguria	530	2,2	2277	10,7	1017	4,1	148	2,5	0	0	3972	5,2		
Lombardia	845	3,5	1735	8,2	3142	12,8	1509	25,3	0	0	7231	9,5		
<b>Nord est</b>	<b>2403</b>	<b>9,9</b>	<b>6910</b>	<b>32,6</b>	<b>4222</b>	<b>17,2</b>	<b>1200</b>	<b>20,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14735</b>	<b>19,4</b>		
Trentino Alto Adige	185	0,8	91	0,4	89	0,4	502	8,4	0	0	867	1,1		
Veneto	1098	4,5	2221	10,5	2833	11,6	491	8,2	0	0	6644	8,8		
Friuli-Venezia Giulia	597	2,5	712	3,4	892	3,6	196	3,3	0	0	2396	3,2		
Emilia-Romagna	523	2,2	3886	18,3	408	1,7	11	0,2	0	0	4829	6,4		
<b>Centro</b>	<b>9928</b>	<b>41,0</b>	<b>2171</b>	<b>10,2</b>	<b>2817</b>	<b>11,5</b>	<b>1062</b>	<b>17,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15978</b>	<b>21,1</b>		
Toscana	926	3,8	1654	7,8	2272	9,3	610	10,2	0	0	5462	7,2		
Umbria	151	0,6	245	1,2	174	0,7	53	0,9	0	0	623	0,8		
Marche	1477	6,1	249	1,2	41	0,2	58	1,0	0	0	1825	2,4		
Lazio	7373	30,5	24	0,1	331	1,4	341	5,7	0	0	8069	10,6		
<b>Sud</b>	<b>2195</b>	<b>9,1</b>	<b>3438</b>	<b>16,2</b>	<b>4943</b>	<b>20,2</b>	<b>1008</b>	<b>16,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11585</b>	<b>15,3</b>		
Abruzzo	570	2,4	921	4,3	1368	5,6	123	2,1	0	0	2982	3,9		
Molise	9	0,0	158	0,7	493	2,0	121	2,0	0	0	781	1,0		
Campania	884	3,7	690	3,3	744	3,0	111	1,9	0	0	2428	3,2		
Puglia	583	2,4	1159	5,5	1293	5,3	214	3,6	0	0	3249	4,3		
Basilicata	15	0,1	99	0,5	376	1,5	3	0,1	0	0	494	0,7		
Calabria	135	0,6	411	1,9	670	2,7	435	7,3	0	0	1651	2,2		
<b>Isole</b>	<b>818</b>	<b>3,4</b>	<b>1848</b>	<b>8,7</b>	<b>6327</b>	<b>25,8</b>	<b>596</b>	<b>10,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9589</b>	<b>12,6</b>		
Sicilia	479	2,0	960	4,5	5245	21,4	431	7,2	0	0	7115	9,4		
Sardegna	340	1,4	888	4,2	1081	4,4	164	2,8	0	0	2473	3,3		



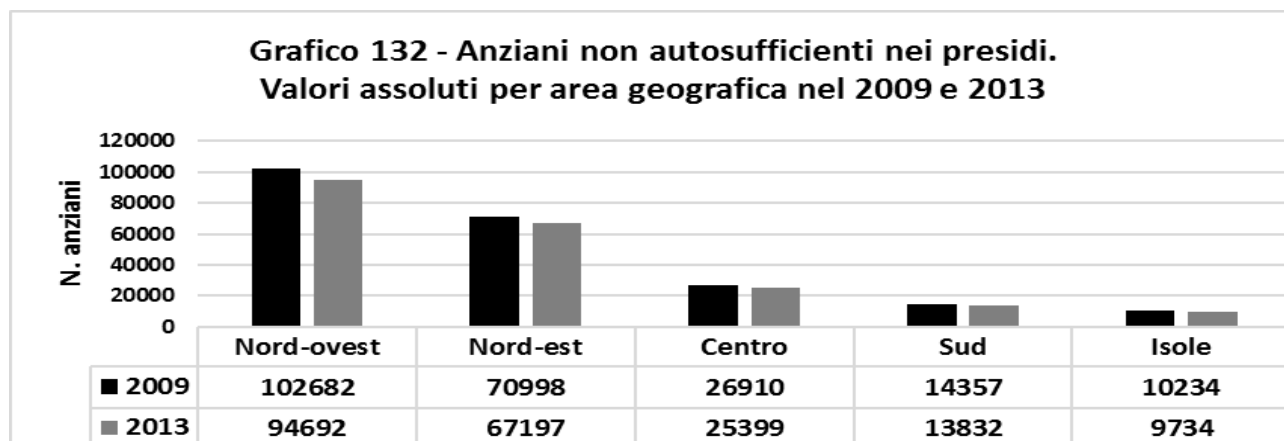
**Tab. 51 B - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria per area e regione nel 2013**

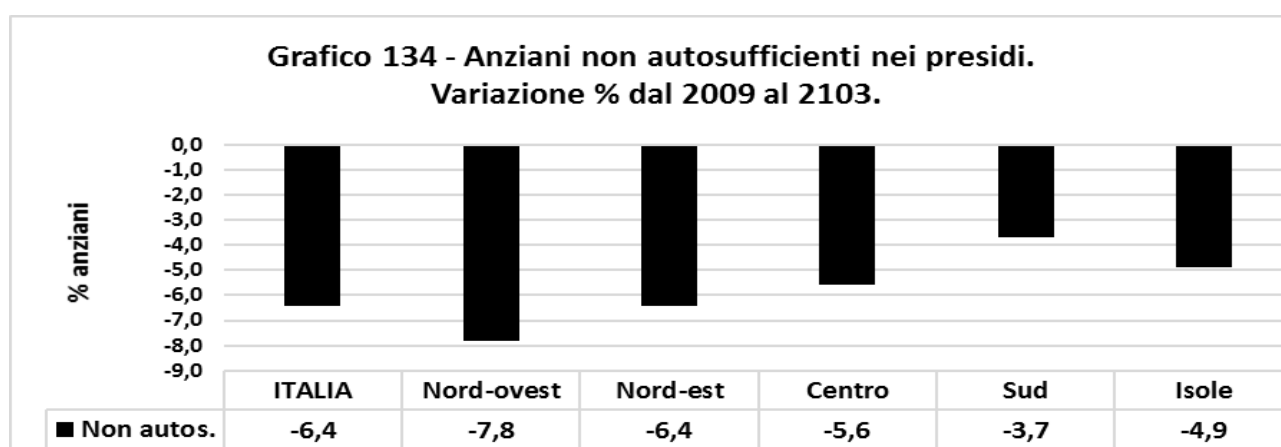
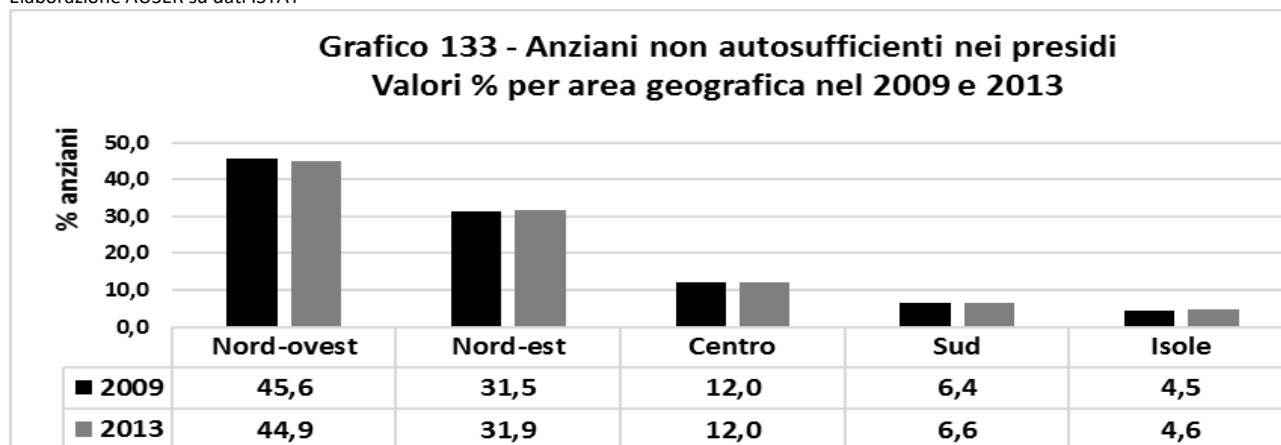
	2013											
	assente	%	basso	%	medio	%	alto	%	non indicato	%	Totale	%
<b>Italia</b>	<b>14359</b>	<b>100</b>	<b>22403</b>	<b>100</b>	<b>25317</b>	<b>100</b>	<b>5643</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>67769</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>7578</b>	<b>52,8</b>	<b>4047</b>	<b>18,1</b>	<b>6757</b>	<b>26,7</b>	<b>2416</b>	<b>42,8</b>	<b>17</b>	<b>36,2</b>	<b>20815</b>	<b>30,7</b>
<b>Piemonte</b>	<b>6983</b>	<b>48,6</b>	<b>2231</b>	<b>10,0</b>	<b>2739</b>	<b>10,8</b>	<b>616</b>	<b>10,9</b>	<b>16</b>	<b>34,0</b>	<b>12584</b>	<b>18,6</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>21</b>	<b>0,1</b>	<b>48</b>	<b>0,2</b>	<b>33</b>	<b>0,1</b>	<b>10</b>	<b>0,2</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>112</b>	<b>0,2</b>
<b>Liguria</b>	<b>209</b>	<b>1,5</b>	<b>951</b>	<b>4,2</b>	<b>1890</b>	<b>7,5</b>	<b>923</b>	<b>16,4</b>	<b>2</b>	<b>4,3</b>	<b>3976</b>	<b>5,9</b>
<b>Lombardia</b>	<b>365</b>	<b>2,5</b>	<b>817</b>	<b>3,6</b>	<b>2095</b>	<b>8,3</b>	<b>866</b>	<b>15,3</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>4144</b>	<b>6,1</b>
<b>Nord est</b>	<b>1596</b>	<b>11,1</b>	<b>6208</b>	<b>27,7</b>	<b>3321</b>	<b>13,1</b>	<b>847</b>	<b>15,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>11972</b>	<b>17,7</b>
<b>Trentino Alto Adige</b>	<b>238</b>	<b>1,7</b>	<b>82</b>	<b>0,4</b>	<b>111</b>	<b>0,4</b>	<b>212</b>	<b>3,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>643</b>	<b>0,9</b>
<b>Veneto</b>	<b>610</b>	<b>4,2</b>	<b>2033</b>	<b>9,1</b>	<b>1919</b>	<b>7,6</b>	<b>288</b>	<b>5,1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4850</b>	<b>7,2</b>
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	<b>365</b>	<b>2,5</b>	<b>750</b>	<b>3,3</b>	<b>939</b>	<b>3,7</b>	<b>171</b>	<b>3,0</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>2225</b>	<b>3,3</b>
<b>Emilia- Romagna</b>	<b>383</b>	<b>2,7</b>	<b>3344</b>	<b>14,9</b>	<b>351</b>	<b>1,4</b>	<b>176</b>	<b>3,1</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>4254</b>	<b>6,3</b>
<b>Centro</b>	<b>3368</b>	<b>23,5</b>	<b>4555</b>	<b>20,3</b>	<b>5271</b>	<b>20,8</b>	<b>1037</b>	<b>18,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>14231</b>	<b>21,0</b>
<b>Toscana</b>	<b>497</b>	<b>3,5</b>	<b>1183</b>	<b>5,3</b>	<b>1682</b>	<b>6,6</b>	<b>488</b>	<b>8,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3850</b>	<b>5,7</b>
<b>Umbria</b>	<b>141</b>	<b>1,0</b>	<b>293</b>	<b>1,3</b>	<b>248</b>	<b>1,0</b>	<b>123</b>	<b>2,2</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>805</b>	<b>1,2</b>
<b>Marche</b>	<b>1379</b>	<b>9,6</b>	<b>97</b>	<b>0,4</b>	<b>35</b>	<b>0,1</b>	<b>33</b>	<b>0,6</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>1545</b>	<b>2,3</b>
<b>Lazio</b>	<b>1352</b>	<b>9,4</b>	<b>2982</b>	<b>13,3</b>	<b>3306</b>	<b>13,1</b>	<b>392</b>	<b>6,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>8031</b>	<b>11,9</b>
<b>Sud</b>	<b>1048</b>	<b>7,3</b>	<b>5219</b>	<b>23,3</b>	<b>5092</b>	<b>20,1</b>	<b>502</b>	<b>8,9</b>	<b>30</b>	<b>63,8</b>	<b>11891</b>	<b>17,5</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>64</b>	<b>0,4</b>	<b>661</b>	<b>3,0</b>	<b>829</b>	<b>3,3</b>	<b>76</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1630</b>	<b>2,4</b>
<b>Molise</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>215</b>	<b>1,0</b>	<b>384</b>	<b>1,5</b>	<b>11</b>	<b>0,2</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>610</b>	<b>0,9</b>
<b>Campania</b>	<b>528</b>	<b>3,7</b>	<b>2035</b>	<b>9,1</b>	<b>1256</b>	<b>5,0</b>	<b>185</b>	<b>3,3</b>	<b>30</b>	<b>63,8</b>	<b>4033</b>	<b>6,0</b>
<b>Puglia</b>	<b>105</b>	<b>0,7</b>	<b>1293</b>	<b>5,8</b>	<b>1742</b>	<b>6,9</b>	<b>182</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3322</b>	<b>4,9</b>
<b>Basilicata</b>	<b>139</b>	<b>1,0</b>	<b>429</b>	<b>1,9</b>	<b>113</b>	<b>0,4</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>681</b>	<b>1,0</b>
<b>Calabria</b>	<b>212</b>	<b>1,5</b>	<b>586</b>	<b>2,6</b>	<b>767</b>	<b>3,0</b>	<b>48</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1614</b>	<b>2,4</b>
<b>Isole</b>	<b>769</b>	<b>5,4</b>	<b>2373</b>	<b>10,6</b>	<b>4876</b>	<b>19,3</b>	<b>842</b>	<b>14,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>8860</b>	<b>13,1</b>
<b>Sicilia</b>	<b>431</b>	<b>3,0</b>	<b>1508</b>	<b>6,7</b>	<b>3702</b>	<b>14,6</b>	<b>625</b>	<b>11,1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>6265</b>	<b>9,2</b>
<b>Sardegna</b>	<b>338</b>	<b>2,4</b>	<b>865</b>	<b>3,9</b>	<b>1175</b>	<b>4,6</b>	<b>217</b>	<b>3,8</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>2594</b>	<b>3,8</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

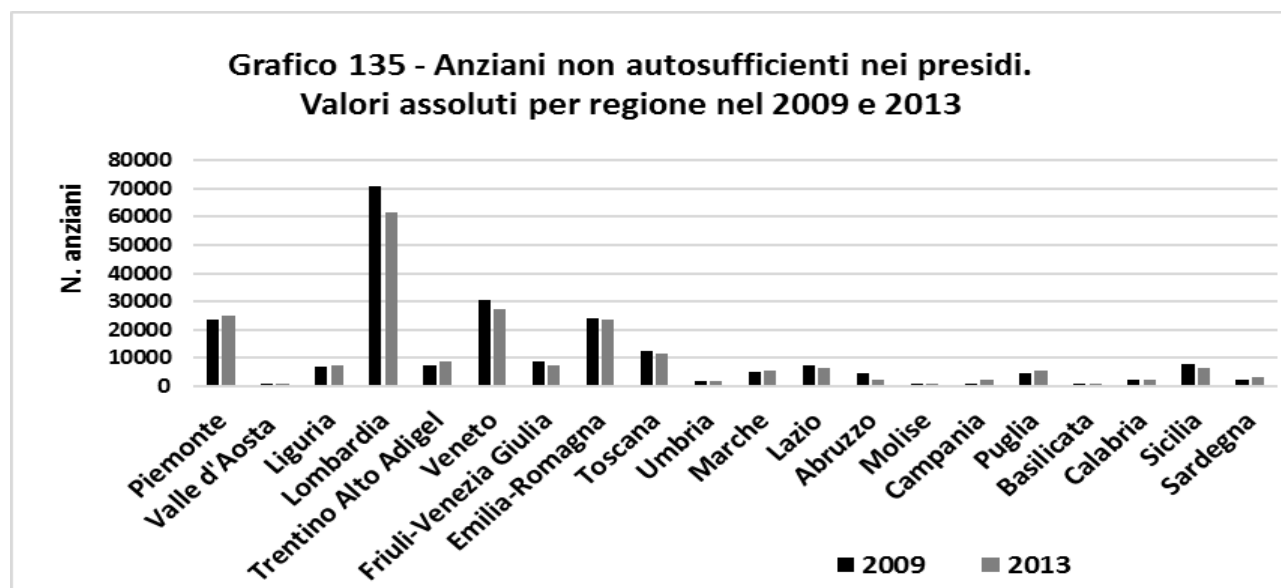
### 6.5.5. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI OSPITI NEI PRESIDII

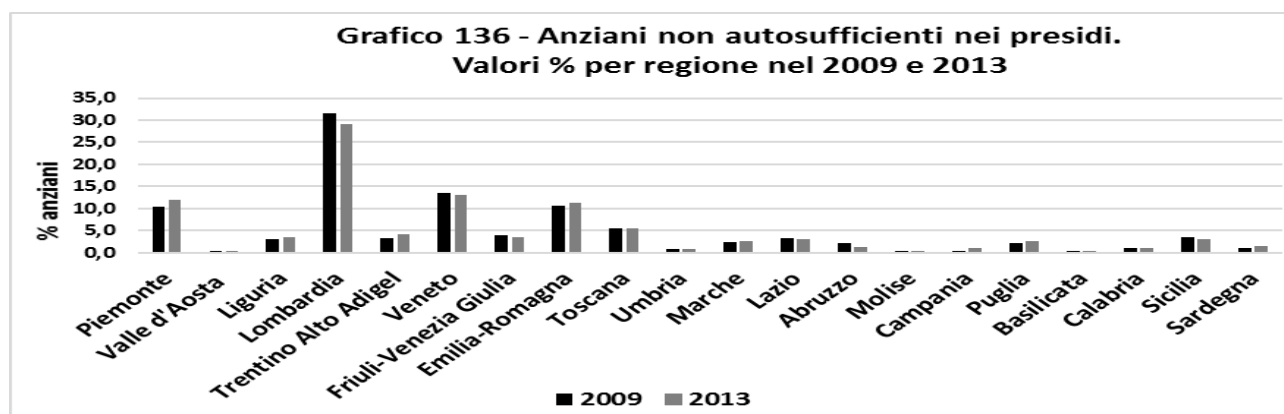
Gli anziani non autosufficienti nel 2013 sono 210.854 il 75,7% del totale degli Ospiti nei Presidi. Nell'intervallo temporale 2009-2013 diminuiscono del 6,4% passando da 225.182 a 210.854. La loro distribuzione per area geografica è del 44,9% nel Nord-ovest che sommato al 31,9% del Nord-est rappresentano il 76,8% del totale nazionale. Le rimanenti quote si ripartiscono per il 12% nel Centro, il 6,6% nel Meridione e il 4,6% nelle Isole. Pur nell'ambito del calo generale il Nord-est, il Meridione e le Isole registrano leggeri incrementi percentuali (Grafico 132, 133, 134).





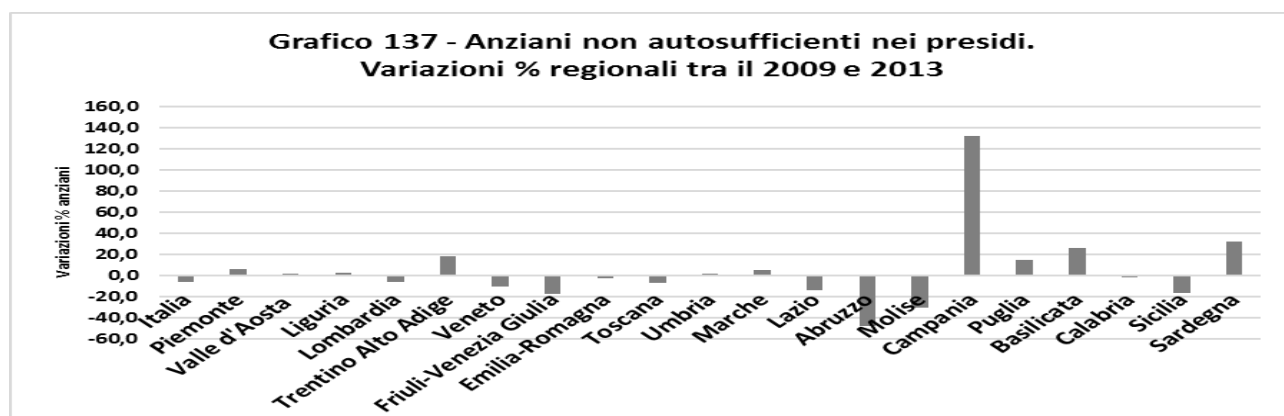
Nelle singole regioni le presenze più consistenti sono in Lombardia Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna che sommate sono 137.425, il 65,2% del totale. Le regioni che registrano aumenti in valore assoluto e percentuale sono Piemonte, Valle D'Aosta, Liguria, Trentino, Umbria, Marche, Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna (Grafico 135, 136).





Elaborazione AUSER su dati ISTAT

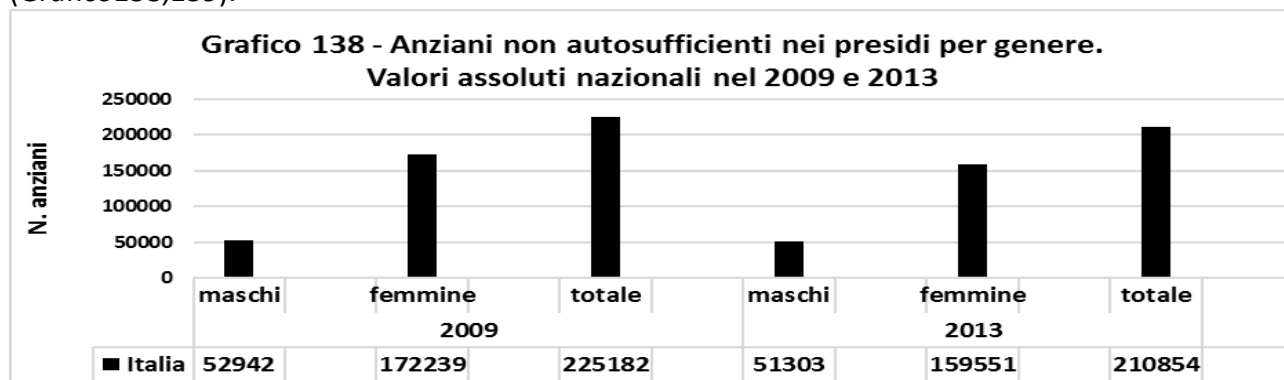
Nel grafico che segue si vede con chiarezza l'andamento nelle singole realtà regionali ed emerge il singolare incremento assoluto e percentuale della Campania che in pochi anni praticamente raddoppia la presenza di anziani non autosufficienti ospiti nei Presidi (Grafico 137).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

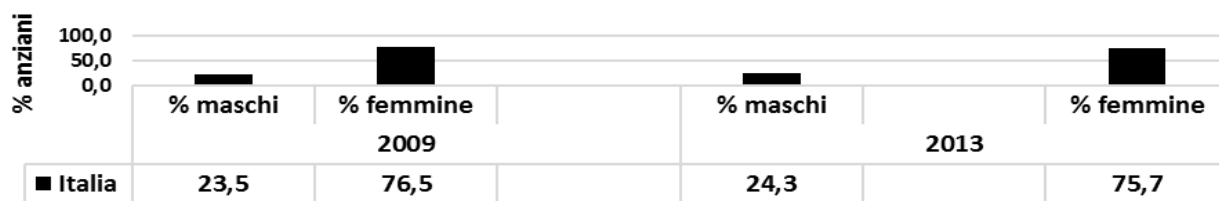
### 6.5.5.1. Anziani non autosufficienti per genere

Anche nel caso degli anziani non autosufficienti ospiti dei Presidi il rapporto uomini donne è a netto favore delle donne che mediamente è di uno a tre. Tra il 2009 e il 2013 gli uomini decrescono del 3,1%, mentre le donne del 7,4%: questo determina un leggero incremento percentuale relativo degli uomini. Nel complesso la proporzione uomini donne rimane immutato (Grafico138,139).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

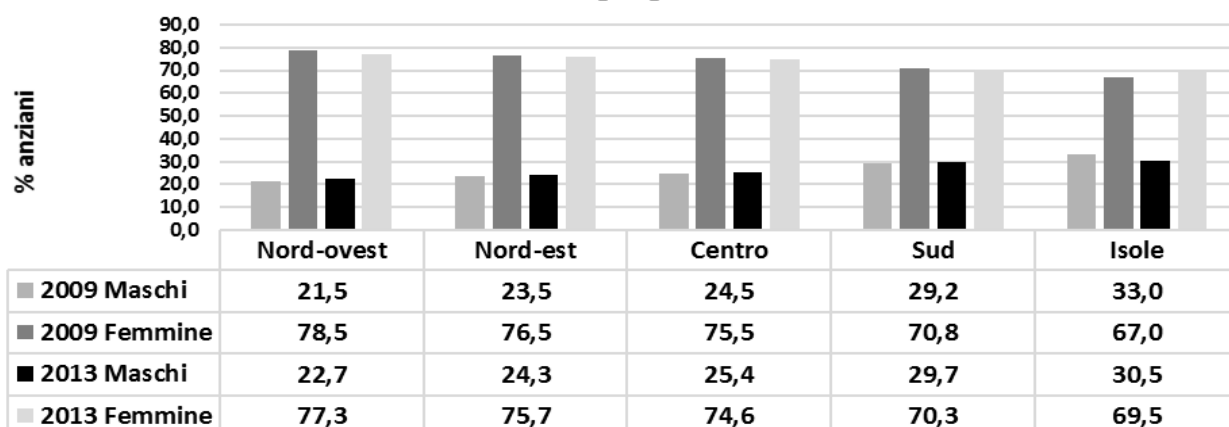
**Grafico 139 - Anziani non autosufficienti nei presidi per genere.  
Valori % nazionali nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

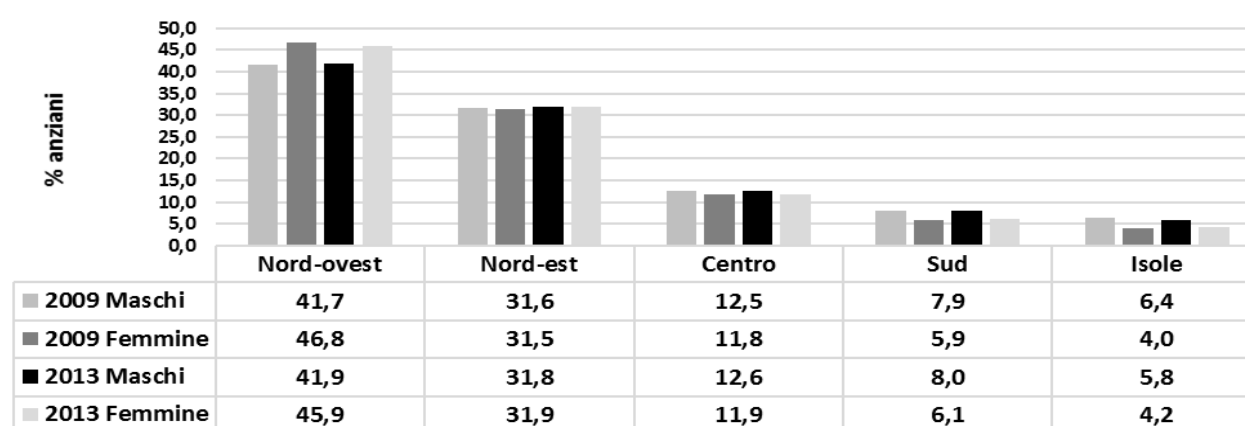
All'interno delle aree geografiche il rapporto di genere all'interno dei presidi si caratterizza nel modo seguente. Nelle aree del Nord-est è di un uomo ogni 3,4 donne, nel Nord-est è di 1 a 3,1, nel centro è di 1 a 2,9, nel meridione è di 1 a 2,4 e nelle Isole è di 1 a 2,3. Così come nel caso degli anziani autosufficienti, la disparità di presenza uomo donna nei Presidi tende a ridursi scendendo dal Nord al Sud (Grafico 140, 141).

**Grafico 140 - Anziani non autosufficienti nei presidi per genere.  
Valori % sul totale di area geografica nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

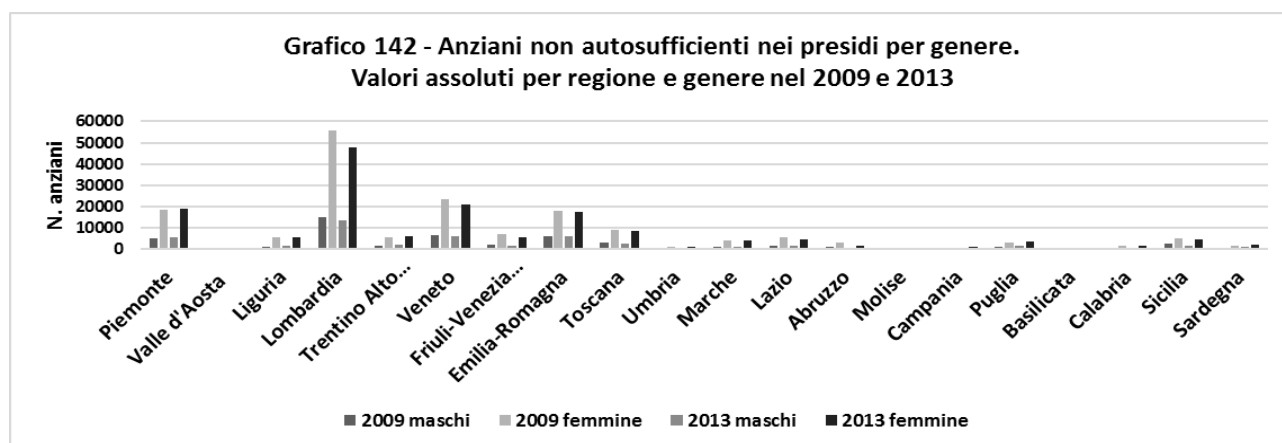
**Grafico 141 - Anziani non autosufficienti nei presidi per genere.  
Valori % per area geografica sui totali nazionali nel 2009 e 2013**



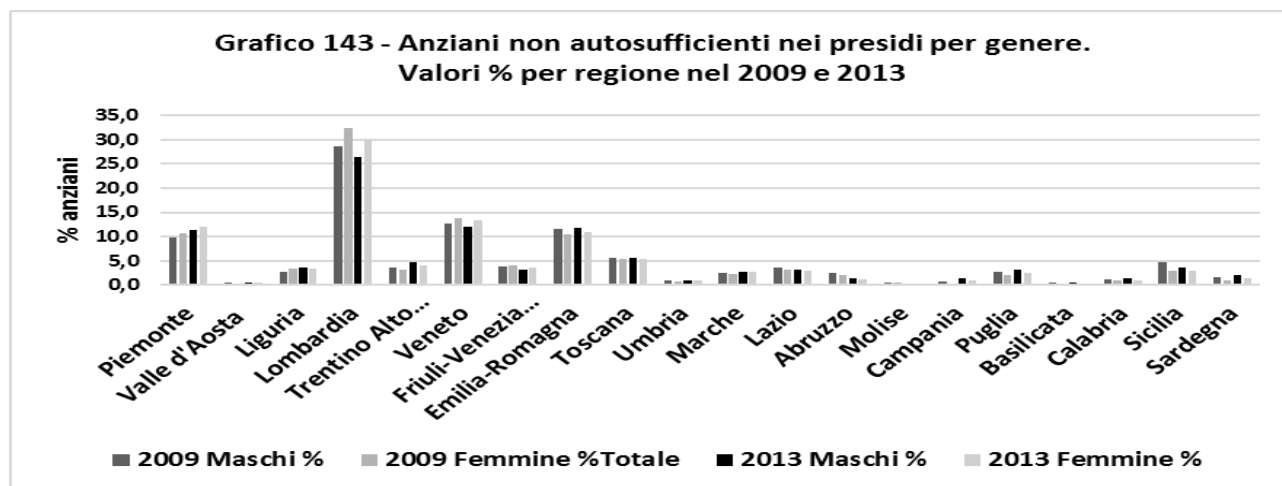
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Le differenze nelle presenze di genere nelle aree geografiche in rapporto al dato nazionale, tra i due periodi di riferimento nelle aree del Nord- ovest crescono in % gli uomini e diminuiscono le donne, nel Nord-est aumentano tanto gli uomini che le donne, anche nel Centro e nel Meridione crescono uomini e donne, mentre nelle Isole decrescono gli uomini e aumentano le donne. Si tratta comunque di valori percentuali relativi minimi nell'ambito di una complessiva riduzione di presenze.

Nelle regioni la differenza nelle presenze di genere nei Presidi manifestano una maggiore articolazione rispetto al dato medio nazionale e di area geografica. Nel Nord-ovest a fronte di una riduzione complessiva del 7,8% il Piemonte e la Valle D'Aosta aumentano nelle presenze di uomini e donne, la Liguria aumenta nei soli uomini, mentre la Lombardia riduce sensibilmente la presenza maschile e femminile. Nel Nord-est tutte le regioni decrescono nella presenza maschile e femminile ad eccezione del Trentino Alto Adige. Nel Centro sia in Toscana che nel Lazio decrescono tanto gli uomini che le donne, mentre in Umbria e Marche crescono ambo i generi. Nel Meridione in Campania e Puglia c'è una crescita significativa sia di uomini che donne, in Campania c'è addirittura un raddoppio delle presenze femminili in valore assoluto. Nelle Isole mentre in Sicilia decrescono sia uomini che donne, in Sardegna c'è un loro significativo aumento assoluto e percentuale (Grafico 142, 143, Tab.52).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

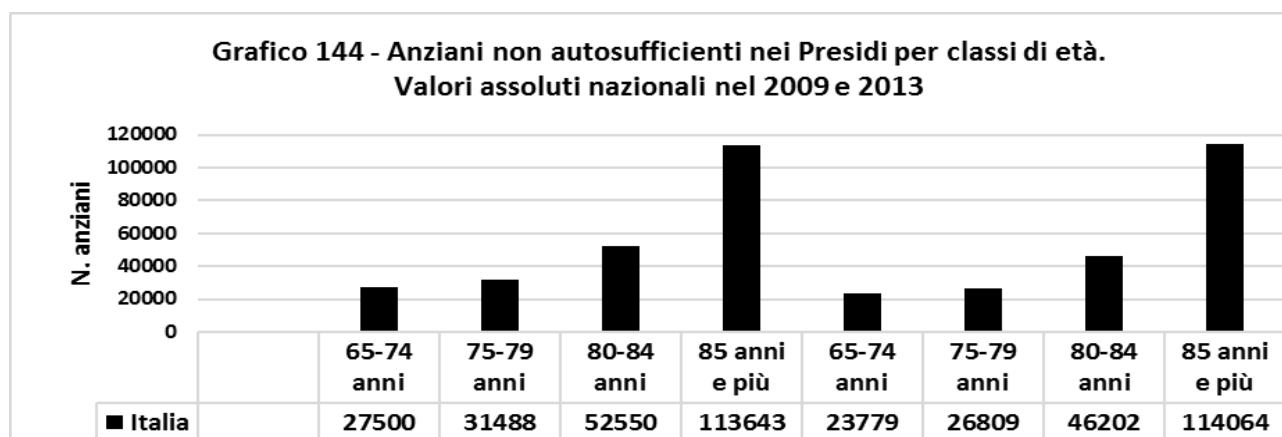
Tab. 52 - Anziani non autosufficienti nei presidi per genere. Valori assoluti per area e regione e variazione dal 2009 al 2013.

	2009						2013						Δ 2009 - 2013
	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%	
Italia	52942	100	172239	100	225182	100	51303	100	159551	100	210854	100	-6,4
Nord ovest	22062	41,7	80620	46,8	102682	45,6	21477	41,9	73215	45,9	94692	44,9	-7,8
Piemonte	5193	9,8	18406	10,7	23599	10,5	5842	11,4	19187	12,0	25028	11,9	6,1
Valle d'Aosta	218	0,4	676	0,4	894	0,4	259	0,5	653	0,4	912	0,4	2,0
Liguria	1449	2,7	5665	3,3	7113	3,2	1808	3,5	5524	3,5	7332	3,5	3,1
Lombardia	15202	28,7	55873	32,4	71075	31,6	13568	26,4	47851	30,0	61419	29,1	-5,6
Nord est	16715	31,6	54283	31,5	70998	31,5	16317	31,8	50880	31,9	67197	31,9	-6,4
Trentino Alto	1911	3,6	5548	3,2	7459	3,3	2394	4,7	6408	4,0	8802	4,2	18,0
Veneto	6684	12,6	23745	13,8	30429	13,5	6178	12,0	21186	13,3	27364	13,0	-10,1
Friuli-Venezia	2015	3,8	6932	4,0	8947	4,0	1666	3,2	5751	3,6	7417	3,5	-17,1
Emilia-Romagna	6104	11,5	18058	10,5	24162	10,7	6080	11,9	17534	11,0	23614	11,2	-2,3
Centro	6604	12,5	20306	11,8	26910	12,0	6440	12,6	18959	11,9	25399	12,0	-5,6
Toscana	3004	5,7	9398	5,5	12402	5,5	2905	5,7	8659	5,4	11564	5,5	-6,8
Umbria	482	0,9	1410	0,8	1893	0,8	508	1,0	1421	0,9	1929	0,9	1,9
Marche	1265	2,4	3977	2,3	5242	2,3	1360	2,7	4167	2,6	5527	2,6	5,4
Lazio	1853	3,5	5520	3,2	7373	3,3	1667	3,2	4712	3,0	6379	3,0	-13,5
Sud	4186	7,9	10171	5,9	14357	6,4	4103	8,0	9729	6,1	13832	6,6	-3,7
Abruzzo	1292	2,4	3447	2,0	4739	2,1	669	1,3	1786	1,1	2455	1,2	-48,2
Molise	246	0,5	707	0,4	954	0,4	141	0,3	521	0,3	662	0,3	-30,6
Campania	378	0,7	521	0,3	900	0,4	743	1,4	1349	0,8	2092	1,0	132,4
Puglia	1439	2,7	3364	2,0	4803	2,1	1600	3,1	3918	2,5	5518	2,6	14,9
Basilicata	229	0,4	474	0,3	703	0,3	268	0,5	618	0,4	886	0,4	26,0
Calabria	601	1,1	1658	1,0	2259	1,0	682	1,3	1536	1,0	2218	1,1	-1,8
Isole	3375	6,4	6859	4,0	10234	4,5	2966	5,8	6769	4,2	9734	4,6	-4,9
Sicilia	2493	4,7	5248	3,0	7741	3,4	1907	3,7	4531	2,8	6439	3,1	-16,8
Sardegna	882	1,7	1611	0,9	2493	1,1	1058	2,1	2237	1,4	3296	1,6	32,2

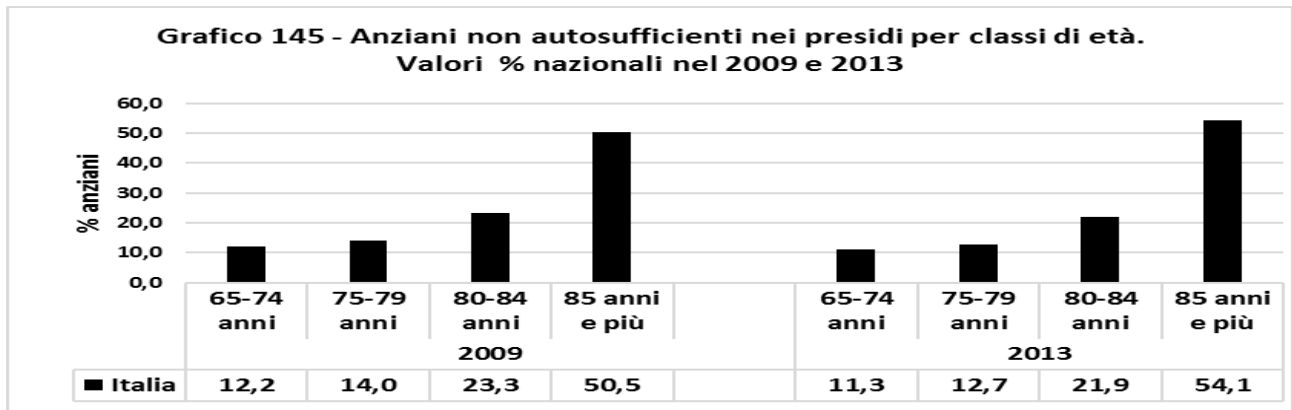
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.5.2. Anziani non autosufficienti per classi di età

Il 54,1% degli ospiti non autosufficienti nei Presidi ha più di 85 anni, che sommati agli anziani compresi nella classe di età tra 80-84 anni rappresentano il 76% degli ospiti nel 2013. Nelle rimanenti classi di età abbiamo l'11,3% nella classe tra 65-74 anni e il 12,7% in quella tra 75 e 79 anni. Nel quinquennio considerato anche gli anziani non autosufficienti ultra ottantenni registrano una significativa crescita relativa rispetto alle altre classi di età, cosa, come già detto, che deve indurre a riflettere sulle implicazioni che ne possono derivare al fine di adeguare la qualità del servizio di assistenza (Grafico 144, 145).

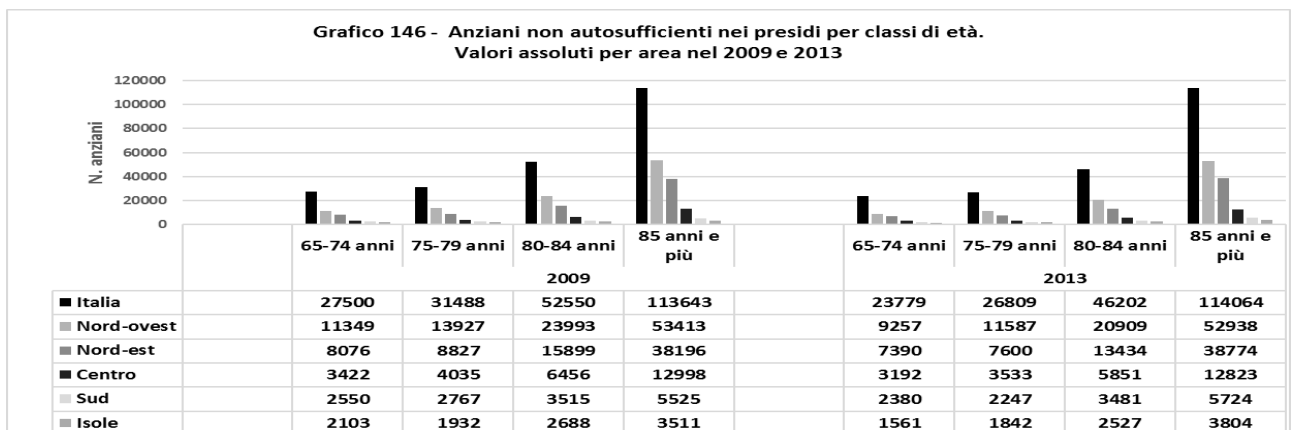


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

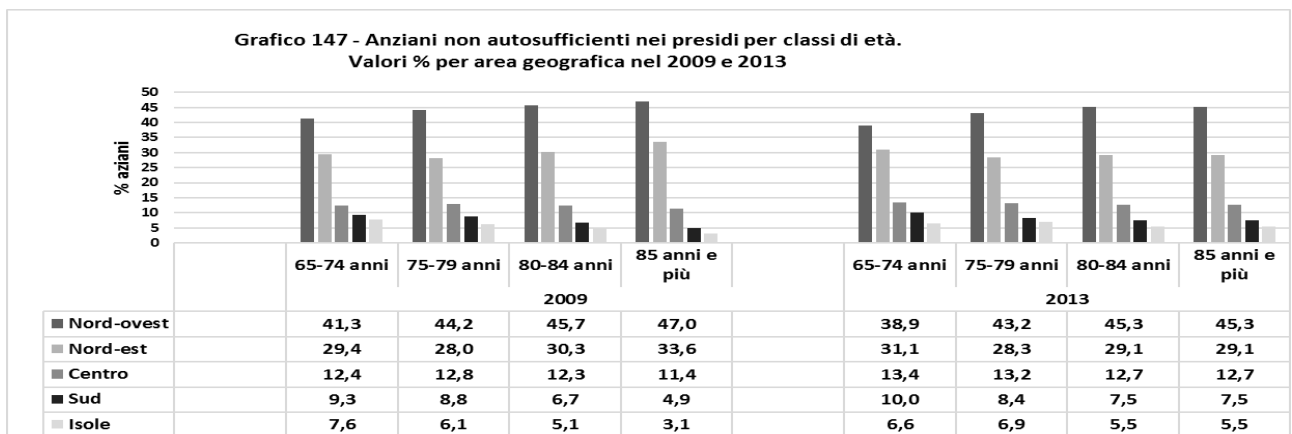


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Relativamente alla distribuzione delle presenze per classi di età nelle per aree geografiche abbiamo una riduzione complessiva per tutte le classi nelle aree del Nord-ovest, una crescita delle classi 65-74 e 75-79 nel Nord-est e una riduzione nelle altre classi, una crescita percentuale in tutte le classi del Centro e del Meridione ad eccezione della classe tra 75-79 nel meridione, nelle isole diminuisce la classe 65-74 e aumentano le altre (Grafico 146, 147).



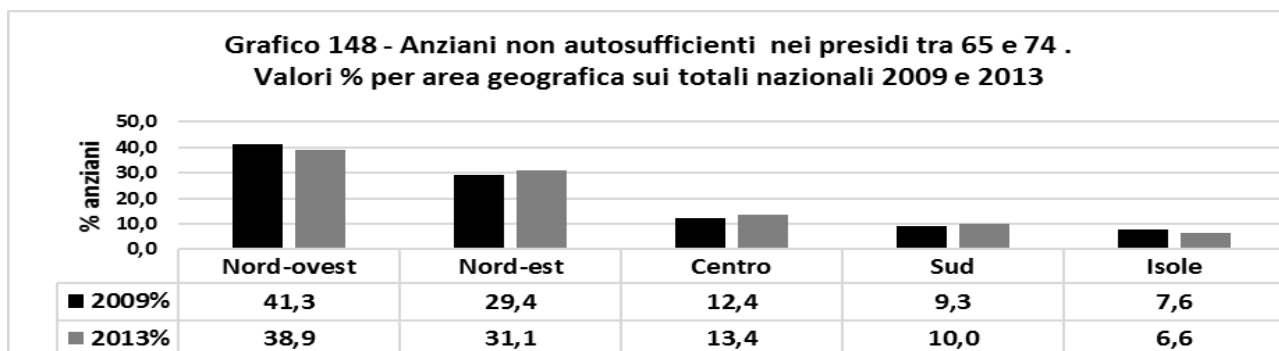
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



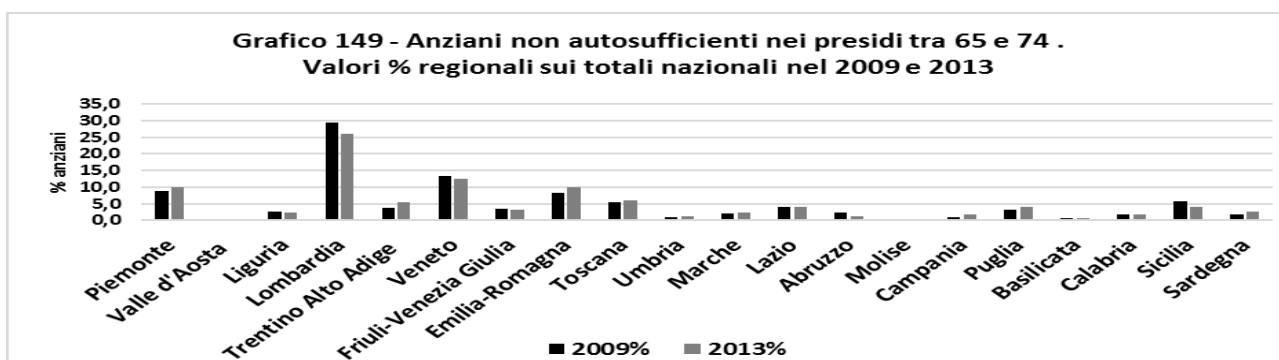
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Analizzando l'andamento degli anziani non autosufficienti all'interno delle singole classi di età per area geografica e regione, il quadro che emerge è il seguente.

La presenza di ospiti non autosufficienti compresi tra i 65 e i 74 anni nel 2013 diminuisce in assoluto in tutte le regioni del Nord-ovest con un aumento % relativo nel solo Piemonte; nel Nord-est crescono in assoluto e % Il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna mentre diminuiscono le altre. Nel Centro diminuiscono in valore assoluto tutte le regioni. Nel Meridione aumentano in valore assoluto Campania e Puglia. Nelle Isole nel numero delle presenze la Sardegna (Grafico 148, 149).

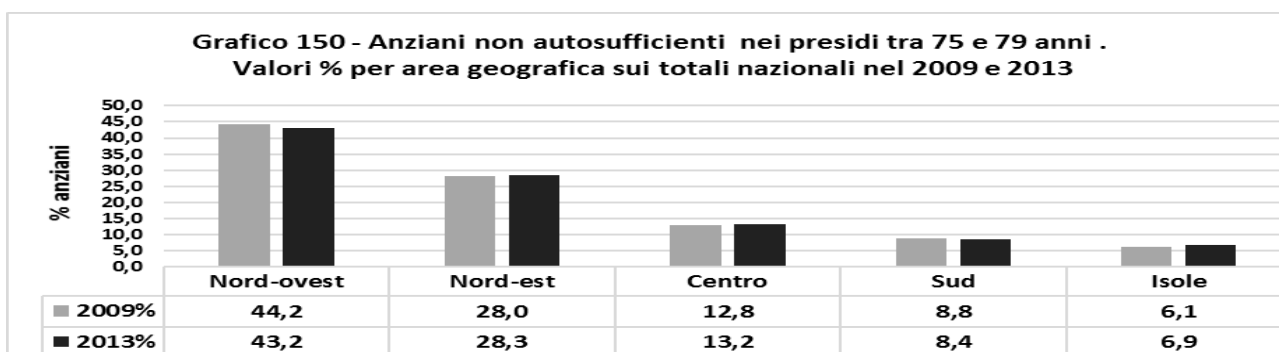


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



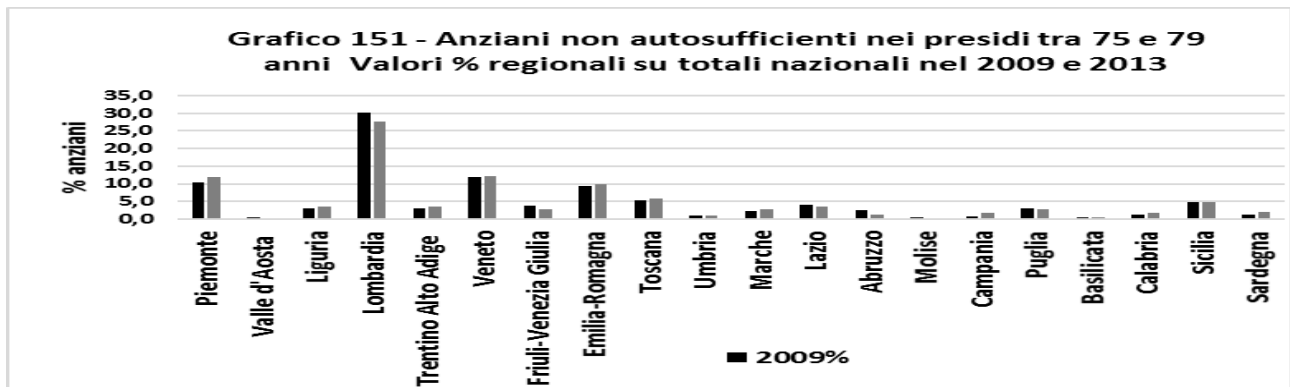
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nella classe di età compresa tra i 75 e 79 anni le presenze degli ospiti non autosufficienti nei Presidi diminuiscono in tutte le regioni del Nord-ovest ad eccezione della Valle d'Aosta. Lo stesso avviene nelle Regioni del Nord-est ad eccezione della Emilia Romagna. Nelle regioni del centro diminuiscono in Lazio e Umbria e aumentano nella Toscana e nelle Marche. Nel Meridione nella classe di età in esame aumenta la sola Campania. Nelle Isole aumenta la sola Sardegna (Grafico 150, 151).



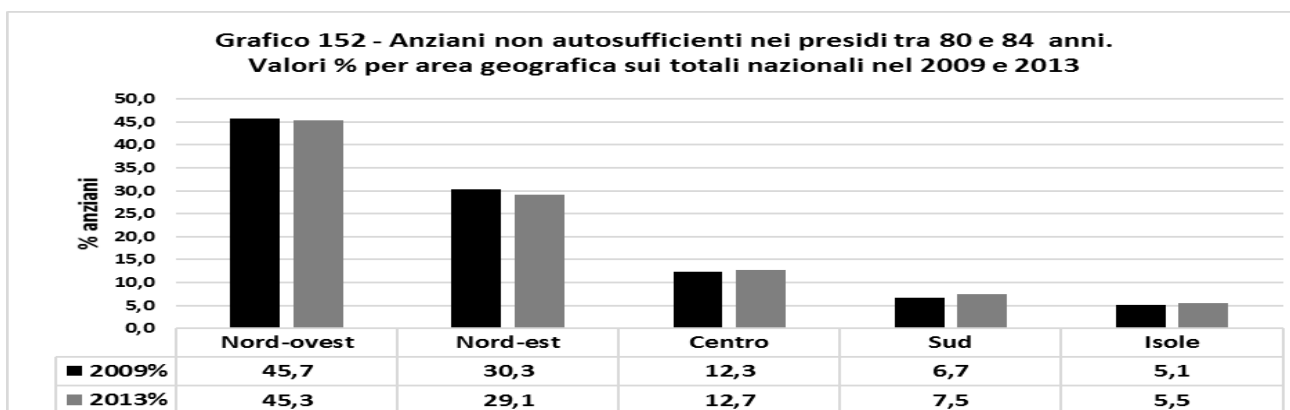
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



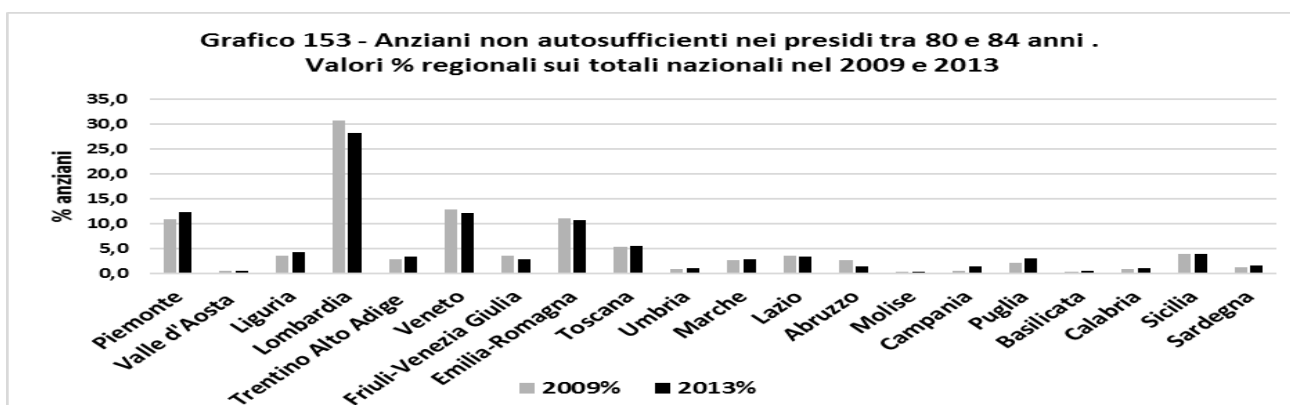


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nella Classe di età tra 80 e 84 anni le presenze nei Presidi diminuiscono in tutte le regioni del Nord ad eccezione del Trentino, della Liguria e della Valle D'Aosta. Diminuiscono le presenze anche nelle regioni del Centro e del Meridione ad eccezione della Campania, Basilicata e Puglia. Nelle isole aumenta la Sardegna (Grafico 152, 153).



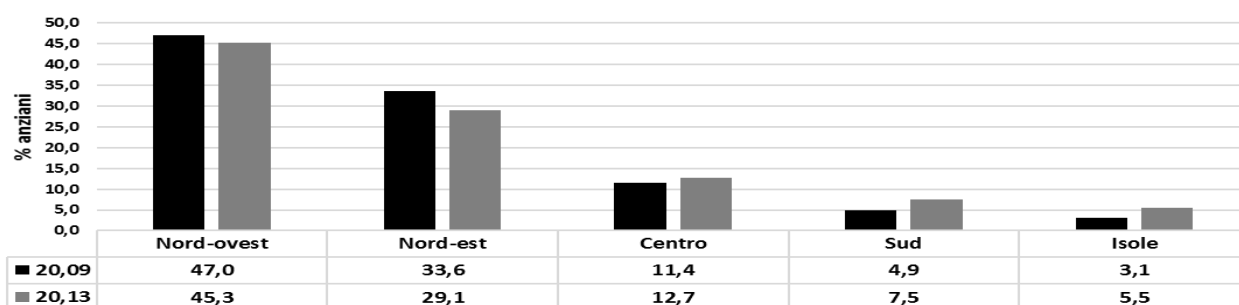
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

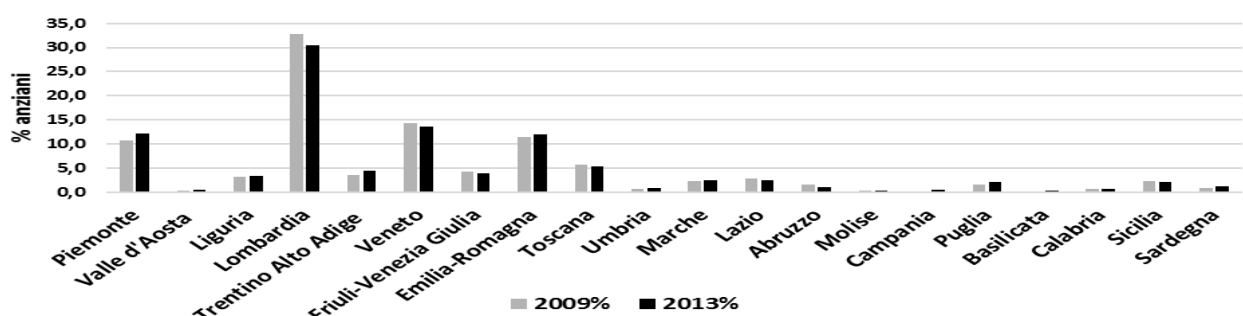
Nella classe di età degli anziani con più di 85 anni crescono le presenze in Liguria, Valle D'Aosta e Piemonte nell'area del Nord-ovest e in Trentino Alto Adige e Emilia Romagna nel Nord-est. Nel Centro crescono le presenze in Umbria e Marche e nel Meridione in Campania, Basilicata e Puglia. Nelle Isole cresce la Sardegna (Grafico 154, 155, Tab. 53)

**Grafico 154 - Anziani non autosufficienti nei presidi di 85 anni e più.  
Valori % per area geografica sui totali nazionali nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 155 - Anziani non autosufficienti nei presidi di 85 anni e più.  
Valori % regionali sui totali nazionali nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

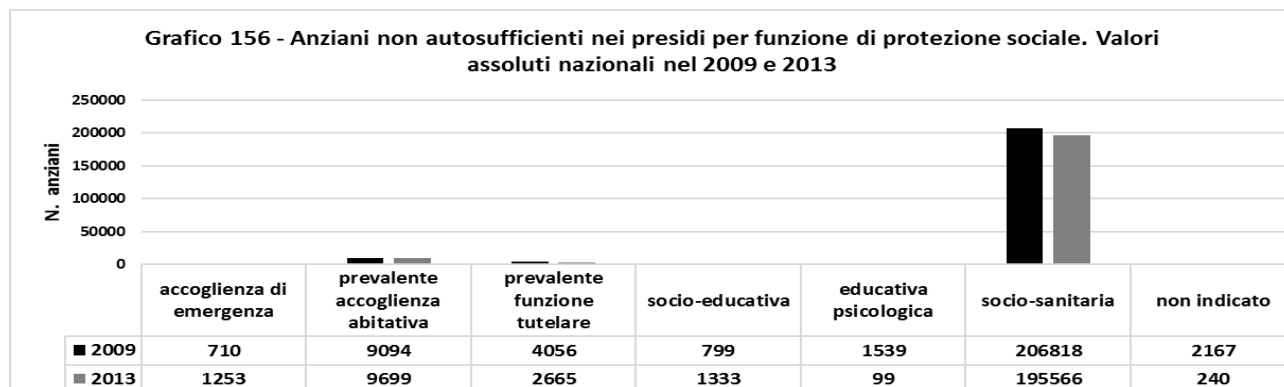
**Tab 53 - Anziani non autosufficienti nei presidi per classi di età. Valori assoluti e % per regione nel 2009 e 2013**

	2009									2013								
	65-74 anni	%	75-79 anni	%	80-84 anni	%	85 anni e più	%	Totale	65-74 anni	%	75-79 anni	%	80-84 anni	%	85 anni e più	%	Totale
<b>Italia</b>	27500	100	31488	100	52550	100	113643	100	225182	23779	100	26809	100	46202	100	114064	100	210854
Piemonte	2450	8,9	3302	10,5	5755	11,0	12093	10,6	23599	2372	10,0	3163	11,8	5692	12,3	13801	12,1	25028
Valle d'Aosta	112	0,4	183	0,6	224	0,4	375	0,3	894	93	0,4	92	0,3	226	0,5	501	0,4	912
Liguria	711	2,6	969	3,1	1820	3,5	3614	3,2	7113	596	2,5	930	3,5	1949	4,2	3859	3,4	7332
Lombardia	8076	29,4	9473	30,1	16194	30,8	37332	32,9	71075	6197	26,1	7402	27,6	13043	28,2	34778	30,5	61419
Trentino Alto Adige	1062	3,9	935	3,0	1486	2,8	3976	3,5	7459	1279	5,4	942	3,5	1551	3,4	5029	4,4	8802
Veneto	3712	13,5	3738	11,9	6760	12,9	16220	14,3	30429	2962	12,5	3249	12,1	5637	12,2	15515	13,6	27364
Friuli-Venezia	983	3,6	1185	3,8	1864	3,5	4915	4,3	8947	778	3,3	751	2,8	1321	2,9	4566	4,0	7417
Emilia-Romagna	2319	8,4	2969	9,4	5789	11,0	13085	11,5	24162	2370	10,0	2657	9,9	4924	10,7	13663	12,0	23614
Toscana	1473	5,4	1712	5,4	2771	5,3	6447	5,7	12402	1424	6,0	1549	5,8	2541	5,5	6051	5,3	11564
Umbria	279	1,0	304	1,0	473	0,9	837	0,7	1893	274	1,2	238	0,9	433	0,9	984	0,9	1929
Marche	585	2,1	733	2,3	1346	2,6	2578	2,3	5242	538	2,3	779	2,9	1343	2,9	2867	2,5	5527
Lazio	1084	3,9	1285	4,1	1867	3,6	3137	2,8	7373	956	4,0	968	3,6	1534	3,3	2921	2,6	6379
Abruzzo	637	2,3	834	2,6	1424	2,7	1844	1,6	4739	312	1,3	361	1,3	605	1,3	1177	1,0	2455
Molise	132	0,5	186	0,6	184	0,4	452	0,4	954	82	0,3	93	0,3	155	0,3	332	0,3	662
Campania	235	0,9	226	0,7	226	0,4	213	0,2	900	419	1,8	458	1,7	651	1,4	565	0,5	2092
Puglia	910	3,3	943	3,0	1058	2,0	1891	1,7	4803	990	4,2	751	2,8	1356	2,9	2421	2,1	5518
Basilicata	163	0,6	141	0,4	143	0,3	256	0,2	703	140	0,6	124	0,5	206	0,4	416	0,4	886
Calabria	473	1,7	437	1,4	480	0,9	870	0,8	2259	437	1,8	461	1,7	508	1,1	813	0,7	2218
Sicilia	1597	5,8	1533	4,9	2059	3,9	2552	2,2	7741	958	4,0	1275	4,8	1771	3,8	2435	2,1	6439
Sardegna	506	1,8	399	1,3	629	1,2	960	0,8	2493	603	2,5	567	2,1	756	1,6	1370	1,2	3296

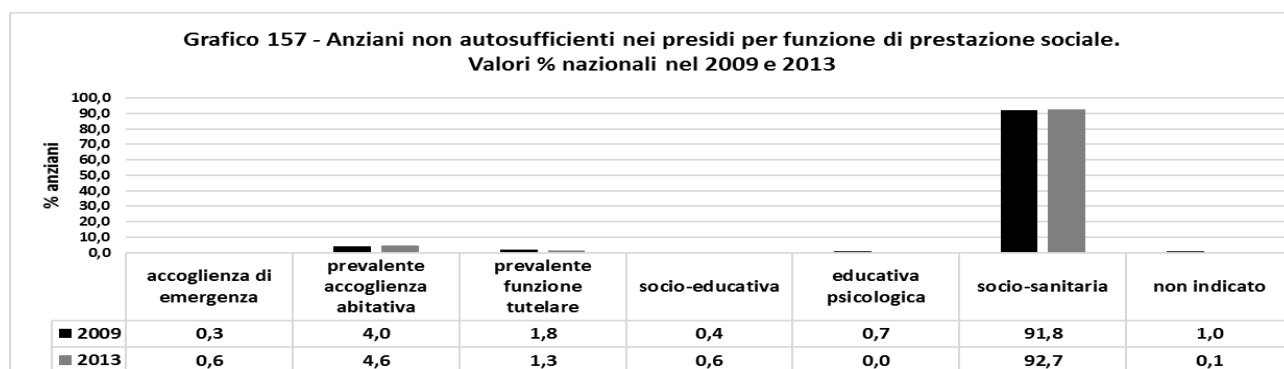
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.5.3. Anziani non autosufficienti per funzione di protezione sociale

Gli anziani non autosufficienti ospiti dei Presidi fruiscono fundamentalmente delle prestazioni socio sanitarie. A livello nazionale queste sono il 92,7% dell'insieme delle prestazioni, con un leggero calo dal 2009 al 2013. La stessa accoglienza abitativa, che in alcuni casi raggiunge livelli altissimi per gli ospiti autosufficienti, ha un numero di presenze del 4,6%. Le altre prestazioni si aggirano su valori minimi intorno all'1% (Grafico 156, 157).

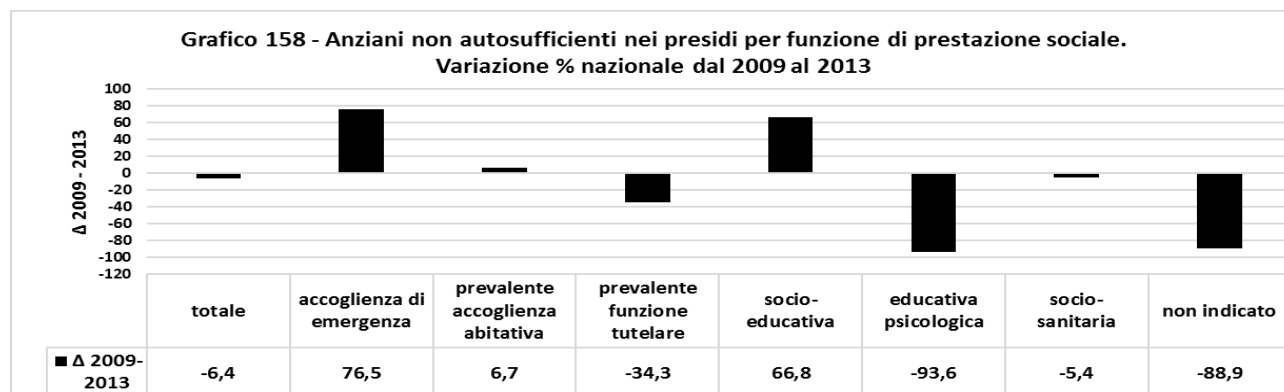


Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

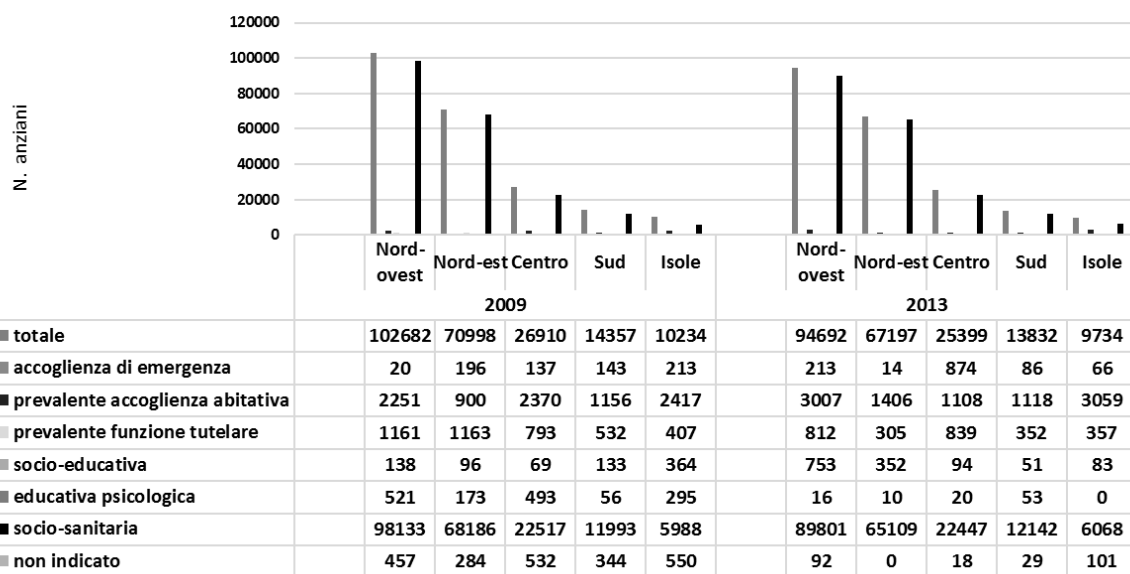
Nel quinquennio in esame le presenze per le prestazioni socio sanitarie si riducono dello 0,9%. Tra le altre prestazioni ad aumentare sono quella di accoglienza abitativa che passa dal 4% al 4,6%, l'accoglienza di emergenza dallo 0,3 allo 0,6 e la socio educativa dallo 0,4 allo 0,6%. Le altre prestazioni si riducono ulteriormente (Grafico 158,



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

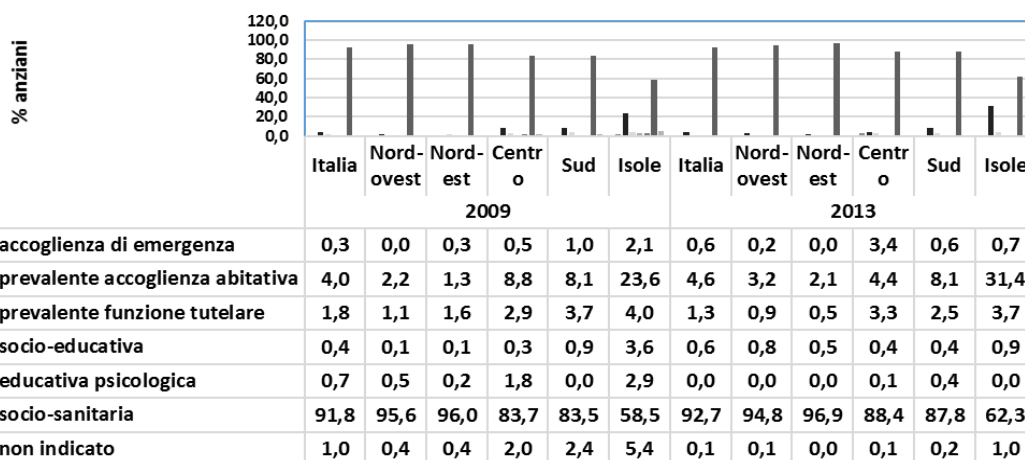
Il dato nelle aree geografiche dice che il 74% delle presenze si concentra nelle regioni del Nord, mentre per quanto attiene le prestazioni non è molto difforme dal dato nazionale. In tutte le aree a prevalere con percentuali altissime sono le presenze per prestazioni socio sanitarie: 94,8 nel Nord-ovest, 96,9 nel Nord-est, 88,4 nel centro, 87,8 nel Meridione, il 62,3% nelle Isole. Le altre prestazioni fanno registrare dati di un certo rilievo quelle di accoglienza abitativa nel Meridione con l'8,1% e nelle Isole con il 31,4% e quelle tutelari con il 3,3% nel Centro e il 3,7 nelle Isole (Grafico 159,160).

**Grafico 159 - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti per area geografica nel 2009 e 2013**



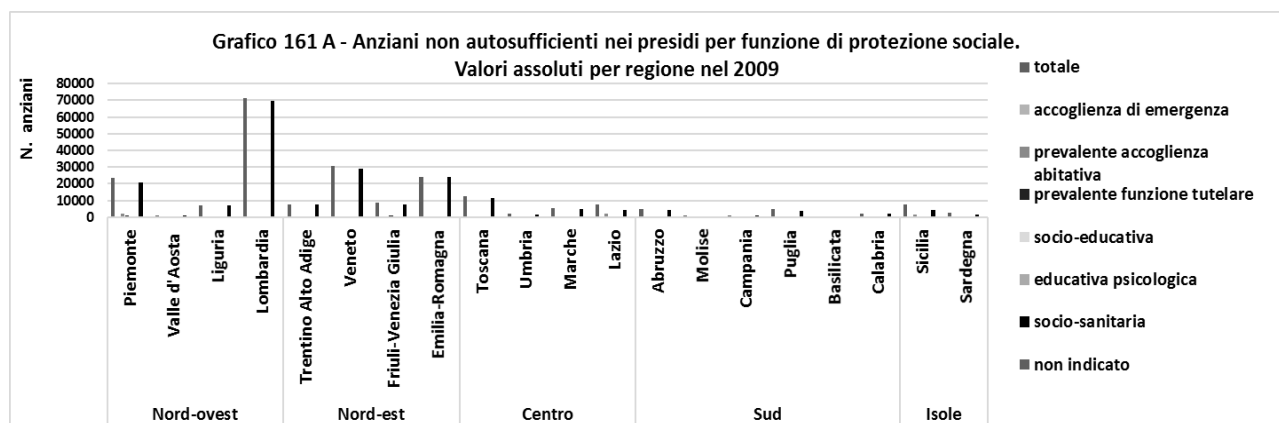
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 160 - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per area geografica nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Dal dato regionale emerge come in sole tre regioni, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, si concentra il 53,3% delle presenze nei Presidi di anziani non autosufficienti. Riguardo alle prestazioni si discostano dal quadro generale le Marche con 14,6% di accoglienza di emergenza e il 9,6% di prestazioni di tutela, l'Umbria con il 9,5% di funzione tutelare, il Lazio con il 13,3% di accoglienza abitativa, il Molise con 7,8% di funzione tutelare e il 18,9% di accoglienza abitativa, ed infine la Campania con il 18,4%, la Sicilia con il 36,8% e la Sardegna con il 21% di accoglienza abitativa (Grafico 161A, 161B, 162A, 162B, Tab 54A, 54B, 55A, 55B, 56A, 56B).

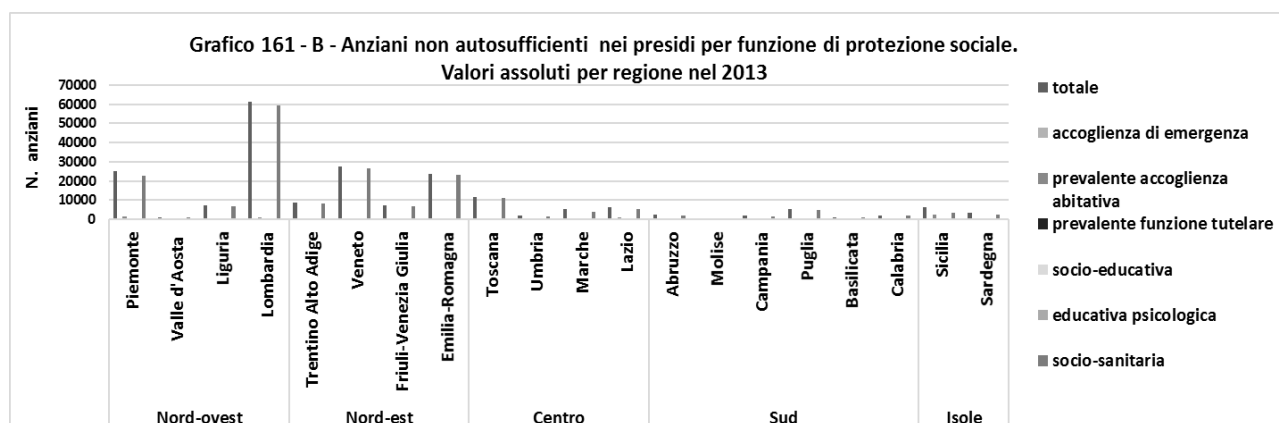


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 54 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti per regione nel 2009**

	Nord-ovest			Nord-est				Centro				Sud					Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>totale</b>	23599	894	7113	71075	7459	30429	8947	24162	12402	1893	5242	7373	4739	954	900	4803	703	2259	7741	2493
accoglienza di emergenza	0	0	1	19	0	195	0	1	98	0	0	39	0	32	16	94	0	0	159	55
prevalente accoglienza	1843	1	101	306	0	518	143	239	250	107	3	2010	472	141	19	247	163	114	1837	580
prevalente funzione tutelare	954	24	9	174	2	94	1063	3	2	2	566	223	168	0	111	217	36	0	301	107
socio-educativa	10	0	0	127	2	47	28	18	7	32	11	19	0	0	0	123	6	5	339	24
educativa psicologica	0	6	0	516	2	171	0	0	323	21	0	148	0	0	0	55	1	0	289	6
socio-sanitaria	20791	864	7003	69476	7453	29119	7713	23900	11554	1729	4660	4574	4048	711	753	3926	497	2058	4369	1619
non indicato	0	0	0	457	0	284	0	0	170	0	2	360	51	69	0	140	0	83	448	102

Elaborazione AUSER su dati ISTAT



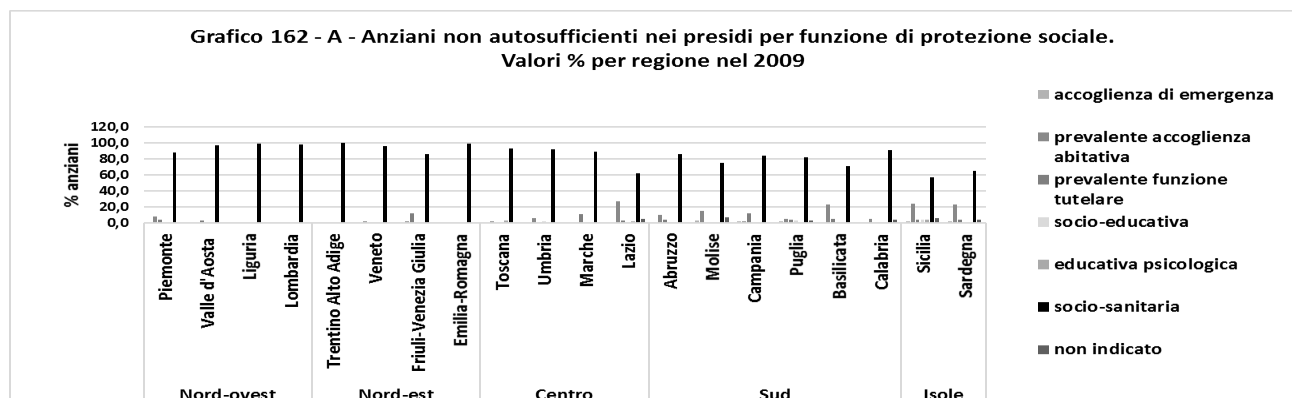
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab 54 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti per regione nel 2013**

	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>totale</b>	<b>25028</b>	<b>912</b>	<b>7332</b>	<b>61419</b>	<b>8802</b>	<b>27364</b>	<b>7417</b>	<b>23614</b>	<b>11564</b>	<b>1929</b>	<b>5527</b>	<b>6379</b>	<b>2455</b>	<b>662</b>	<b>2092</b>	<b>5518</b>	<b>886</b>	<b>2218</b>	<b>6439</b>	<b>3296</b>
accoglienza di emergenza	0	0	0	213	1	12	0	1	0	0	808	66	0	..	24	25	0	37	34	32
prevalente accoglienza	1682	42	383	900	313	329	269	496	246	1	9	851	181	125	386	331	3	92	2368	691
prevalente funzione tutelare	696	..	66	51	1	50	249	5	93	183	533	30	84	52	85	97	..	34	272	86
socio-educativa	16	0	8	729	87	195	1	69	43	25	14	12	0	0	12	0	0	39	41	42
educativa	0	..	15	1	10	0	0	0	11	0	..	9	44	..	0	9	..	1	0	0
socio-sanitaria	22555	870	6849	59527	8390	26778	6898	23043	11161	1720	4163	5403	2147	485	1577	5043	883	2008	3631	2436
non indicato	80	..	12	..	..	0	..	..	11	..	..	8	0	..	9	14	..	7	93	8

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 162 - A - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per regione nel 2009**



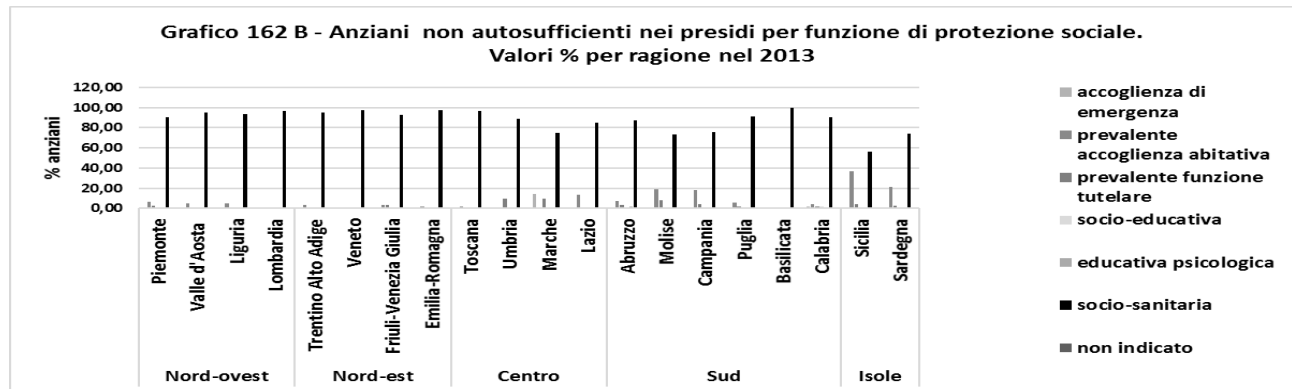
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 55 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per regione nel 2009**

	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
accoglienza di emergenza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,5	0,0	3,4	1,8	2,0	0,0	0,0	2,1	2,2
prevalente accoglienza	7,8	0,1	1,4	0,4	0,0	1,7	1,6	1,0	2,0	5,7	0,1	27,3	10,0	14,8	2,1	5,1	23,2	5,0	23,7	23,3
prevalente funzione tutelare	4,0	2,7	0,1	0,2	0,0	0,3	11,9	0,0	0,0	0,1	10,8	3,0	3,5	0,0	12,3	4,5	5,1	0,0	3,9	4,3
socio-educativa	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,3	0,1	0,1	1,7	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	2,6	0,9	0,2	4,4	1,0
educativa psicologica	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0	0,0	2,6	1,1	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,1	0,0	3,7	0,2
socio-sanitaria	88,1	96,6	98,5	97,8	99,9	95,7	86,2	98,9	93,2	91,3	88,9	62,0	85,4	74,5	83,7	81,7	70,7	91,1	56,4	64,9
non indicato	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,9	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	4,9	1,1	7,2	0,0	2,9	0,0	3,7	5,8	4,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 162 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per regione nel 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 55 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori % per regione nel 2013

	Nord-ovest			Nord-est				Centro				Sud					Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
accoglienza di emergenza prevalente	0,00	0,00	0,00	0,35	0,01	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	14,62	1,03	0,00	..	1,15	0,45	0,00	1,67	0,53	0,97
accoglienza prevalente	6,72	4,61	5,22	1,47	3,56	1,20	3,63	2,10	2,13	0,05	0,16	13,34	7,37	18,88	18,45	6,00	0,34	4,15	36,78	20,96
funzione tutelare	2,78	..	0,90	0,08	0,01	0,18	3,36	0,02	0,80	9,49	9,64	0,47	3,42	7,85	4,06	1,76	..	1,53	4,22	2,61
socio-educativa	0,06	0,00	0,11	1,19	0,99	0,71	0,01	0,29	0,37	1,30	0,25	0,19	0,00	0,00	0,57	0,00	0,00	1,76	0,64	1,27
educativa	0,00	..	0,20	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	..	0,14	1,79	..	0,00	0,16	..	0,05	0,00	0,00
socio-sanitaria	90,12	95,39	93,41	96,92	95,32	97,86	93,00	97,58	96,52	89,17	75,32	84,70	87,45	73,26	75,38	91,39	99,66	90,53	56,39	73,91
non indicato	0,32	..	0,16	..	..	0,00	..	..	0,10	..	..	0,13	0,00	..	0,43	0,25	..	0,32	1,44	0,24

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 56 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti e % nel 2009

	accoglienza di emergenza	%	prevalente accoglienza abitativa	%	prevalente funzione tutelare	%	socio-educativa	%	educativa psicologica	%	socio-sanitaria	%	non indicato	%	totale	%
<b>Italia</b>	<b>710</b>	<b>100</b>	<b>9094</b>	<b>100</b>	<b>4056</b>	<b>100</b>	<b>799</b>	<b>100</b>	<b>1539</b>	<b>100</b>	<b>206818</b>	<b>100</b>	<b>2167</b>	<b>100</b>	<b>225182</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>20</b>	<b>2,8</b>	<b>2251</b>	<b>49,3</b>	<b>1161</b>	<b>28,6</b>	<b>138</b>	<b>17,3</b>	<b>521</b>	<b>33,9</b>	<b>98133</b>	<b>47,4</b>	<b>457</b>	<b>21,1</b>	<b>102682</b>	<b>45,6</b>
Piemonte	0	0,0	1843	40,3	954	23,5	10	1,3	0	0,0	20791	10,1	0	0,0	23599	10,5
Valle d'Aosta	0	0,0	1	0,0	24	0,6	0	0,0	6	0,4	864	0,4	0	0,0	894	0,4
Liguria	1	0,1	101	2,2	9	0,2	0	0,0	0	0,0	7003	3,4	0	0,0	7113	3,2
Lombardia	19	2,7	306	6,7	174	4,3	127	15,9	516	33,5	69476	33,6	457	21,1	71075	31,6
<b>Nord est</b>	<b>196</b>	<b>27,6</b>	<b>900</b>	<b>19,7</b>	<b>1163</b>	<b>28,7</b>	<b>96</b>	<b>12,0</b>	<b>173</b>	<b>11,2</b>	<b>68186</b>	<b>33,0</b>	<b>284</b>	<b>13,1</b>	<b>70998</b>	<b>31,5</b>
Trentino Alto Adige	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,3	2	0,1	7453	3,6	0	0,0	7459	3,3
Veneto	195	27,5	518	11,3	94	2,3	47	5,9	171	11,1	29119	14,1	284	13,1	30429	13,5
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	143	3,1	1063	26,2	28	3,5	0	0,0	7713	3,7	0	0,0	8947	4,0
Emilia-Romagna	1	0,1	239	5,2	3	0,1	18	2,3	0	0,0	23900	11,6	0	0,0	24162	10,7
<b>Centro</b>	<b>137</b>	<b>19,3</b>	<b>2370</b>	<b>51,9</b>	<b>793</b>	<b>19,6</b>	<b>69</b>	<b>8,6</b>	<b>493</b>	<b>32,0</b>	<b>22517</b>	<b>10,9</b>	<b>532</b>	<b>24,6</b>	<b>26910</b>	<b>12,0</b>
Toscana	98	13,8	250	5,5	2	0,0	7	0,9	323	21,0	11554	5,6	170	7,8	12402	5,5
Umbria	0	0,0	107	2,3	2	0,0	32	4,0	21	1,4	1729	0,8	0	0,0	1893	0,8
Marche	0	0,0	3	0,1	566	14,0	11	1,4	0	0,0	4660	2,3	2	0,1	5242	2,3
Lazio	39	5,5	2010	44,0	223	5,5	19	2,4	148	9,6	4574	2,2	360	16,6	7373	3,3
<b>Sud</b>	<b>143</b>	<b>20,1</b>	<b>1156</b>	<b>25,3</b>	<b>532</b>	<b>13,1</b>	<b>133</b>	<b>16,6</b>	<b>56</b>	<b>3,6</b>	<b>11993</b>	<b>5,8</b>	<b>344</b>	<b>15,9</b>	<b>14357</b>	<b>6,4</b>
Abruzzo	0	0,0	472	10,3	168	4,1	0	0,0	0	0,0	4048	2,0	51	2,4	4739	2,1
Molise	32	4,5	141	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	711	0,3	69	3,2	954	0,4
Campania	16	2,3	19	0,4	111	2,7	0	0,0	0	0,0	753	0,4	0	0,0	900	0,4
Puglia	94	13,2	247	5,4	217	5,4	123	15,4	55	3,6	3926	1,9	140	6,5	4803	2,1
Basilicata	0	0,0	163	3,6	36	0,9	6	0,8	1	0,1	497	0,2	0	0,0	703	0,3
Calabria	0	0,0	114	2,5	0	0,0	5	0,6	0	0,0	2058	1,0	83	3,8	2259	1,0
<b>Isole</b>	<b>213</b>	<b>30,0</b>	<b>2417</b>	<b>52,9</b>	<b>407</b>	<b>10,0</b>	<b>364</b>	<b>45,6</b>	<b>295</b>	<b>19,2</b>	<b>5988</b>	<b>2,9</b>	<b>550</b>	<b>25,4</b>	<b>10234</b>	<b>4,5</b>
Sicilia	159	22,4	1837	40,2	301	7,4	339	42,4	289	18,8	4369	2,1	448	20,7	7741	3,4
Sardegna	55	7,7	580	12,7	107	2,6	24	3,0	6	0,4	1619	0,8	102	4,7	2493	1,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

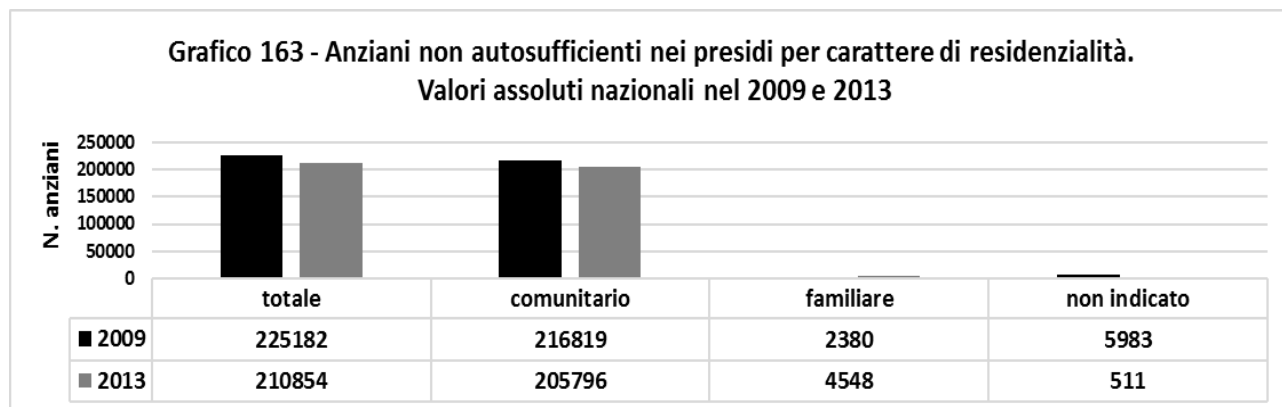
Tab. 56 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per funzione di protezione sociale. Valori assoluti e % nel 2013

	accoglienza di emergenza	%	prevalente accoglienza abitativa	%	prevalente funzione tutelare	%	socio-educativa	%	educativa psicologica	%	socio-sanitaria	%	non indicato	%	totale	%
<b>Italia</b>	<b>1253</b>	<b>100</b>	<b>9699</b>	<b>100</b>	<b>2665</b>	<b>100</b>	<b>1333</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>195566</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>210854</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>213</b>	<b>17,0</b>	<b>3007</b>	<b>31,0</b>	<b>812</b>	<b>30,5</b>	<b>753</b>	<b>56,5</b>	<b>16</b>	<b>0,0</b>	<b>89801</b>	<b>45,9</b>	<b>92</b>	<b>38,3</b>	<b>94692</b>	<b>44,9</b>
Piemonte	0	0,0	1682	17,3	696	26,1	16	1,2	0	0,0	22555	11,5	80	33,3	25028	11,9
Valle d'Aosta	0	0,0	42	0,4	..	..	0	0,0	..	..	870	0,4	..	..	912	0,4
Liguria	0	0,0	383	3,9	66	2,5	8	0,6	15	1,0	6849	3,5	12	5,0	7332	3,5
Lombardia	213	17,0	900	9,3	51	1,9	729	54,7	1	10,1	59527	30,4	..	..	61419	29,1
<b>Nord est</b>	<b>14</b>	<b>1,1</b>	<b>1406</b>	<b>14,5</b>	<b>305</b>	<b>11,4</b>	<b>352</b>	<b>26,4</b>	<b>10</b>	<b>10,1</b>	<b>65109</b>	<b>33,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>67197</b>	<b>31,9</b>
Trentino Alto Adige	1	0,1	313	3,2	1	0,0	87	6,5	10	0,0	8390	4,3	..	..	8802	4,2
Veneto	12	1,0	329	3,4	50	1,9	195	14,6	0	0,0	26778	13,7	0	0,0	27364	13,0
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	269	2,8	249	9,3	1	0,1	0	0,0	6898	3,5	..	..	7417	3,5
Emilia-Romagna	1	0,1	496	5,1	5	0,2	69	5,2	0	20,2	23043	11,8	..	..	23614	11,2
<b>Centro</b>	<b>874</b>	<b>69,8</b>	<b>1108</b>	<b>11,4</b>	<b>839</b>	<b>31,5</b>	<b>94</b>	<b>7,1</b>	<b>20</b>	<b>11,1</b>	<b>22447</b>	<b>11,5</b>	<b>18</b>	<b>7,5</b>	<b>25399</b>	<b>12,0</b>
Toscana	0	0,0	246	2,5	93	3,5	43	3,2	11	0,0	11161	5,7	11	4,6	11564	5,5
Umbria	0	0,0	1	0,0	183	6,9	25	1,9	0	0,0	1720	0,9	..	..	1929	0,9
Marche	808	64,5	9	0,1	533	20,0	14	1,1	..	..	4163	2,1	..	..	5527	2,6
Lazio	66	5,3	851	8,8	30	1,1	12	0,9	9	53,5	5403	2,8	8	3,3	6379	3,0
<b>Sud</b>	<b>86</b>	<b>6,9</b>	<b>1118</b>	<b>11,5</b>	<b>352</b>	<b>13,2</b>	<b>51</b>	<b>3,8</b>	<b>53</b>	<b>44,4</b>	<b>12142</b>	<b>6,2</b>	<b>29</b>	<b>12,1</b>	<b>13832</b>	<b>6,6</b>
Abruzzo	0	0,0	181	1,9	84	3,2	0	0,0	44	..	2147	1,1	0	0,0	2455	1,2
Molise	..	..	125	1,3	52	2,0	0	0,0	..	0,0	485	0,2	..	..	662	0,3
Campania	24	1,9	386	4,0	85	3,2	12	0,9	0	9,1	1577	0,8	9	3,8	2092	1,0
Puglia	25	2,0	331	3,4	97	3,6	0	0,0	9	..	5043	2,6	14	5,8	5518	2,6
Basilicata	0	0,0	3	0,0	..	..	0	0,0	..	1,0	883	0,5	..	..	886	0,4
Calabria	37	3,0	92	0,9	34	1,3	39	2,9	1	0,0	2008	1,0	7	2,9	2218	1,1
<b>Isole</b>	<b>66</b>	<b>5,3</b>	<b>3059</b>	<b>31,5</b>	<b>357</b>	<b>13,4</b>	<b>83</b>	<b>6,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>6068</b>	<b>3,1</b>	<b>101</b>	<b>42,1</b>	<b>9734</b>	<b>4,6</b>
Sicilia	34	2,7	2368	24,4	272	10,2	41	3,1	0	0,0	3631	1,9	93	38,8	6439	3,1
Sardegna	32	2,6	691	7,1	86	3,2	42	3,2	0	0,0	2436	1,2	8	3,3	3296	1,6

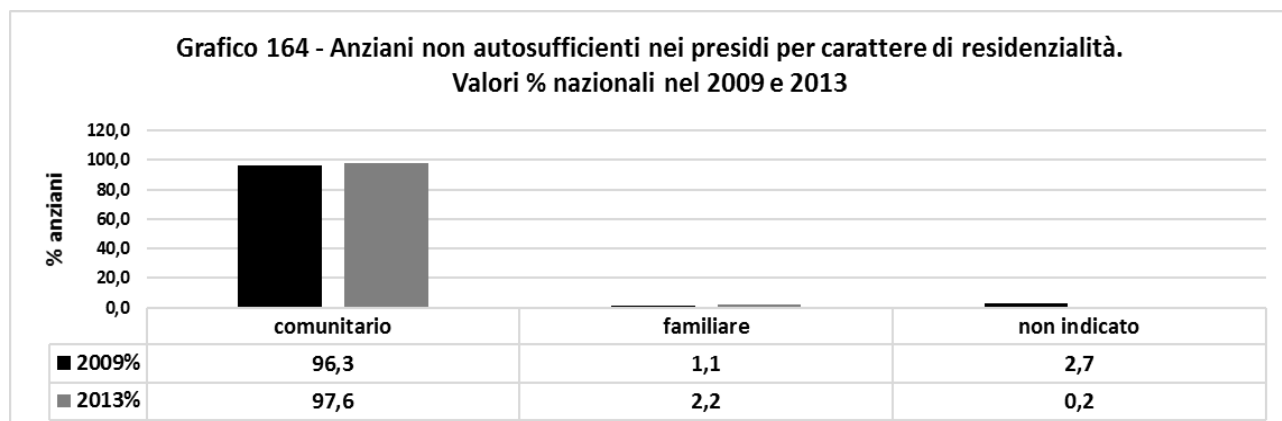
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.5.5.4. Anziani non autosufficienti per carattere di residenzialità

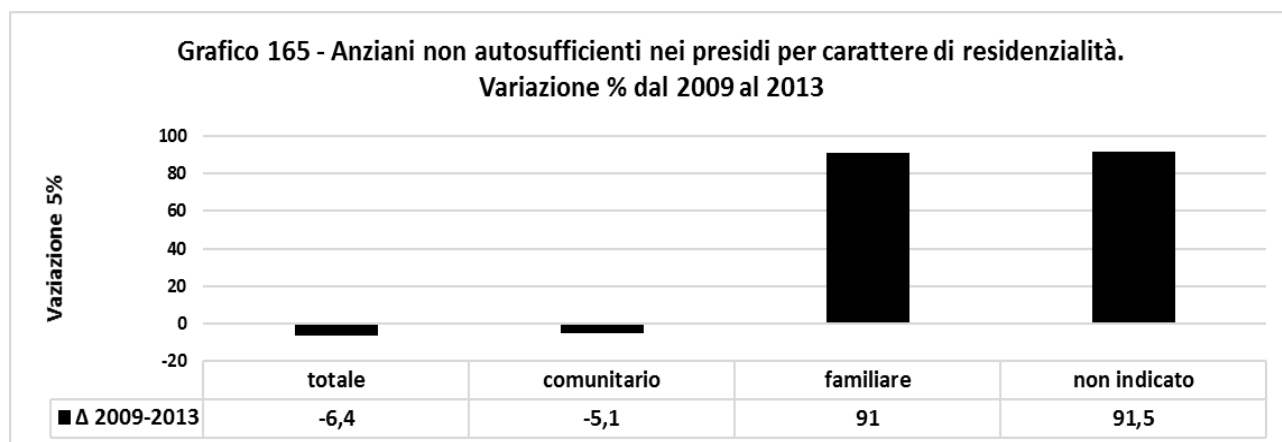
Anche nel caso degli anziani non autosufficienti la stragrande maggioranza, il 97,6% nel 2013, è ospite di strutture con carattere residenziale comunitario. Tra il 2009 e il 2013 Le residenze a carattere familiare hanno un significativo incremento percentuale del 91%, che però, molto probabilmente, deriva dalla diminuzione di quei Presidi che nel 2009 non avevano fornito indicazioni (Grafico 163, 164, 165).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



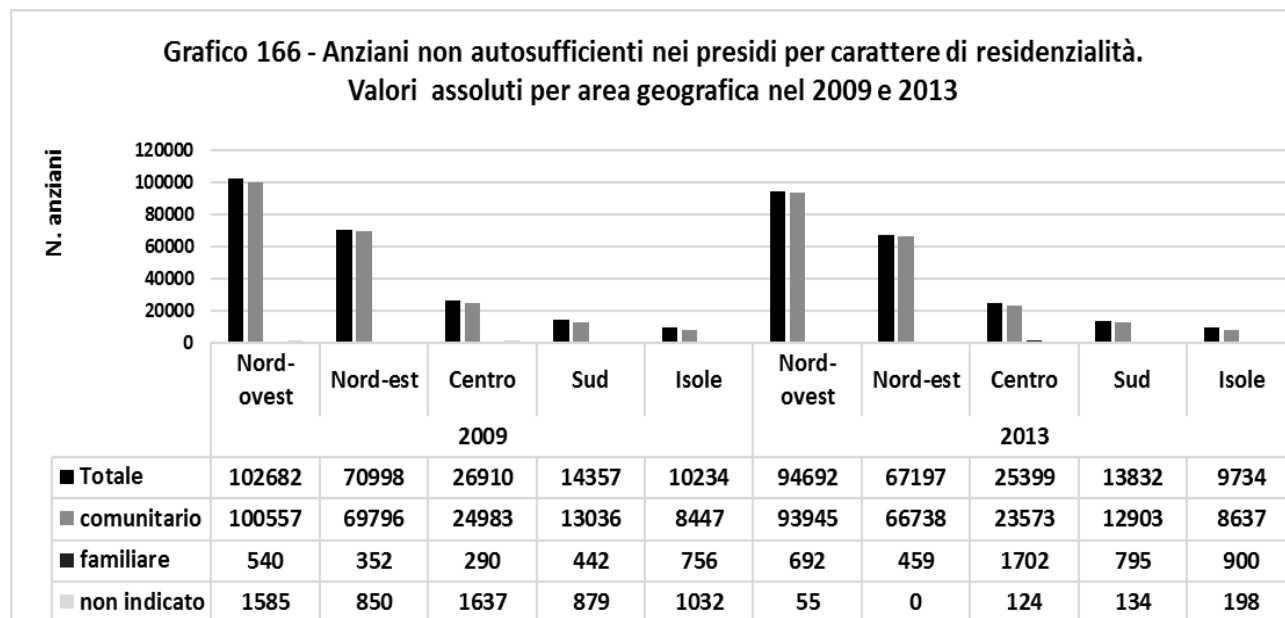
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



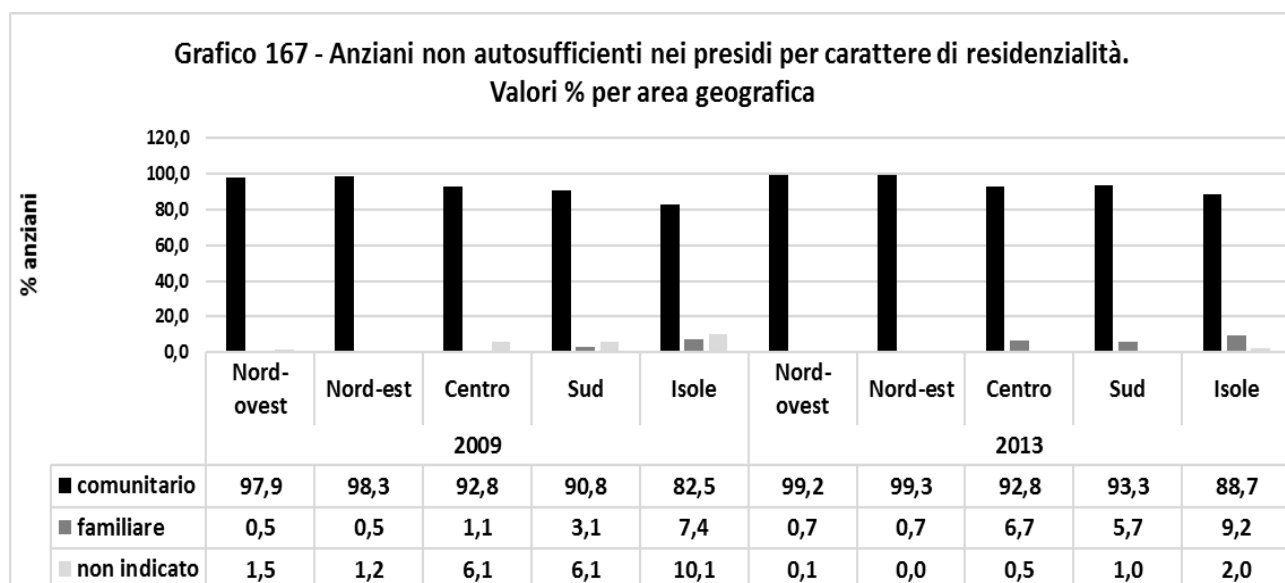
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Nelle aree geografiche si conferma la prevalenza delle residenze con carattere comunitario anche se nel passaggio dal 2009 al 2013 in tutte le aree, ad eccezione delle Isole, gli ospiti in queste residenze sono in diminuzione. Diversamente in tutte le aree le residenze familiari aumentano il numero dei loro ospiti (Grafico 166, 167).



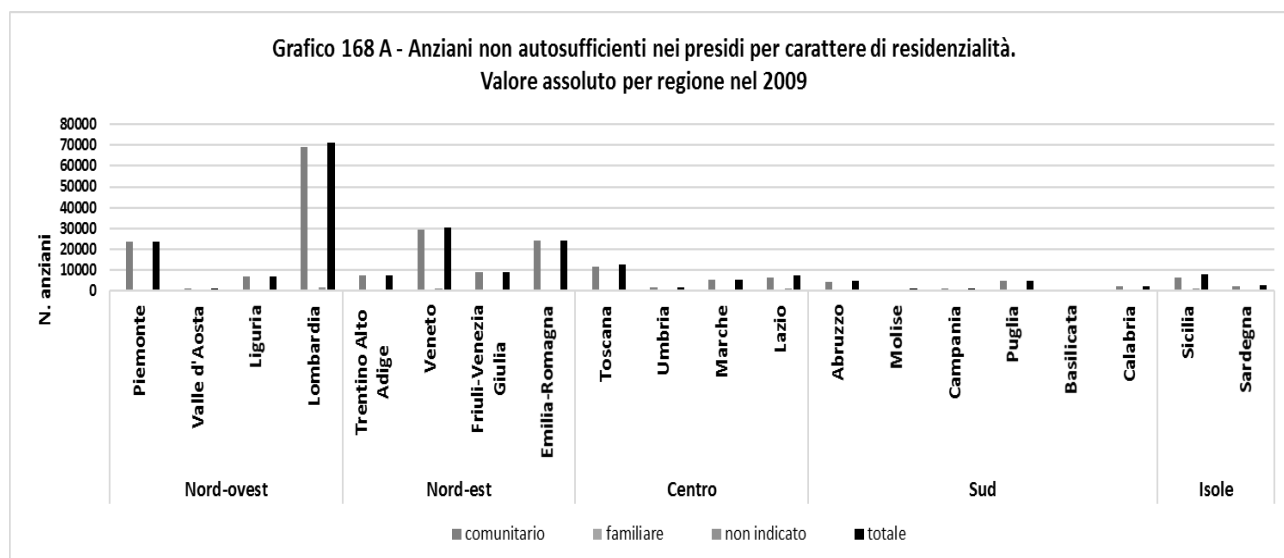
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



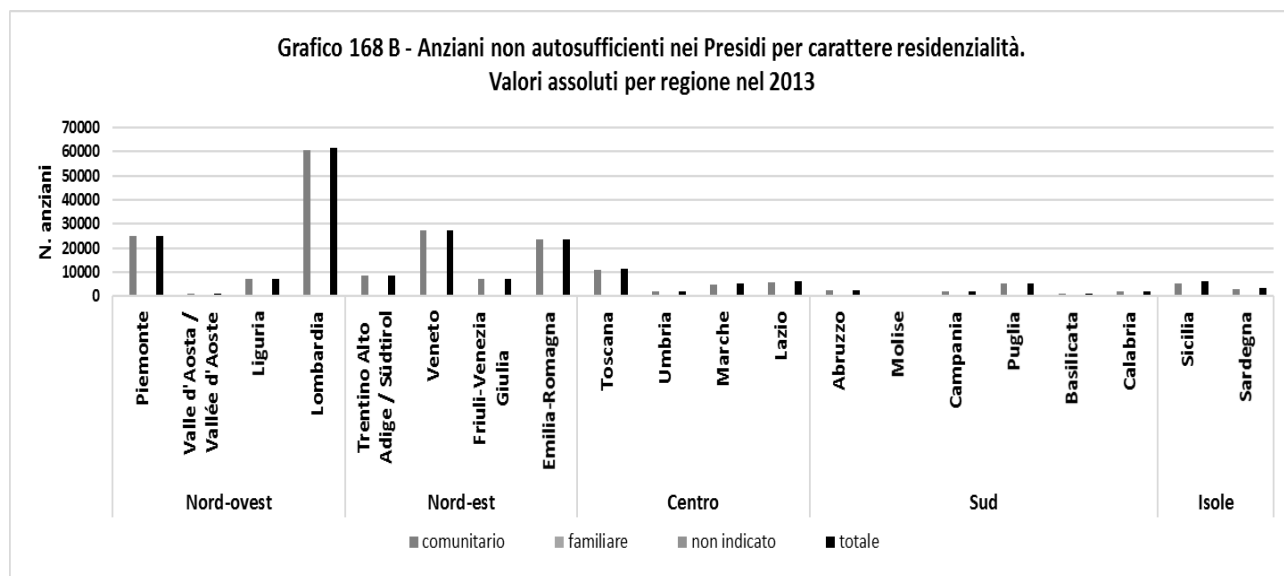
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Nelle regioni il quadro delle presenze degli anziani nei Presidi per carattere di residenzialità è leggermente più articolato e non del tutto coerente con quanto emerso dalle aree geografiche in quanto le forti perdite di ospiti di alcune regioni (Lombardia, Veneto) nelle residenze comunitarie condizionano il dato di area. Infatti, mentre si conferma complessivamente il dato positivo delle residenze familiari per tutte le regioni ad eccezione della Valle D'Aosta, Veneto e Sardegna, per le residenze comunitarie molte regioni registrano dei dati positivi diversamente da quello che poteva

sembrare dal dato di area. Queste regioni sono il Piemonte, la Valle D'Aosta, la Liguria, il trentino alto Adige, la Campania, la Puglia, la Basilicata e la Sardegna (Grafico 168A, 168B, 169A, 169B, Tab. 57A, 57B, 58A, 58B, 59).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 57 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità. Valori assoluti per regione nel 2009**

	2009																			
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud				Isole			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>totale</b>	23599	894	7113	71075	7459	30429	8947	24162	12402	1893	5242	7373	4739	954	900	4803	703	2259	7741	2493
<b>comunitario</b>	23593	889	7112	68963	7389	29358	8906	24144	11577	1888	5235	6282	4055	761	884	4521	703	2112	6272	2175
<b>familiare</b>	6	6	1	527	70	222	42	18	230	4	4	51	168	104	16	153	0	2	590	166
<b>non indicato</b>	0	0	0	1585	0	850	0	0	595	0	2	1040	516	89	0	129	0	145	879	152

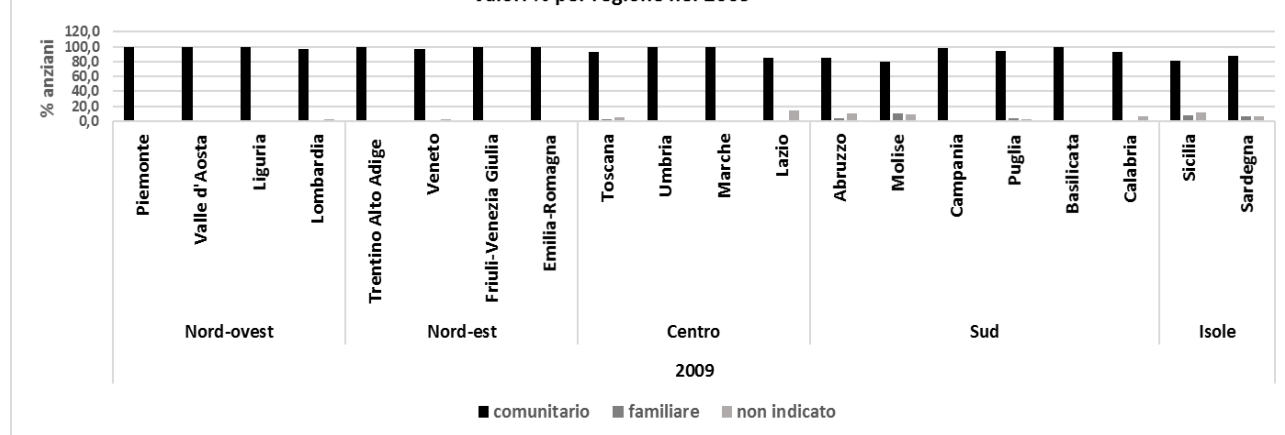
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 57 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità. Valori assoluti per regione nel 2009

	2013																			
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud					Isole		
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>totale</b>	25028	912	7332	61419	8802	27364	7417	23614	11564	1929	5527	6379	2455	662	2092	5518	886	2218	6439	3296
<b>comunitario</b>	24965	912	7226	60842	8651	27222	7322	23543	11108	1855	4718	5891	2282	508	2008	5201	886	2018	5506	3131
<b>familiare</b>	8	0	107	577	151	142	95	71	339	74	809	480	173	155	75	248	0	145	802	98
<b>non indicato</b>	55	..	0	..	..	0	..	..	116	..	..	8	0	..	9	70	..	55	131	67

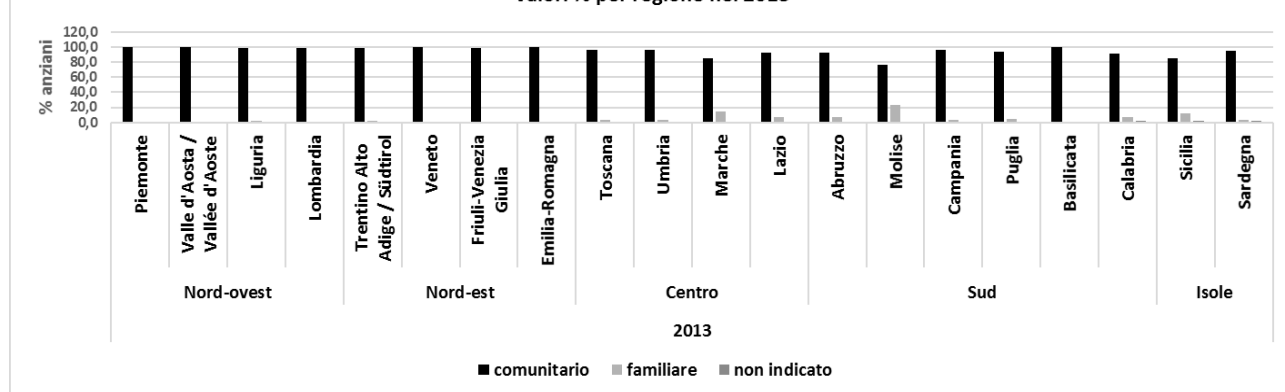
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 169 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità. Valori % per regione nel 2009



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Grafico 169 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità. Valori % per regione nel 2013



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 58 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità. Valori assoluti per regione nel 2009

	2009																			
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud					Isole		
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>comunitario</b>	100,0	99,4	100,0	97,0	99,1	96,5	99,5	99,9	93,3	99,7	99,9	85,2	85,6	79,8	98,2	94,1	100,0	93,5	81,0	87,2
<b>familiare</b>	0,0	0,7	0,0	0,7	0,9	0,7	0,5	0,1	1,9	0,2	0,1	0,7	3,5	10,9	1,8	3,2	0,0	0,1	7,6	6,7
<b>non indicato</b>	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	2,8	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	14,1	10,9	9,3	0,0	2,7	0,0	6,4	11,4	6,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 58 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per carattere residenzialità. Valori assoluti per regione nel 2013**

	2013																			
	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud					Isole		
	Piemont e	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli- Venezia Giulia	Emilia- Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
comunitario	99,7	100,0	98,6	99,1	98,3	99,5	98,7	99,7	96,1	96,2	85,4	92,3	93,0	76,7	96,0	94,3	100,0	91,0	85,5	95,0
familiare	0,0	0,0	1,5	0,9	1,7	0,5	1,3	0,3	2,9	3,8	14,6	7,5	7,0	23,4	3,6	4,5	0,0	6,5	12,5	3,0
non indicato	0,2	..	0,0	..	..	0,0	..	..	1,0	..	..	0,1	0,0	..	0,4	1,3	..	2,5	2,0	2,0

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab 59 - Anziani non autosufficienti nei presidi per carattere di residenzialità. Valori assoluti e % per area e regione nel 2009 e 2013**

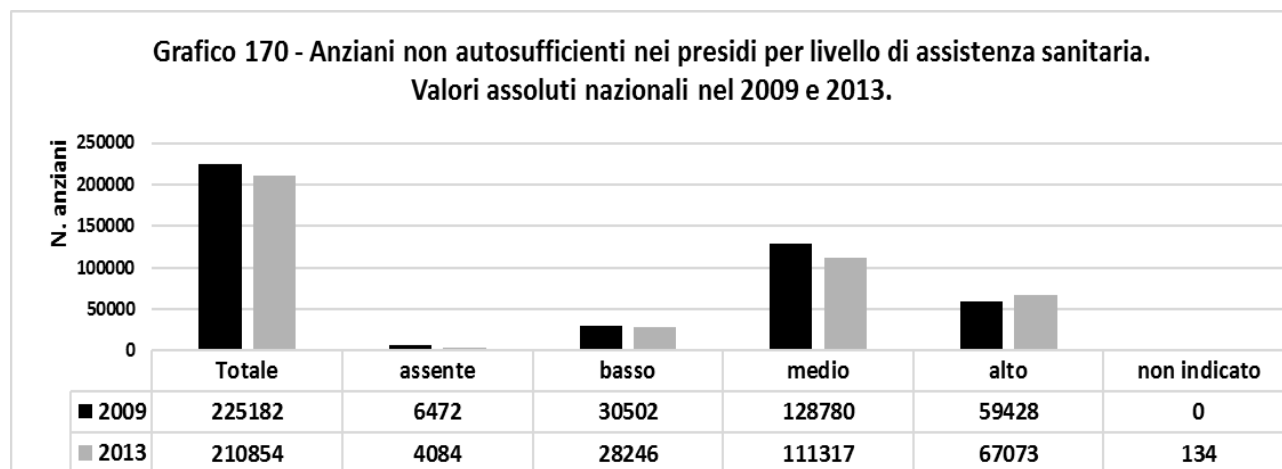
	2009								2013							
	comunitario	%	familiare	%	non indicato	%	Totale	%	comunitario	%	familiare	%	non indicat	%	Totale	%
<b>Italia</b>	216819	100	2380	100	5983	100	225182	100	205796	100	4548	100	511	100	210854	100
<b>Nord ovest</b>	100557	46,4	540	22,7	1585	26,5	102682	45,6	93945	45,6	692	15,2	55	10,8	94692	44,9
Piemonte	23593	10,9	6	0,3	0	0,0	23599	10,5	24965	12,1	8	0,2	55	10,8	25028	11,9
Valle d'Aosta	889	0,4	6	0,3	0	0,0	894	0,4	912	0,4	0	0,0	..	..	912	0,4
Liguria	7112	3,3	1	0,0	0	0,0	7113	3,2	7226	3,5	107	2,4	0	0,0	7332	3,5
Lombardia	68963	31,8	527	22,1	1585	26,5	71075	31,6	60842	29,6	577	12,7	..	..	61419	29,1
<b>Nord est</b>	69796	32,2	352	14,8	850	14,2	70998	31,5	66738	32,4	459	10,1	0	0,0	67197	31,9
Trentino Alto Adige	7389	3,4	70	2,9	0	0,0	7459	3,3	8651	4,2	151	3,3	..	..	8802	4,2
Veneto	29358	13,5	222	9,3	850	14,2	30429	13,5	27222	13,2	142	3,1	0	0,0	27364	13,0
Friuli-Venezia Giulia	8906	4,1	42	1,8	0	0,0	8947	4,0	7322	3,6	95	2,1	..	..	7417	3,5
Emilia-Romagna	24144	11,1	18	0,8	0	0,0	24162	10,7	23543	11,4	71	1,6	..	..	23614	11,2
<b>Centro</b>	24983	11,5	290	12,2	1637	27,4	26910	12,0	23573	11,5	1702	37,4	124	24,3	25399	12,0
Toscana	11577	5,3	230	9,7	595	9,9	12402	5,5	11108	5,4	339	7,5	116	22,7	11564	5,5
Umbria	1888	0,9	4	0,2	0	0,0	1893	0,8	1855	0,9	74	1,6	..	..	1929	0,9
Marche	5235	2,4	4	0,2	2	0,0	5242	2,3	4718	2,3	809	17,8	..	..	5527	2,6
Lazio	6282	2,9	51	2,1	1040	17,4	7373	3,3	5891	2,9	480	10,6	8	1,6	6379	3,0
<b>Sud</b>	13036	6,0	442	18,6	879	14,7	14357	6,4	12903	6,3	795	17,5	134	26,2	13832	6,6
Abruzzo	4055	1,9	168	7,1	516	8,6	4739	2,1	2282	1,1	173	3,8	0	0,0	2455	1,2
Molise	761	0,4	104	4,4	89	1,5	954	0,4	508	0,2	155	3,4	..	..	662	0,3
Campania	884	0,4	16	0,7	0	0,0	900	0,4	2008	1,0	75	1,6	9	1,8	2092	1,0
Puglia	4521	2,1	153	6,4	129	2,2	4803	2,1	5201	2,5	248	5,5	70	13,7	5518	2,6
Basilicata	703	0,3	0	0,0	0	0,0	703	0,3	886	0,4	0	0,0	..	..	886	0,4
Calabria	2112	1,0	2	0,1	145	2,4	2259	1,0	2018	1,0	145	3,2	55	10,8	2218	1,1
<b>Isole</b>	8447	3,9	756	31,8	1032	17,2	10234	4,5	8637	4,2	900	19,8	198	38,7	9734	4,6
Sicilia	6272	2,9	590	24,8	879	14,7	7741	3,4	5506	2,7	802	17,6	131	25,6	6439	3,1
Sardegna	2175	1,0	166	7,0	152	2,5	2493	1,1	3131	1,5	98	2,2	67	13,1	3296	1,6

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

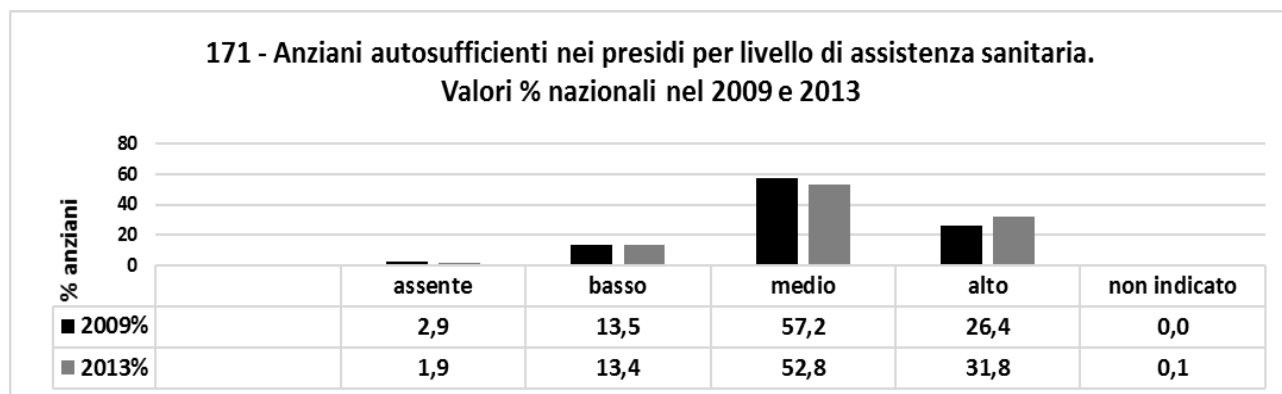
#### 6.5.5.5. Anziani non autosufficienti per livello di assistenza sanitaria

I dati nazionali sulla presenza degli anziani non autosufficienti ospiti nei Presidi dicono che nel 2013 il 52,8% fruisce di prestazioni sanitarie di livello medio, il 31,8 di livello alto, il 13,4 di livello basso e l'1,9 di nessuna prestazione sanitari. Decisamente un quadro migliore rispetto a

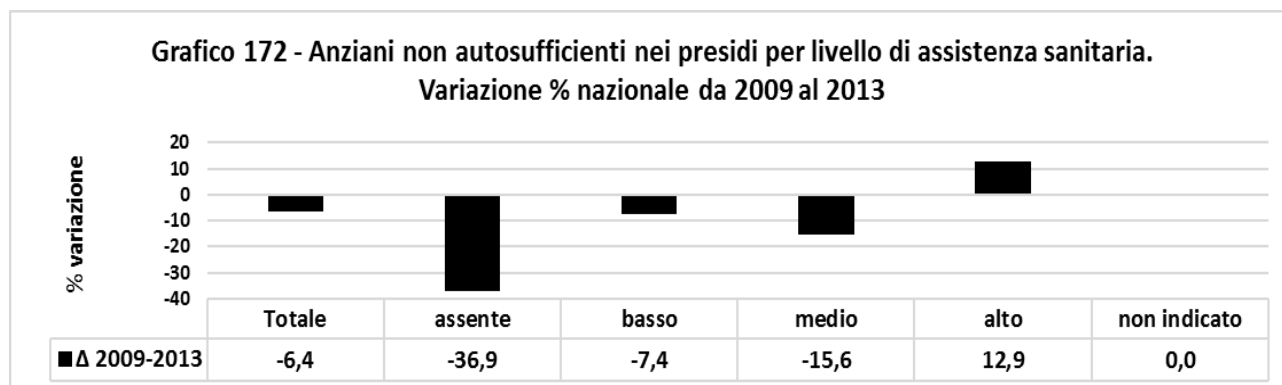
quello degli anziani autosufficienti dove solo il 45,8% gode di prestazione sanitarie medio-alte. Nei fatti nel 2013 l'84,6% degli ospiti non autosufficienti gode di prestazioni mediche di livello medio - alto, nel 2009 erano l'83,6% (Grafico 170,172,172).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



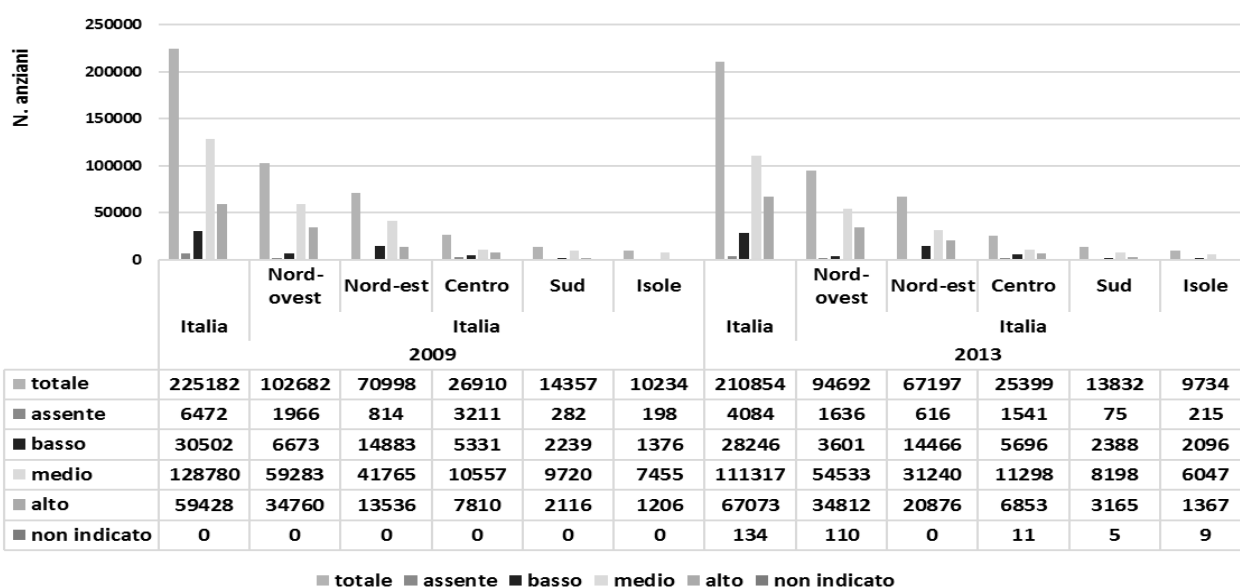
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

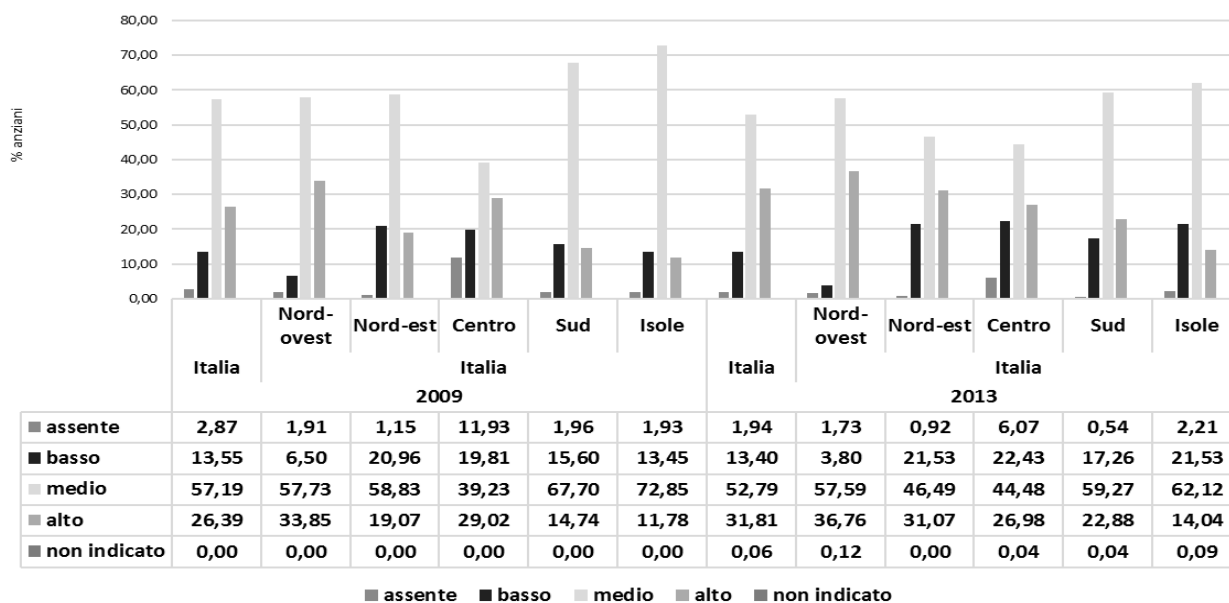
I dati per area geografica dicono che in tutte le aree, ad eccezione del Meridione, è in diminuzione la presenza nei Presidi che non forniscono prestazioni sanitarie. Nelle aree del Nord è in diminuzione la presenza con livelli bassi di prestazioni, mentre aumentano nelle aree del Centro, del Meridione e delle Isole. Per i livelli medi di prestazioni la sola area in aumento è il Meridione, mentre per i livelli alti la sola area che non aumenta in presenze è il Centro (Grafico 173, 174)

**Grafico 173 - Anziani non autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria.  
Valori assoluti per area geografica nel 2009 e 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

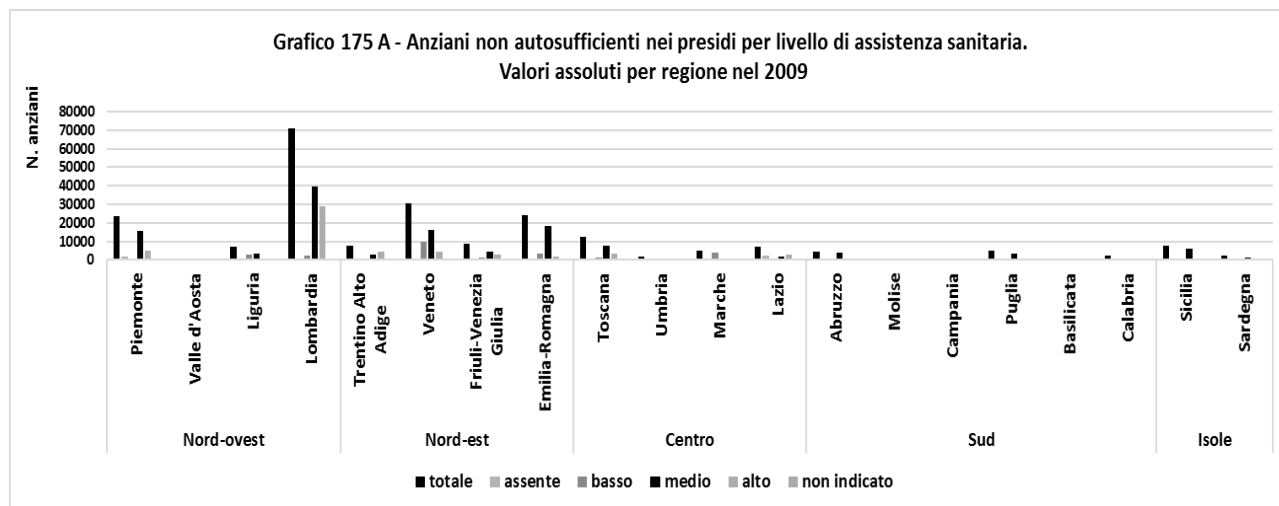
**Grafico 174 - Anziani non autosufficienti ospiti nei Presidi per livello di assistenza sanitaria.  
Valori % per area geografica nel 2009 e 2013**



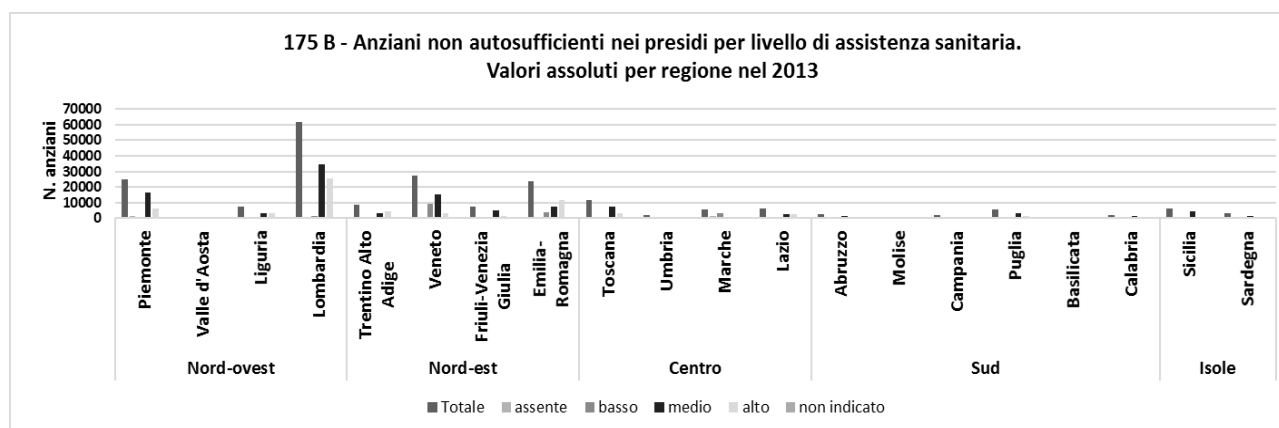
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

I dati sulle regioni indicano che in 14 diminuiscono le presenze degli anziani non autosufficienti nei Presidi che non offrono prestazioni sanitarie e in 12 in quelle in cui l'offerta è di livello basso. Per il livello medio e alto di prestazioni abbiamo 9 regioni in cui i Presidi sono in crescita di presenze. Mentre in generale sta avvenendo un allineamento nell'offerta di prestazioni a livello medio alto, in alcune realtà regionali è in atto una dinamica di segno diverso e che non si

giustifica con il complessivo calo di presenze. Questo avviene in regioni con la maggiore presenza di anziani nei Presidi come Lombardia, Veneto, Toscana, ma anche in Abruzzo e Sicilia. Da segnalare, invece, che in Emilia Romagna c'è un notevole aumento di presenze nei Presidi con prestazioni alte e una riduzione in quelle con prestazioni medie, il che fa ipotizzare una qualificazione dell'offerta delle prestazioni (Grafico 175A, 175B, 176A, 176B Tab. 60A, 60B, 61A, 61B, 62A, 62B).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 60 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori assoluti per regione nel 2009**

	Nord-ovest			Nord-est				Centro				Sud				Isole				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>totale</b>	23599	894	7113	71075	7459	30429	8947	24162	12402	1893	5242	7373	4739	954	900	4803	703	2259	7741	2493
<b>assente</b>	1689	12	10	255	3	87	462	262	122	35	580	2474	116	0	134	31	1	0	164	34
<b>basso</b>	867	214	3031	2561	125	10039	1391	3328	1231	237	3851	12	420	201	16	814	165	622	654	722
<b>medio</b>	15898	495	3306	39584	2943	15957	4375	18490	7544	943	65	2005	3977	608	588	3211	505	832	6144	1311
<b>alto</b>	5145	173	766	28676	4388	4346	2720	2082	3505	677	746	2883	226	145	162	746	31	805	779	426
<b>non indicato</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

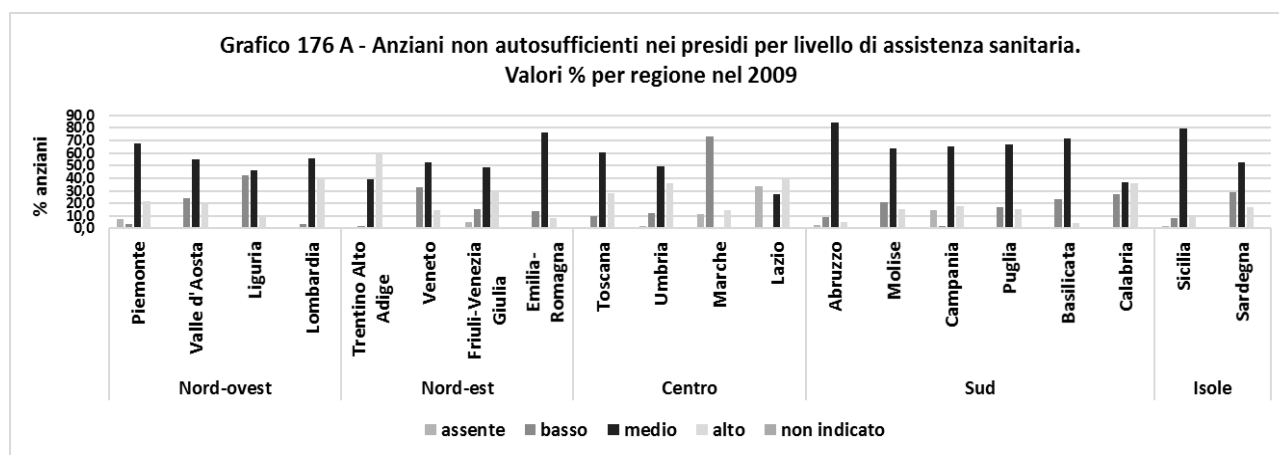
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 60 B - Anziani non autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori assoluti per regione nel 2013**

	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud						Isole	
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>Totale</b>	25028	912	7332	61419	8802	27364	7417	23614	11564	1929	5527	6379	2455	662	2092	5518	886	2218	6439	3296
assente	1447	175	3	11	43	1	1	571	22	0	1364	156	32	0	18	0	1	24	108	107
basso	852	193	1013	1543	607	9217	823	3819	972	144	3489	1092	432	104	309	652	572	319	1073	1022
medio	16307	399	3290	34537	3544	15116	4924	7657	7534	1079	20	2665	1617	489	888	3453	313	1438	4514	1533
alto	6313	145	3026	25328	4608	3031	1669	11567	3025	707	654	2467	374	69	872	1413	..	438	735	633
non indicato	110	..	0	..	0	0	..	..	11	..	..	0	0	..	5	0	..	0	9	..

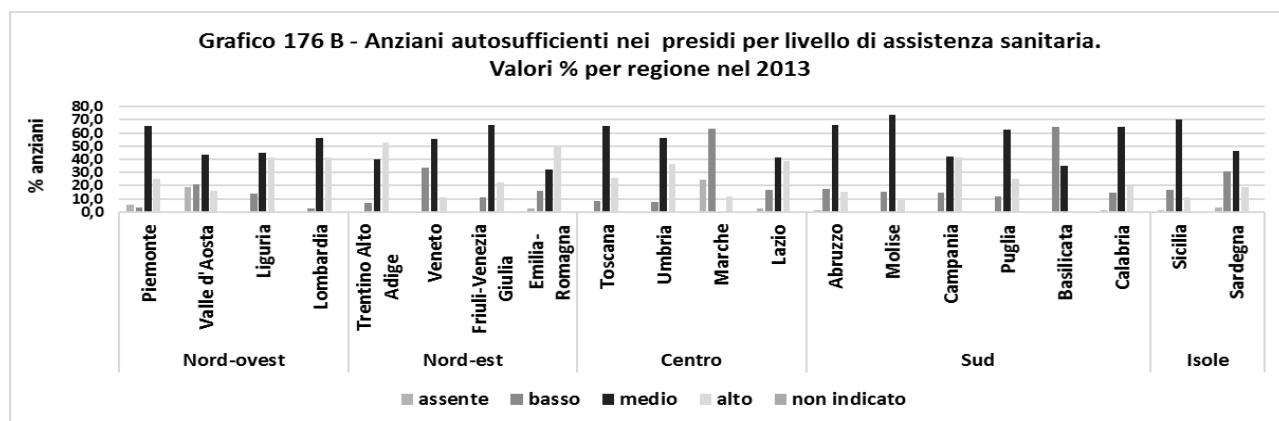
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 176 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori % per regione nel 2009**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Grafico 176 B - Anziani autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori % per regione nel 2013**



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 61 A - Anziani non autosufficienti nei presidi per livello di assistenza sanitaria. Valori % per regione nel 2009**

	Nord-ovest				Nord-est				Centro				Sud						Isole	
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
assente	7,2	1,3	0,1	0,4	0,0	0,3	5,2	1,1	1,0	1,8	11,1	33,6	2,4	0,0	14,9	0,6	0,1	0,0	2,1	1,4
basso	3,7	23,9	42,6	3,6	1,7	33,0	15,5	13,8	9,9	12,5	73,5	0,2	8,9	21,1	1,8	16,9	23,5	27,5	8,4	29,0
medio	67,4	55,4	46,5	55,7	39,5	52,4	48,9	76,5	60,8	49,8	1,2	27,2	83,9	63,7	65,3	66,9	71,8	36,8	79,4	52,6
alto	21,8	19,4	10,8	40,3	58,8	14,3	30,4	8,6	28,3	35,8	14,2	39,1	4,8	15,2	18,0	15,5	4,4	35,6	10,1	17,1
non indicato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Elaborazione AUSER su dati ISTAT



	Nord-ovest			Nord-est				Centro				Sud				Isole				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
assente	5,8	19,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	2,4	0,2	0,0	24,7	2,4	1,3	0,0	0,9	0,0	0,1	1,1	1,7	3,2
basso	3,4	21,2	13,8	2,5	6,9	33,7	11,1	16,2	8,4	7,5	63,1	17,1	17,6	15,7	14,8	11,8	64,6	14,4	16,7	31,0
medio	65,2	43,8	44,9	56,2	40,3	55,2	66,4	32,4	65,2	55,9	0,4	41,8	65,9	73,9	42,4	62,6	35,3	64,8	70,1	46,5
alto	25,2	15,9	41,3	41,2	52,4	11,1	22,5	49,0	26,2	36,7	11,8	38,7	15,2	10,4	41,7	25,6	..	19,7	11,4	19,2
non indicato	0,4	..	0,0	..	0,0	0,0	..	..	0,1	..	..	0,0	0,0	..	0,2	0,0	..	0,0	0,1	..

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

	2009											
	assente	%	basso	%	medio	%	alto	%	non indicato	%	tutte le voci	%
<b>Italia</b>	6472	100	30502	100	128780	100	59428	100	0	100	225182	100
<b>Nord ovest</b>	1966	30,4	6673	21,9	59283	46,0	34760	58,5	0	0	102682	45,6
<b>Piemonte</b>	1689	26,1	867	2,8	15898	12,3	5145	8,7	0	0	23599	10,5
<b>Valle d'Aosta</b>	12	0,2	214	0,7	495	0,4	173	0,3	0	0	894	0,4
<b>Liguria</b>	10	0,2	3031	9,9	3306	2,6	766	1,3	0	0	7113	3,2
<b>Lombardia</b>	255	3,9	2561	8,4	39584	30,7	28676	48,3	0	0	71075	31,6
<b>Nord est</b>	814	12,6	14883	48,8	41765	32,4	13536	22,8	0	0	70998	31,5
<b>Trentino Alto Adige</b>	3	0,0	125	0,4	2943	2,3	4388	7,4	0	0	7459	3,3
<b>Veneto</b>	87	1,3	10039	32,9	15957	12,4	4346	7,3	0	0	30429	13,5
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	462	7,1	1391	4,6	4375	3,4	2720	4,6	0	0	8947	4,0
<b>Emilia-Romagna</b>	262	4,0	3328	10,9	18490	14,4	2082	3,5	0	0	24162	10,7
<b>Centro</b>	3211	49,6	5331	17,5	10557	8,2	7810	13,1	0	0	26910	12,0
<b>Toscana</b>	122	1,9	1231	4,0	7544	5,9	3505	5,9	0	0	12402	5,5
<b>Umbria</b>	35	0,5	237	0,8	943	0,7	677	1,1	0	0	1893	0,8
<b>Marche</b>	580	9,0	3851	12,6	65	0,1	746	1,3	0	0	5242	2,3
<b>Lazio</b>	2474	38,2	12	0,0	2005	1,6	2883	4,9	0	0	7373	3,3
<b>Sud</b>	282	4,4	2239	7,3	9720	7,5	2116	3,6	0	0	14357	6,4
<b>Abruzzo</b>	116	1,8	420	1,4	3977	3,1	226	0,4	0	0	4739	2,1
<b>Molise</b>	0	0,0	201	0,7	608	0,5	145	0,2	0	0	954	0,4
<b>Campania</b>	134	2,1	16	0,1	588	0,5	162	0,3	0	0	900	0,4
<b>Puglia</b>	31	0,5	814	2,7	3211	2,5	746	1,3	0	0	4803	2,1
<b>Basilicata</b>	1	0,0	165	0,5	505	0,4	31	0,1	0	0	703	0,3
<b>Calabria</b>	0	0,0	622	2,0	832	0,6	805	1,4	0	0	2259	1,0
<b>Isole</b>	198	3,1	1376	4,5	7455	5,8	1206	2,0	0	0	10234	4,5
<b>Sicilia</b>	164	2,5	654	2,1	6144	4,8	779	1,3	0	0	7741	3,4
<b>Sardegna</b>	34	0,5	722	2,4	1311	1,0	426	0,7	0	0	2493	1,1

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

	2013											
	assente	%	basso	%	medio	%	alto	%	non indicato	%	tutte le voci	%
<b>Italia</b>	4084	100	28246	100	111317	100	67073	100	134	100	210854	100
<b>Nord ovest</b>	1636	40,1	3601	12,7	54533	49,0	34812	51,9	110	82,1	94692	44,9
<b>Piemonte</b>	1447	35,4	852	3,0	16307	14,6	6313	9,4	110	82,1	25028	11,9
<b>Valle d'Aosta</b>	175	4,3	193	0,7	399	0,4	145	0,2	..	..	912	0,4
<b>Liguria</b>	3	0,1	1013	3,6	3290	3,0	3026	4,5	0	0,0	7332	3,5
<b>Lombardia</b>	11	0,3	1543	5,5	34537	31,0	25328	37,8	..	..	61419	29,1
<b>Nord est</b>	616	15,1	14466	51,2	31240	28,1	20876	31,1	0	0,0	67197	31,9
<b>Trentino Alto Adige</b>	43	1,1	607	2,1	3544	3,2	4608	6,9	0	0,0	8802	4,2
<b>Veneto</b>	1	0,0	9217	32,6	15116	13,6	3031	4,5	0	0,0	27364	13,0
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	1	0,0	823	2,9	4924	4,4	1669	2,5	..	..	7417	3,5
<b>Emilia-Romagna</b>	571	14,0	3819	13,5	7657	6,9	11567	17,2	..	..	23614	11,2
<b>Centro</b>	1541	37,7	5696	20,2	11298	10,1	6853	10,2	11	8,2	25399	12,0
<b>Toscana</b>	22	0,5	972	3,4	7534	6,8	3025	4,5	11	8,2	11564	5,5
<b>Umbria</b>	0	0,0	144	0,5	1079	1,0	707	1,1	..	..	1929	0,9
<b>Marche</b>	1364	33,4	3489	12,4	20	0,0	654	1,0	..	..	5527	2,6
<b>Lazio</b>	156	3,8	1092	3,9	2665	2,4	2467	3,7	0	0,0	6379	3,0
<b>Sud</b>	75	1,8	2388	8,5	8198	7,4	3165	4,7	5	3,7	13832	6,6
<b>Abruzzo</b>	32	0,8	432	1,5	1617	1,5	374	0,6	0	0,0	2455	1,2
<b>Molise</b>	0	0,0	104	0,4	489	0,4	69	0,1	..	..	662	0,3
<b>Campania</b>	18	0,4	309	1,1	888	0,8	872	1,3	5	3,7	2092	1,0
<b>Puglia</b>	0	0,0	652	2,3	3453	3,1	1413	2,1	0	0,0	5518	2,6
<b>Basilicata</b>	1	0,0	572	2,0	313	0,3	..	..	..	..	886	0,4
<b>Calabria</b>	24	0,6	319	1,1	1438	1,3	438	0,7	0	0,0	2218	1,1
<b>Isole</b>	215	5,3	2096	7,4	6047	5,4	1367	2,0	9	6,7	9734	4,6
<b>Sicilia</b>	108	2,6	1073	3,8	4514	4,1	735	1,1	9	6,7	6439	3,1
<b>Sardegna</b>	107	2,6	1022	3,6	1533	1,4	633	0,9	..	..	3296	1,6

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

## 6.5.6. LA GESTIONE DEI PRESIDI

### 6.5.6.1. Natura giuridica del titolare dei Presidi

La natura giuridica dei titolari dei Presidi è, nel 2013, in carico a enti *non profit* nel 44,7% dei casi (42,9% nel 2009), a enti pubblici nel 29% (30,5% nel 2009), a enti privati *for profit* nel 25% dei casi (23,3% nel 2009).

Varia sensibilmente la situazione nelle diverse aree geografica. Nel Nord Ovest ben il 53,1% la titolarità è di soggetti non profit, nel Nord Est sono i soggetti pubblici ad avere una netta prevalenza con il 50,4%. Nel Centro c'è una situazione leggermente più equilibrata tra le tre titolarità: rispettivamente 24,5% pubblico, 39,5% non profit, 32,1% for profit.

Nel passaggio dal 2009 al 2013 c'è un leggero ridimensionamento delle titolarità pubblica a favore tanto del non profit che del profit (Grafico 178,179, 180,181A, 181B,182A, 182B, Tab. 63A, 63B).



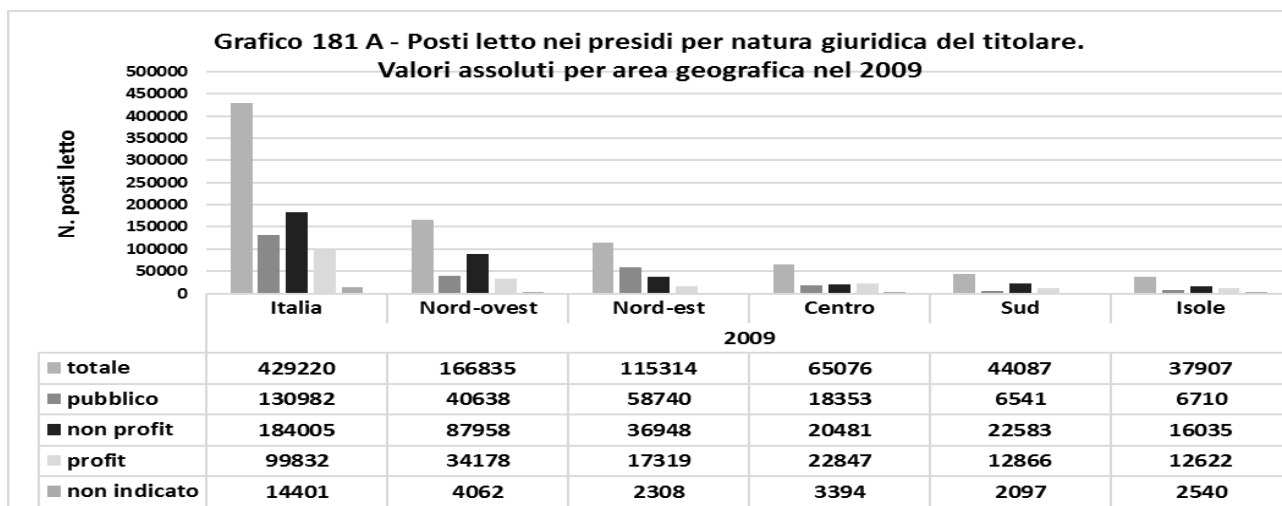
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



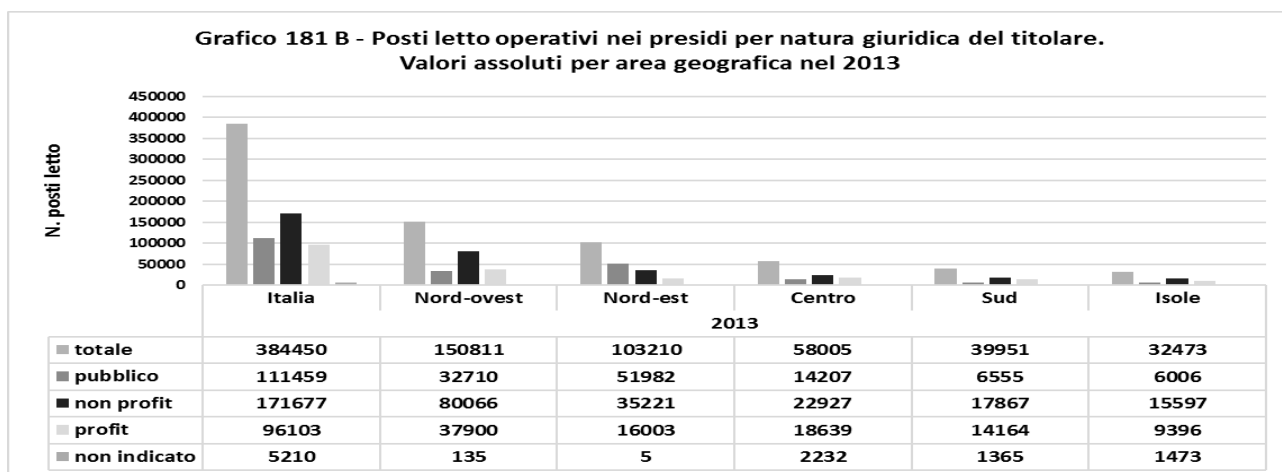
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



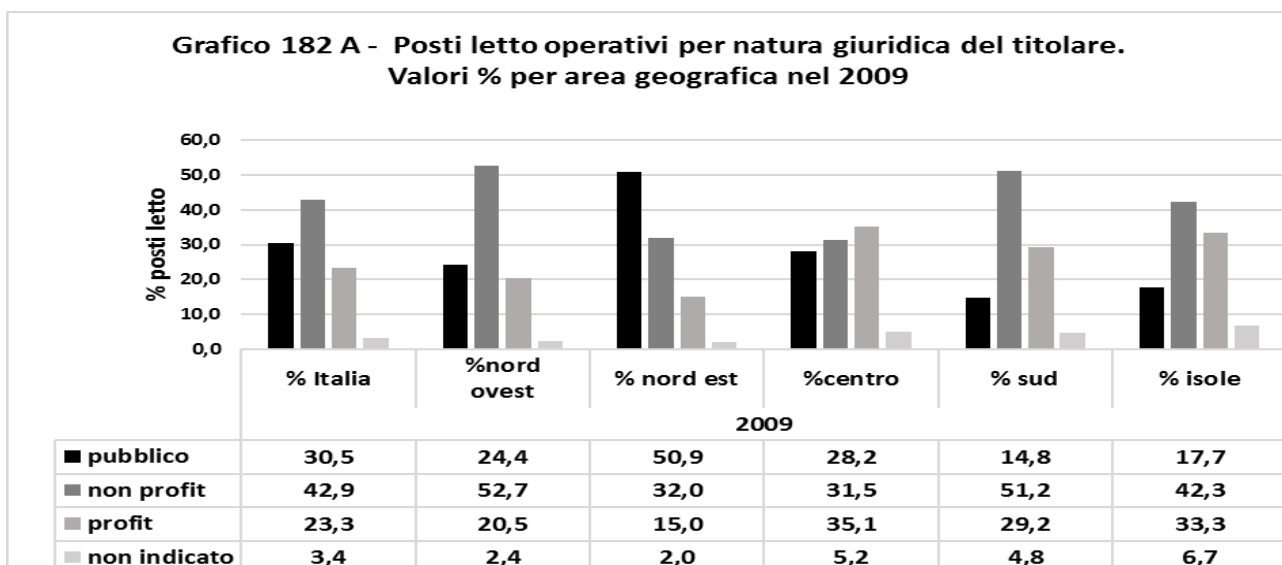
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



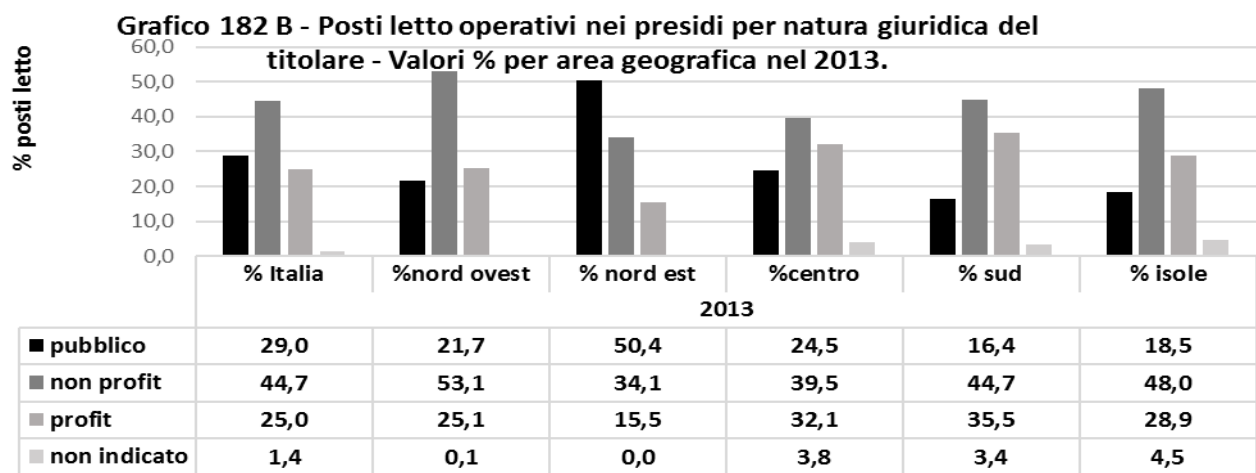
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 63 A - Posti letto nei presidi per natura giuridica del titolare. Valori assoluti e % per area e regione nel 2009.**

	2009									
	pubblico	%	non profit	%	profit	%	non indicato	%	totale	%
<b>Italia</b>	130982	100	184005	100	99832	100	14401	100	429220	100
<b>Nord ovest</b>	40638	31,0	87958	47,8	34178	34,2	4062	28,2	166835	38,9
Piemonte	19772	15,1	13912	7,6	9783	9,8	19	0,1	43485	10,1
Valle D'Aosta	693	0,5	372	0,2	154	0,2	54	0,4	1274	0,3
Liguria	3868	3,0	6383	3,5	5539	5,5	609	4,2	16400	3,8
Lombardia	16305	12,4	67290	36,6	18702	18,7	3380	23,5	105677	24,6
<b>Nord est</b>	58740	44,8	36948	20,1	17319	17,3	2308	16,0	115314	26,9
Trentino Alto Adige	9455	7,2	2582	1,4	696	0,7	0	0,0	12732	3,0
Veneto	23833	18,2	17316	9,4	3165	3,2	2308	16,0	46621	10,9
Friuli-Venezia Giulia	7601	5,8	3031	1,6	2894	2,9	0	0,0	13525	3,2
Emilia-Romagna	17851	13,6	14020	7,6	10565	10,6	0	0,0	42436	9,9
<b>Centro</b>	18353	14,0	20481	11,1	22847	22,9	3394	23,6	65076	15,2
Toscana	7590	5,8	10646	5,8	4773	4,8	1019	7,1	24029	5,6
Umbria	1622	1,2	1635	0,9	829	0,8	0	0,0	4086	1,0
Marche	5126	3,9	3673	2,0	1613	1,6	1096	7,6	11509	2,7
Lazio	4015	3,1	4528	2,5	15631	15,7	1279	8,9	25453	5,9
<b>Sud</b>	6541	5,0	22583	12,3	12866	12,9	2097	14,6	44087	10,3
Abruzzo	2512	1,9	3740	2,0	3203	3,2	684	4,7	10139	2,4
Molise	361	0,3	1131	0,6	856	0,9	599	4,2	2947	0,7
Campania	1478	1,1	5416	2,9	1812	1,8	0	0,0	8706	2,0
Puglia	1411	1,1	7193	3,9	4291	4,3	539	3,7	13434	3,1
Basilicata	187	0,1	1593	0,9	228	0,2	29	0,2	2037	0,5
Calabria	592	0,5	3509	1,9	2476	2,5	247	1,7	6824	1,6
<b>Isole</b>	6710	5,1	16035	8,7	12622	12,6	2540	17,6	37907	8,8
Sicilia	5139	3,9	11757	6,4	11353	11,4	2123	14,7	30372	7,1
Sardegna	1570	1,2	4278	2,3	1269	1,3	417	2,9	7535	1,8

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tab. 63 B - Posti letto nei presidi per natura giuridica del titolare. Valori assoluti e % per e regione nel 2013

	2013									
	pubblico	%	non profit	%	profit	%	non indicato	%	totale	%
Italia	111459	100	171677	100	96103	100	5210	100	384450	100
Nord ovest	32710	29,3	80066	46,6	37900	39,4	135	2,6	150811	39,2
Piemonte	16161	14,5	17004	9,9	17352	18,1	0	0,0	50517	13,1
Valle D'Aosta	751	0,7	518	0,3	136	0,1	0	0,0	1405	0,4
Liguria	3380	3,0	6743	3,9	5690	5,9	102	2,0	15915	4,1
Lombardia	12417	11,1	55801	32,5	14722	15,3	33	0,6	82973	21,6
Nord est	51982	46,6	35221	20,5	16003	16,7	5	0,1	103210	26,8
Trentino Alto	8951	8,0	2494	1,5	1017	1,1	0	0,0	12462	3,2
Veneto	20611	18,5	14585	8,5	3638	3,8	0	0,0	38833	10,1
Friuli Venezia Giulia	6447	5,8	2939	1,7	2036	2,1	0	0,0	11423	3,0
Emilia-Romagna	15972	14,3	15203	8,9	9312	9,7	5	0,1	40492	10,5
Centro	14207	12,7	22927	13,4	18639	19,4	2232	42,8	58005	15,1
Toscana	6679	6,0	8187	4,8	4976	5,2	259	5,0	20102	5,2
Umbria	1655	1,5	1706	1,0	1022	1,1	0	0,0	4383	1,1
Marche	3580	3,2	4307	2,5	1648	1,7	1439	27,6	10973	2,9
Lazio	2293	2,1	8727	5,1	10992	11,4	534	10,2	22546	5,9
Sud	6555	5,9	17867	10,4	14164	14,7	1365	26,2	39951	10,4
Abruzzo	1686	1,5	1744	1,0	1699	1,8	0	0,0	5129	1,3
Molise	254	0,2	991	0,6	591	0,6	104	2,0	1940	0,5
Campania	2046	1,8	4045	2,4	3669	3,8	265	5,1	10026	2,6
Puglia	1244	1,1	6046	3,5	5277	5,5	737	14,1	13304	3,5
Basilicata	497	0,4	1772	1,0	526	0,5	0	0,0	2795	0,7
Calabria	829	0,7	3268	1,9	2402	2,5	258	5,0	6757	1,8
Isole	6006	5,4	15597	9,1	9396	9,8	1473	28,3	32473	8,4
Sicilia	4033	3,6	11234	6,5	7775	8,1	920	17,7	23962	6,2
Sardegna	1973	1,8	4363	2,5	1622	1,7	553	10,6	8511	2,2

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

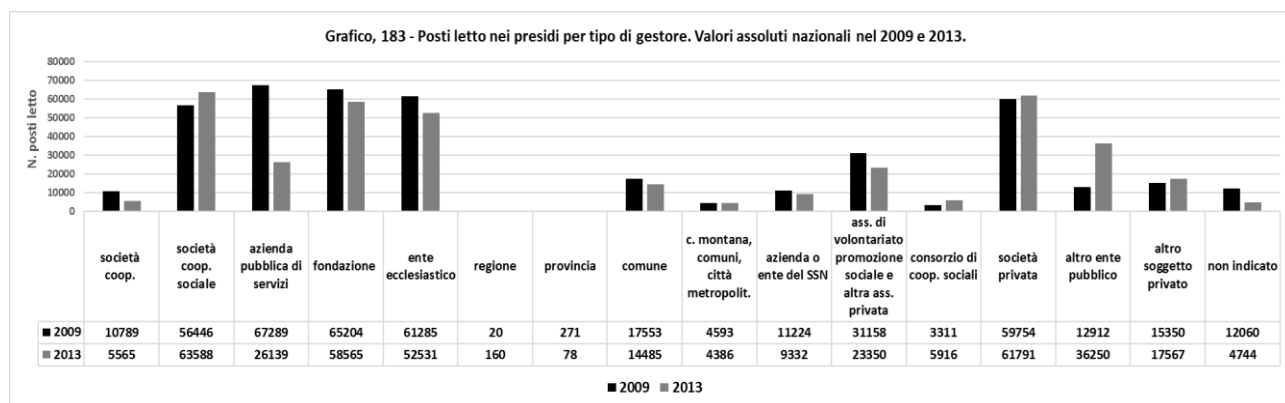
#### 6.5.6.2. Posti letto operativi nei Presidi per tipo di gestore

Nel 2013 il 75,1% dei gestori dei presidi sono privati. I principali gruppi sono il 17,9% cooperative, il 16,1 società private, il 15,2% fondazioni, il 13,7% enti ecclesiastici. La gestione pubblica interessa il 23,5% dei Presidi e si articola tra Comuni, Aziende pubbliche di servizio, Aziende del SSN, altri enti pubblici.

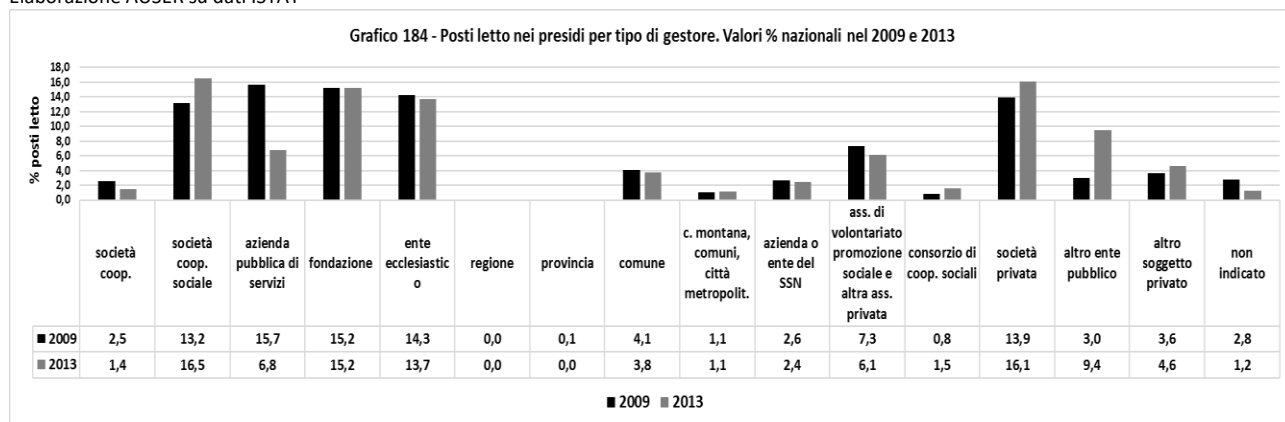
Nel passaggio dal 2009 al 2013 alcune gestioni registrano importanti incrementi percentuali anche se poco significative in valore assoluto. Si tratta dell'800% di incremento delle gestioni delle Regioni, del 280,7 % di altri enti pubblici e del 78,7% dei consorzi di cooperative sociali. A questo corrisponde un decremento significativo delle Province del 71,2%, del 61,5% di Aziende pubbliche di servizio e del 48,4% di Società cooperative. Si può presumere che si tratti di una riorganizzazione interna al settore pubblico derivante dalle riforme istituzionali in corso (abolizione delle Province) e della riorganizzazione del comparto cooperativo.

Dalla analisi dei gestori nelle diverse aree territoriali la situazione che si presenta vede nel Nord Ovest un incremento del settore privato che si attesta al 81,8%, con una significativa presenza delle Fondazioni con il 26%. Nel Nord Est si realizza un deciso equilibrio tra gestori privati al 54,6% e gestori pubblici al 45,4%. Nel Centro tornano a prevalere i gestori privati con il 73%. Anche nel Meridione la situazione vede l'80% di gestori privati. Nelle Isole i gestori privati si attestano al 76,3% delle gestioni leggermente sopra la media nazionale.

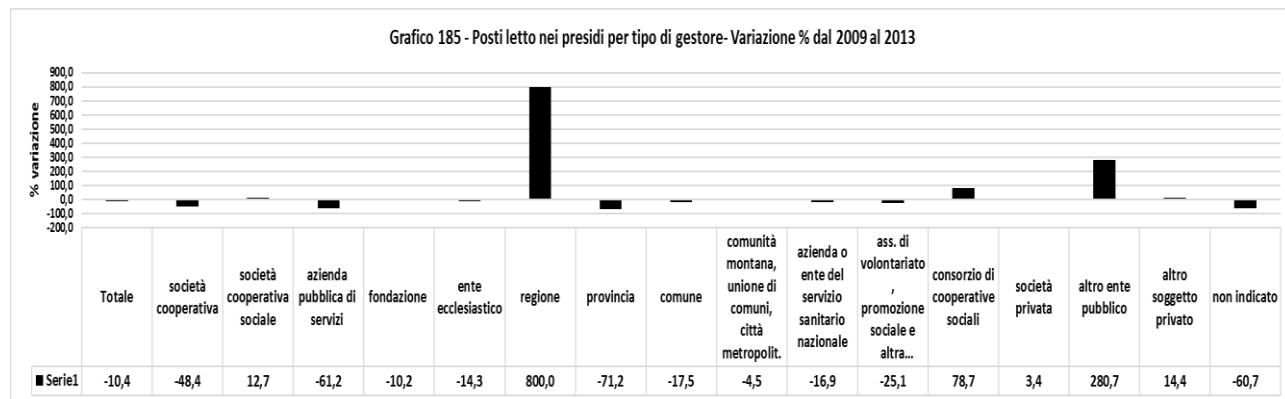
C'è da aggiungere, come rileva l'ISTAT, che i comportamenti dei titolari sono diversificati sul territorio soprattutto per quanto concerne la gestione delle strutture pubbliche. Infatti, al Nord tre strutture pubbliche su quattro sono gestite direttamente o indirettamente da altri enti pubblici mentre nel 17% dei casi sono gestite da enti non profit. La percentuale di strutture pubbliche gestite da enti non profit raddoppia sia al Centro sia nel Mezzogiorno (rispettivamente 31% e 28%). Per quanto riguarda le strutture che hanno un altro ente titolare si riscontra una preferenza, su tutto il territorio, a scegliere una gestione diretta o una gestione affidata ad enti con la stessa natura giuridica. Le strutture profit del Nord affidano la gestione, nel 5% dei casi, ad imprese non profit.



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 64 A - Posti letto operativi nei presidi per tipo di gestione. Valori assoluti e % per area geografica e**

	2009											
	Italia	%	Nord- ovest	%	Nord-est	%	Centro	%	Sud	%	Isole	%
<b>totale</b>	<b>429220</b>	<b>100</b>	<b>166835</b>	<b>100</b>	<b>115314</b>	<b>100</b>	<b>65076</b>	<b>100</b>	<b>44087</b>	<b>100</b>	<b>37907</b>	<b>100</b>
società cooperativa	10789	2,5	2169	1,3	1561	1,4	6024	9,3	761	1,7	274	0,7
società coop. sociale	56446	13,2	23138	13,9	13763	11,9	6486	10,0	8425	19,1	4633	12,2
azienda pubblica di servizi alle persone	67289	15,7	21103	12,6	34654	30,1	5607	8,6	2073	4,7	3853	10,2
fondazione	65204	15,2	43969	26,4	10612	9,2	4286	6,6	4743	10,8	1593	4,2
ente ecclesiastico	61285	14,3	20710	12,4	14156	12,3	10233	15,7	8970	20,3	7216	19,0
regione	20	0,0	0	0,0	0	0,0	20	0,0	0	0,0	0	0,0
provincia	271	0,1	60	0,0	83	0,1	128	0,2	0	0,0	0	0,0
comune	17553	4,1	5479	3,3	8033	7,0	2996	4,6	489	1,1	556	1,5
c. montana, comuni, città metropolitana	4593	1,1	2475	1,5	1727	1,5	293	0,5	98	0,2	0	0,0
azienda o ente del SSN	11224	2,6	2665	1,6	2695	2,3	3811	5,9	1476	3,3	578	1,5
ass. di volontariato, di promozione sociale, altra ass. privata	31158	7,3	6520	3,9	5084	4,4	4654	7,2	4113	9,3	10786	28,5
consorzio di coop. sociali	3311	0,8	1219	0,7	632	0,5	1010	1,6	273	0,6	178	0,5
società privata	59754	13,9	22852	13,7	13060	11,3	12735	19,6	7903	17,9	3204	8,5
altro ente pubblico	12912	3,0	4598	2,8	5074	4,4	1839	2,8	688	1,6	713	1,9
altro soggetto privato	15350	3,6	6109	3,7	2082	1,8	2995	4,6	2046	4,6	2119	5,6
non indicato	12060	2,8	3769	2,3	2098	1,8	1958	3,0	2030	4,6	2205	5,8

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 64 B - Posti letto operativi nei presidi per tipo di gestione. Valori assoluti e % area geografica e**

	2013												
	Italia	%	Nord- ovest	%	Nord- est	%	Centro	%	Sud	%	Isole	%	Δ N/C
<b>totale</b>	<b>384450</b>	<b>100</b>	<b>150811</b>	<b>100</b>	<b>103210</b>	<b>100</b>	<b>58005</b>	<b>100</b>	<b>39951</b>	<b>100</b>	<b>32473</b>	<b>100</b>	<b>-10,4</b>
società cooperativa	5565	1,4	1458	1,0	1392	1,3	1032	1,8	721	1,8	961	3,0	-48,4
società coop. Sociale	63588	16,5	26009	17,2	16383	15,9	6836	11,8	7372	18,5	6987	21,5	12,7
azienda pubblica di servizi alle persone	26139	6,8	5398	3,6	16559	16,0	2646	4,6	1083	2,7	453	1,4	-61,2
fondazione	58565	15,2	39285	26,0	9804	9,5	4177	7,2	3586	9,0	1714	5,3	-10,2
ente ecclesiastico	52531	13,7	18669	12,4	11573	11,2	9780	16,9	6297	15,8	6212	19,1	-14,3
regione	160	0,0	21	0,0	44	0,0	94	0,2	0	0,0	0	0,0	800,0
provincia	78	0,0	39	0,0	22	0,0	18	0,0	0	0,0	0	0,0	-71,2
comune	14485	3,8	5143	3,4	5826	5,6	2537	4,4	386	1,0	594	1,8	-17,5
c. montana, comuni, città metropolitana	4386	1,1	2170	1,4	1535	1,5	335	0,6	162	0,4	184	0,6	-4,5
azienda o ente del servizio sanitario	9332	2,4	1701	1,1	2863	2,8	2647	4,6	1666	4,2	455	1,4	-16,9
ass. di volontariato, di promozione sociale, altra ass. privata	23350	6,1	5643	3,7	4661	4,5	4149	7,2	3313	8,3	5586	17,2	-25,1
consorzio di coop. sociali	5916	1,5	1132	0,8	604	0,6	3683	6,3	340	0,9	157	0,5	78,7
società privata	61791	16,1	23961	15,9	11807	11,4	12635	21,8	10253	25,7	3135	9,7	3,4
altro ente pubblico	36250	9,4	12226	8,1	18096	17,5	1544	2,7	1580	4,0	2804	8,6	280,7
altro soggetto privato	17567	4,6	7821	5,2	2035	2,0	3930	6,8	1902	4,8	1879	5,8	14,4
non indicato	4744	1,2	135	0,1	5	0,0	1963	3,4	1288	3,2	1352	4,2	-60,7

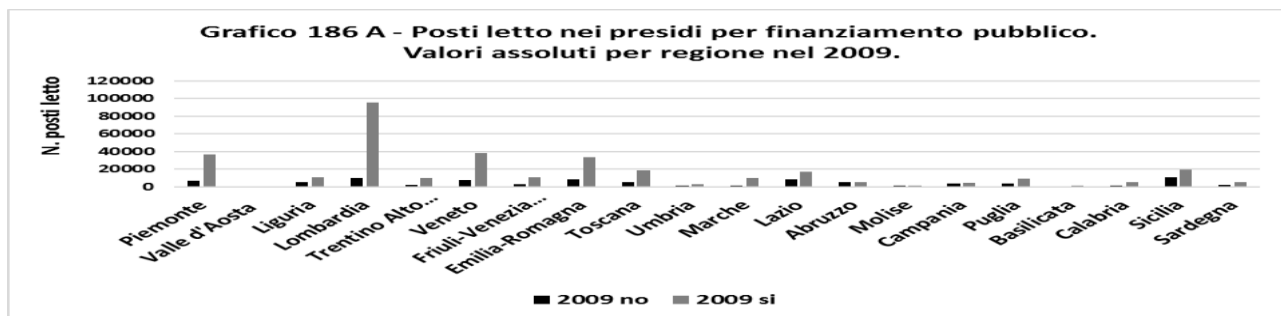
Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.6.3. Finanziamento pubblico

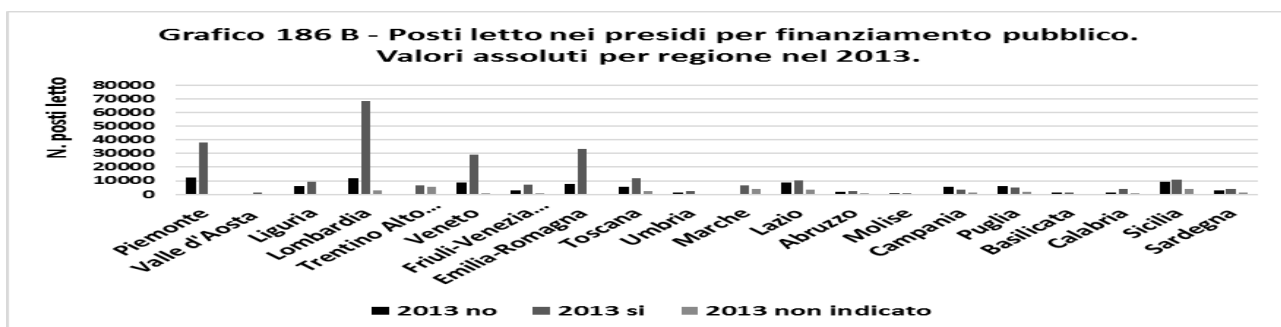
Il 66,7% dei posti letto nei presidi beneficia di finanziamenti pubblici. Nel 2009 era il 78,8%.

Rispetto al totale nazionale che fruiscono di finanziamenti pubblici per il 45,5% sono localizzati nelle Regioni del Nord Ovest con un contributo significativo della Lombardia del 26,6% e

del Piemonte del 14,8 (nel 2009 rispettivamente del 28,2% e del 10,8%). Nel Nord Est i posti letto con finanziamento pubblico sono il 29,7% con l'Emilia Romagna al 12,9% e il Veneto all'11,4%. Nel Centro si scende al 12,3% con la Toscana al 4,7% e il Lazio al 3,9%. Nel Meridione sono il 6,7% a fruire di finanziamenti pubblici con la Puglia al 2% e la Campania all'1,3%. Nelle Isole sono 5,9% con la Sicilia al 4,3% (Grafico 186A, 186B, 187A, 187B, Tab. 65).

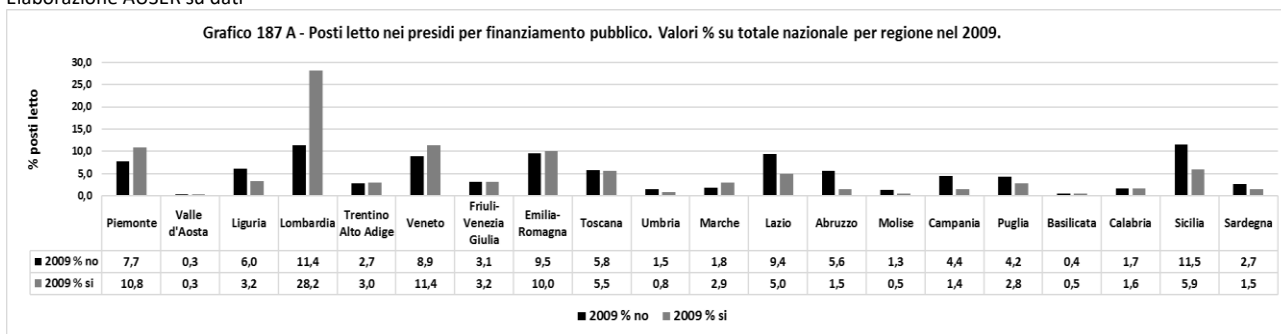


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

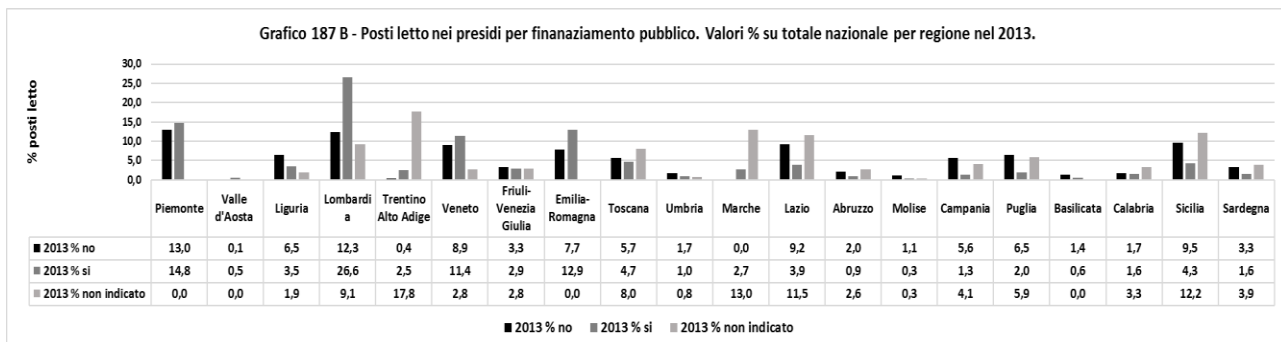


Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Elaborazione AUSER su dati



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



**Tab. 65 - Posti letto nei presidi per finanziamento pubblico. Valori assoluti e % per area e regione nel 2009 e 2013**

	2009								2013							
	Totale	%	no	%	si	%	non indicato	%	Totale	%	no	%	si	%	non indicato	%
Italia	429220	100	91180	100	338039	100	..	100	384450	100	96161	100	256260	100	32028	100
Nord ovest	166835	38,9	23237	25,5	143598	42,5	..	..	150811	39,2	30741	32,0	116530	45,5	3539	11,0
Piemonte	43485	10,1	7045	7,7	36440	10,8	..	..	50517	13,1	12535	13,0	37966	14,8	16	0,0
Valle d'Aosta	1274	0,3	266	0,3	1008	0,3	..	..	1405	0,4	114	0,1	1291	0,5	0	0,0
Liguria	16400	3,8	5516	6,0	10883	3,2	..	..	15915	4,1	6248	6,5	9064	3,5	603	1,9
Lombardia	105677	24,6	10410	11,4	95267	28,2	..	..	82973	21,6	11844	12,3	68209	26,6	2921	9,1
Nord est	115314	26,9	22048	24,2	93267	27,6	..	..	103210	26,8	19573	20,4	76150	29,7	7487	23,4
Trentino Alto Adige	12732	3,0	2469	2,7	10263	3,0	..	..	12462	3,2	348	0,4	6426	2,5	5687	17,8
Veneto	46621	10,9	8095	8,9	38526	11,4	..	..	38833	10,1	8604	8,9	29339	11,4	890	2,8
Friuli-Venezia Giulia	13525	3,2	2782	3,1	10743	3,2	..	..	11423	3,0	3171	3,3	7343	2,9	909	2,8
Emilia-Romagna	42436	9,9	8701	9,5	33735	10,0	..	..	40492	10,5	7450	7,7	33043	12,9	0	0,0
Centro	65076	15,2	16972	18,6	48104	14,2	..	..	58005	15,1	15926	16,6	31420	12,3	10659	33,3
Toscana	24029	5,6	5287	5,8	18742	5,5	..	..	20102	5,2	5492	5,7	12037	4,7	2573	8,0
Umbria	4086	1,0	1412	1,5	2673	0,8	..	..	4383	1,1	1626	1,7	2513	1,0	245	0,8
Marche	11509	2,7	1668	1,8	9840	2,9	..	..	10973	2,9	0	0,0	6821	2,7	4153	13,0
Lazio	25453	5,9	8604	9,4	16849	5,0	..	..	22546	5,9	8809	9,2	10049	3,9	3688	11,5
Sud	44087	10,3	15977	17,5	28111	8,3	..	..	39951	10,4	17610	18,3	17151	6,7	5190	16,2
Abruzzo	10139	2,4	5079	5,6	5061	1,5	..	..	5129	1,3	1955	2,0	2338	0,9	836	2,6
Molise	2947	0,7	1178	1,3	1769	0,5	..	..	1940	0,5	1058	1,1	798	0,3	85	0,3
Campania	8706	2,0	3999	4,4	4707	1,4	..	..	10026	2,6	5361	5,6	3343	1,3	1322	4,1
Puglia	13434	3,1	3835	4,2	9600	2,8	..	..	13304	3,5	6265	6,5	5139	2,0	1900	5,9
Basilicata	2037	0,5	378	0,4	1659	0,5	..	..	2795	0,7	1330	1,4	1465	0,6	0	0,0
Calabria	6824	1,6	1509	1,7	5315	1,6	..	..	6757	1,8	1641	1,7	4068	1,6	1048	3,3
Isole	37907	8,8	12947	14,2	24960	7,4	..	..	32473	8,4	12311	12,8	15010	5,9	5152	16,1
Sicilia	30372	7,1	10529	11,5	19843	5,9	..	..	23962	6,2	9162	9,5	10897	4,3	3903	12,2
Sardegna	7535	1,8	2417	2,7	5118	1,5	..	..	8511	2,2	3149	3,3	4113	1,6	1249	3,9

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

All'interno delle singole aree geografiche a beneficiare in misura prevalente del finanziamento pubblico sono i presidi nelle regioni del Nord Ovest e Nord Est rispettivamente del 77,3% e 73,8%. Nel 2009 le quote rispettive erano dell'86,1% e dell'80,9%. Nelle altre aree la percentuale scende decisamente al 54,2% nel Centro, al 42,9% nel meridione e al 46,2% nelle isole. Nel 2009 le quote del Centro, Meridione e Isole decrescono più decisamente del Nord considerando che erano ente del 73,9% al Centro, del 63,8% nel meridione e del 65,8% nelle isole (Tab. 66A, 66B).

**Tab 66 A - Posti letto operativi nei presidi per finanziamento pubblico. Valori assoluti e % per area geografica nel 2009**

Anno	2009											
	Italia		Nord-ovest		Nord-est		Centro		Sud		Isole	
Territorio	Italia	%	Nord-ovest	%	Nord-est	%	Centro	%	Sud	%	Isole	%
<b>totale</b>	429220	100	166835	100	115314	100	65076	100	44087	100	37907	100
<b>no</b>	91180	21,2	23237	13,9	22048	19,1	16972	26,1	15977	36,2	12947	34,2
<b>si</b>	338039	78,8	143598	86,1	93267	80,9	48104	73,9	28111	63,8	24960	65,8
<b>non indicato</b>	..		..		..		..		..		..	

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

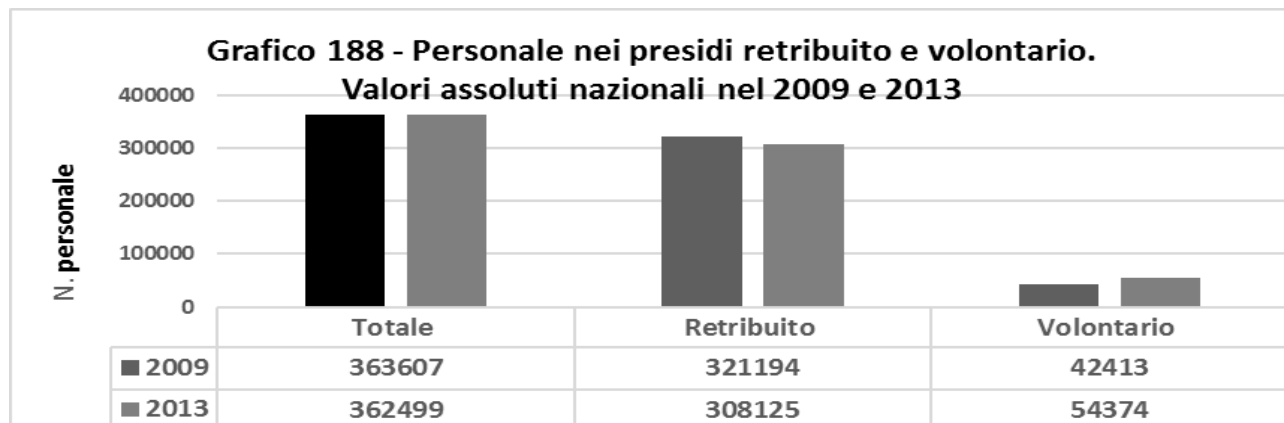
**Tab 66 B - Posti letto operativi nei presidi per finanziamento pubblico. Valori assoluti e % per area geografica nel 2013**

Anno	2013											
	Italia		Nord-ovest		Nord-est		Centro		Sud		Isole	
Territorio	Italia	%	Nord-ovest	%	Nord-est	%	Centro	%	Sud	%	Isole	%
<b>totale</b>	384450	100	150811	100	103210	100	58005	100	39951	100	32473	100
<b>no</b>	96161	22,4	30741	18,4	19573	17,0	15926	24,5	17610	39,9	12311	32,5
<b>si</b>	256260	59,7	116530	69,8	76150	66,0	31420	48,3	17151	38,9	15010	39,6
<b>non indicato</b>	32028	7,5	3539	2,1	7487	6,5	10659	16,4	5190	11,8	5152	13,6

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

#### 6.5.6.4. Il lavoro nei presidi

Nel 2013 il personale impegnato nei presidi ammonta a 362.499 lavoratori di cui 308.125 retribuiti e 54.374 volontari, rispettivamente 85 e 15%. Nel 2009 il totale era di 363.607 di cui 321.194 retribuito e 42.413 volontario: rispettivamente 88,3 e 11,7% (Grafico 188).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Tra il 2009 e il 2013 il totale del personale è diminuito dello 0,3%, quello retribuito è diminuito del 4,1%, mentre il volontario è aumentato del 28,2% (Grafico 189).



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Il rapporto tra personale retribuito e assistiti è di 1,14: praticamente 1 a 1.

Circa il 25% del personale è impegnato in attività di direzione, amministrative e di servizio.

Nel Nord Ovest il personale retribuito diminuisce del 14,1% mentre il volontario aumenta del 18,5%. In particolare diminuisce il personale retribuito del 23,5% in Lombardia, mentre aumenta del 34,2% il personale volontario. A differenza della Lombardia in Piemonte cresce il personale retribuito del 9,8%, mentre il volontario decresce del 27,3%. Un aumento particolare del personale volontario del 147,8% si registra nella Regione Liguria.

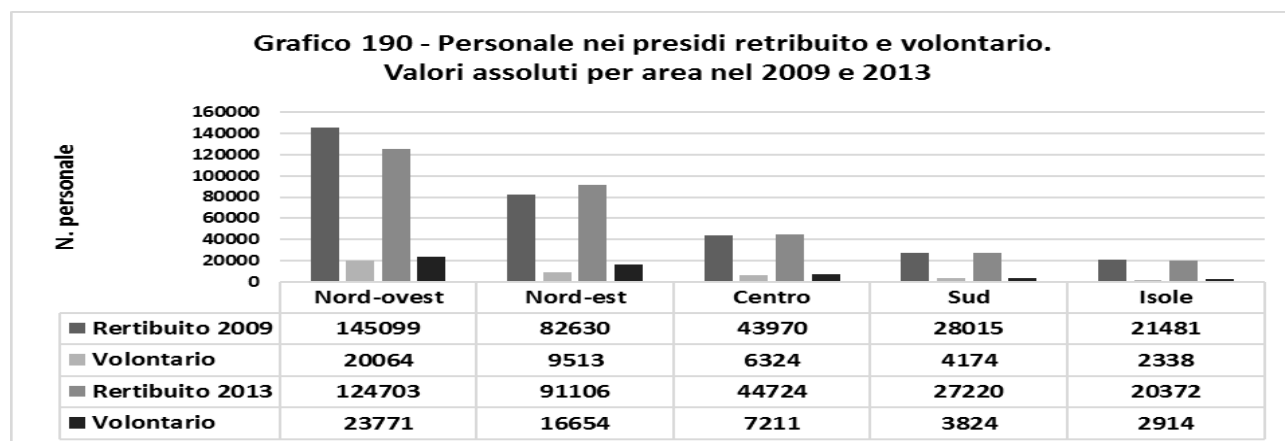
Nel Nord Est aumenta tanto il personale retribuito del 10,3%. Quanto il volontario del 75,1%. Il personale retribuito cresce in particolare in Emilia Romagna del 36,3%, mentre il

volontario ha crescite straordinarie in Trentino ed in Alto Adige rispettivamente del 144,8% e del 385,8%.

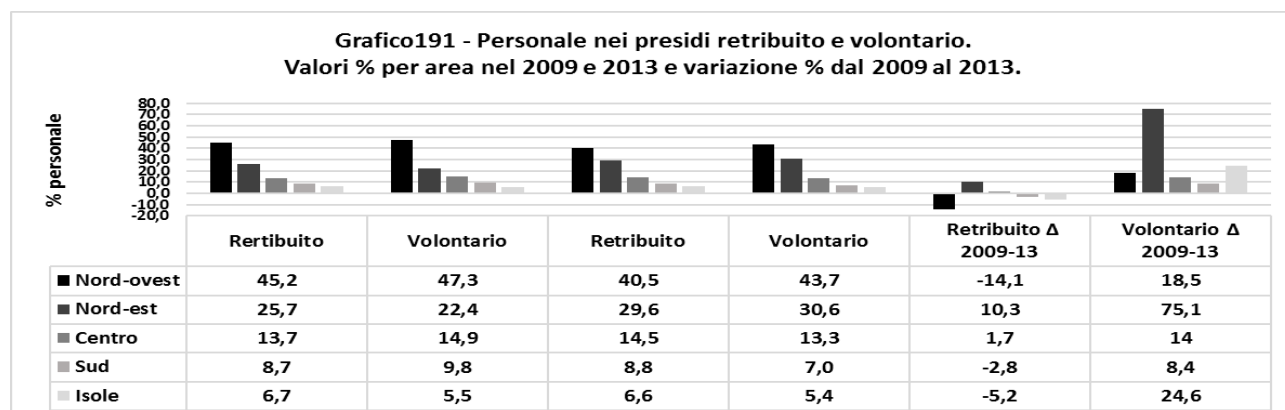
Nel Centro cresce dell'1,7% il personale retribuito e del 14% quello volontario. Nelle singole Regioni a decrescere nel personale retribuito è il Lazio dell'11,9%. Si differenzia la Regione Marche che cresce del 38 % del personale retribuito e diminuisce del 14,2% del personale volontario. L'Umbria cresce in particolare nel personale volontario del 169%.

Nel Meridione la situazione è molto articolata. Decresce il personale retribuito del 2,8% ed aumenta dell'8,4% quello volontario. In Abruzzo ed in Molise decresce tanto il personale retribuito quanto quello volontario, mentre in Basilicata aumentano significativamente tanto l'uno che l'altro. In Campania cresce il personale retribuito del 9,4, mentre diminuisce il volontario del 13,6%.

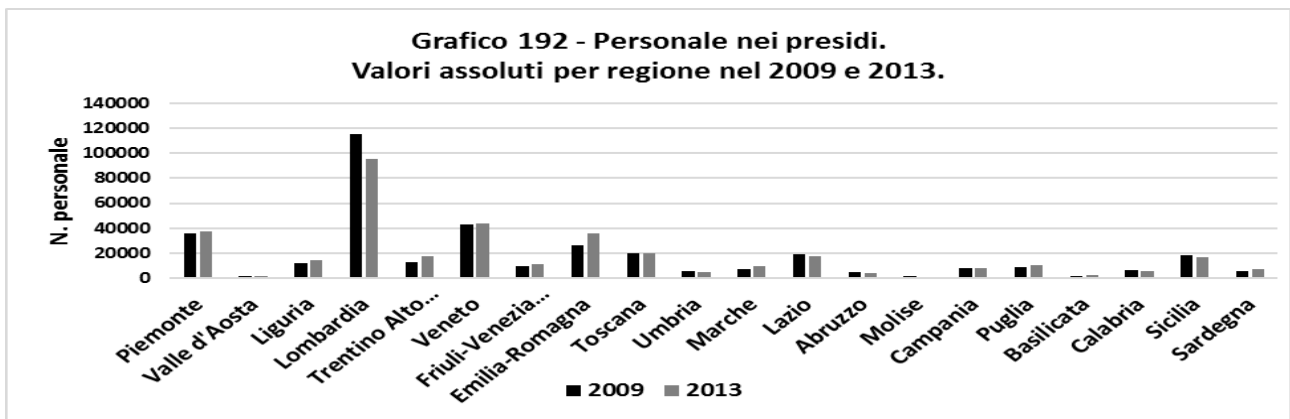
Nelle Isole la media vede diminuire il personale retribuito del 5,2% e aumentare del 24,6% quello volontario. Tuttavia mentre la Sardegna vede crescere sia l'uno che l'altro del 17,8 e del 2,2%, la Sicilia decresce del 12,6% nel personale retribuito e cresce del 32,4% nel personale volontario (Grafico 190, 191, 192, 193,194, 195, 196, 197).



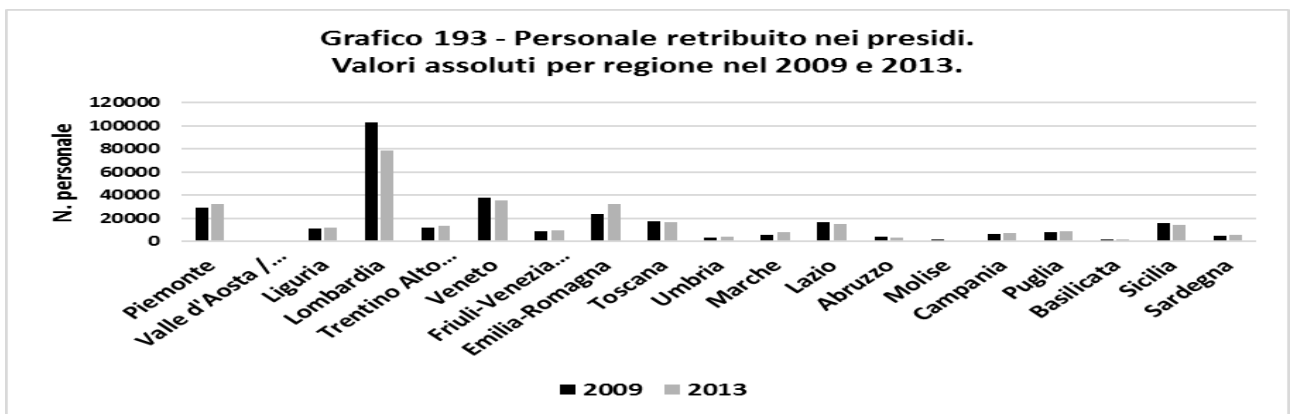
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



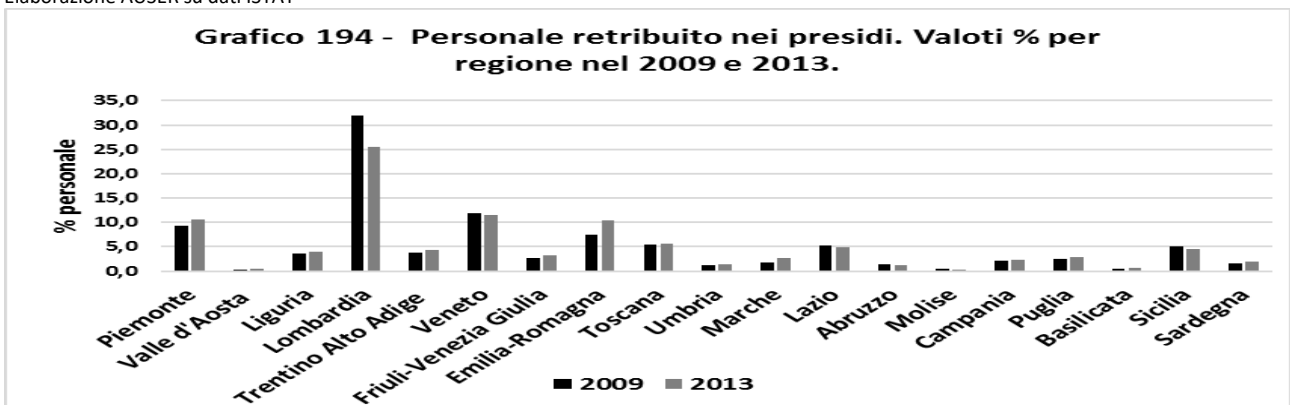
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



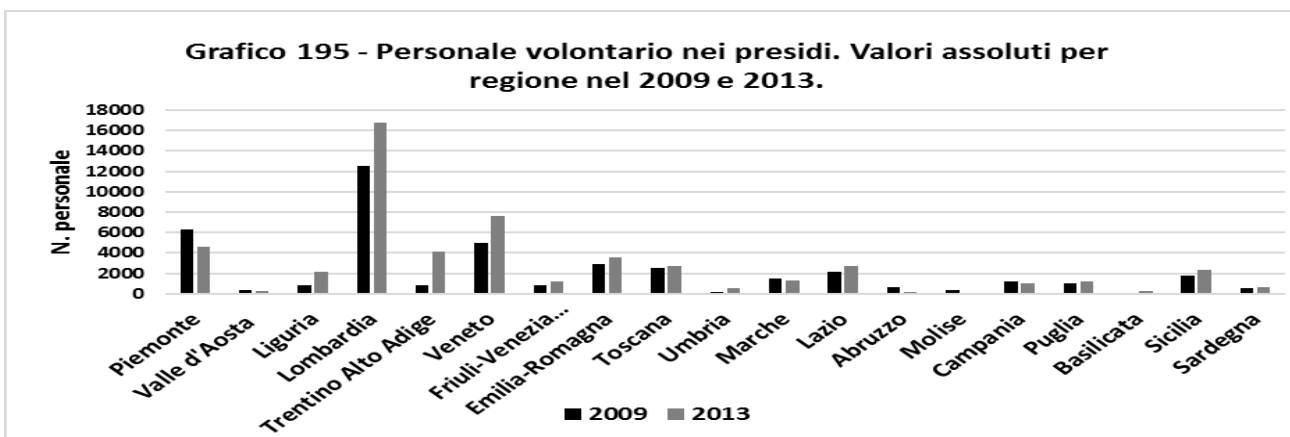
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



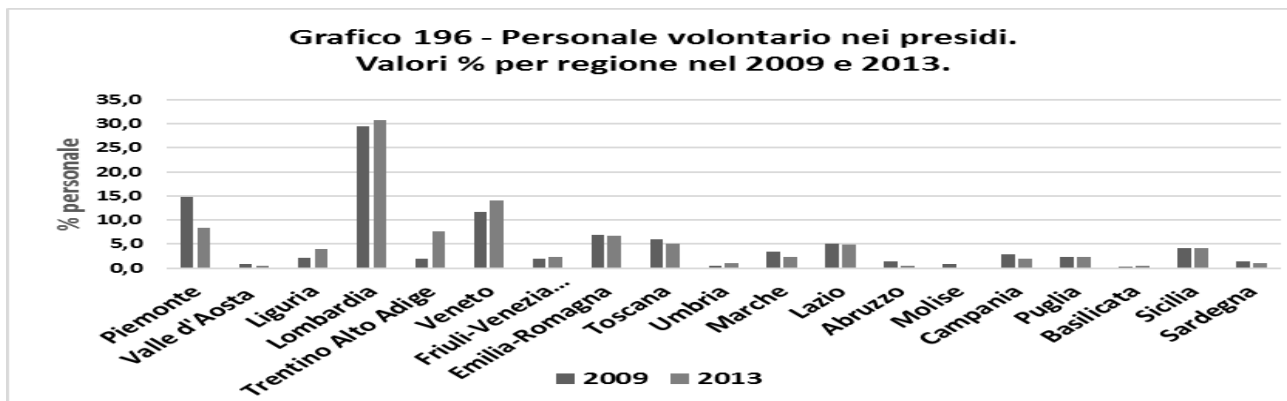
Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Dai precedenti dati emerge come si stia riducendo il personale retribuito e stia aumentando il lavoro volontario. Evidentemente se quest'ultimo non è un modo per coprire fasce di lavoro nero è senza dubbio benvenuto. Tuttavia il contesto in cui questo fenomeno si colloca fa venire seri dubbi. Tanto più se teniamo conto, come analizzato nel V rapporto del Network Non Autosufficienza, del circuito perverso attivato dalla crisi per cui la contrazione delle risorse sta producendo una tendenza alla concentrazione sui casi sanitariamente più critici, alla riduzione degli investimenti nella manutenzione e nelle tecnologie e, infine, alla interruzione dei processi di aggiornamento e formazione del personale. Ne consegue che è in corso un'involuzione delle condizioni lavorative con la conseguenza naturale dell'aumento dei carichi di lavoro, il minor rispetto delle regole di turnazione, il largo uso del lavoro precario e la riduzione degli stipendi (Tab. 67A, 67B).

**Tab. 67 A - Personale retribuito e volontario. Valori assoluti e % per area e regione nel 2009 al 2013**

	2009					
	Totale Personale	%	personale retribuito	%	personale volontario	%
<b>Italia</b>	<b>363607</b>	<b>100</b>	<b>321194</b>	<b>100</b>	<b>42413</b>	<b>100</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>165163</b>	<b>45,4</b>	<b>145099</b>	<b>45,2</b>	<b>20064</b>	<b>47,3</b>
<b>Piemonte</b>	<b>35949</b>	<b>9,9</b>	<b>29647</b>	<b>9,2</b>	<b>6302</b>	<b>14,9</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>1613</b>	<b>0,4</b>	<b>1229</b>	<b>0,4</b>	<b>384</b>	<b>0,9</b>
<b>Liguria</b>	<b>12312</b>	<b>3,4</b>	<b>11432</b>	<b>3,0</b>	<b>880</b>	<b>2,1</b>
<b>Lombardia</b>	<b>115289</b>	<b>31,7</b>	<b>102791</b>	<b>32,0</b>	<b>12498</b>	<b>29,5</b>
<b>Nord est</b>	<b>92143</b>	<b>25,3</b>	<b>82630</b>	<b>25,7</b>	<b>9513</b>	<b>22,4</b>
<b>Trentino Alto Adige</b>	<b>13001</b>	<b>3,6</b>	<b>12146</b>	<b>3,8</b>	<b>855</b>	<b>2,0</b>
<b>Veneto</b>	<b>43016</b>	<b>11,8</b>	<b>38063</b>	<b>11,9</b>	<b>4953</b>	<b>11,7</b>
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	<b>9492</b>	<b>2,6</b>	<b>8692</b>	<b>2,7</b>	<b>800</b>	<b>1,9</b>
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>26634</b>	<b>7,3</b>	<b>23729</b>	<b>7,4</b>	<b>2905</b>	<b>6,8</b>
<b>Centro</b>	<b>50294</b>	<b>13,8</b>	<b>43970</b>	<b>13,7</b>	<b>6324</b>	<b>14,9</b>
<b>Toscana</b>	<b>19800</b>	<b>5,4</b>	<b>17271</b>	<b>5,4</b>	<b>2529</b>	<b>6,0</b>
<b>Umbria</b>	<b>5675</b>	<b>1,6</b>	<b>3749</b>	<b>1,2</b>	<b>203</b>	<b>0,5</b>
<b>Marche</b>	<b>7331</b>	<b>2,0</b>	<b>5862</b>	<b>1,8</b>	<b>1469</b>	<b>3,5</b>
<b>Lazio</b>	<b>19211</b>	<b>5,3</b>	<b>17089</b>	<b>5,3</b>	<b>2122</b>	<b>5,0</b>
<b>Sud</b>	<b>32189</b>	<b>8,9</b>	<b>28015</b>	<b>8,7</b>	<b>4174</b>	<b>9,8</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>5197</b>	<b>1,4</b>	<b>4596</b>	<b>1,4</b>	<b>601</b>	<b>1,4</b>
<b>Molise</b>	<b>1952</b>	<b>0,5</b>	<b>1619</b>	<b>0,5</b>	<b>333</b>	<b>0,8</b>
<b>Campania</b>	<b>7860</b>	<b>2,2</b>	<b>6665</b>	<b>2,1</b>	<b>1195</b>	<b>2,8</b>
<b>Puglia</b>	<b>9159</b>	<b>2,5</b>	<b>8157</b>	<b>2,5</b>	<b>1002</b>	<b>2,4</b>
<b>Basilicata</b>	<b>1626</b>	<b>0,4</b>	<b>1505</b>	<b>0,5</b>	<b>121</b>	<b>0,3</b>
<b>Calabria</b>	<b>6394</b>	<b>1,8</b>	<b>5472</b>	<b>1,7</b>	<b>922</b>	<b>2,2</b>
<b>Isole</b>	<b>23819</b>	<b>6,6</b>	<b>21481</b>	<b>6,7</b>	<b>2338</b>	<b>5,5</b>
<b>Sicilia</b>	<b>17959</b>	<b>4,9</b>	<b>16220</b>	<b>5,0</b>	<b>1739</b>	<b>4,1</b>
<b>Sardegna</b>	<b>5860</b>	<b>1,6</b>	<b>5261</b>	<b>1,6</b>	<b>599</b>	<b>1,4</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

**Tab. 67 B - Personale retribuito e volontario. Valori assoluti e % per area e regione e variazione % dal 2009 al 2013**

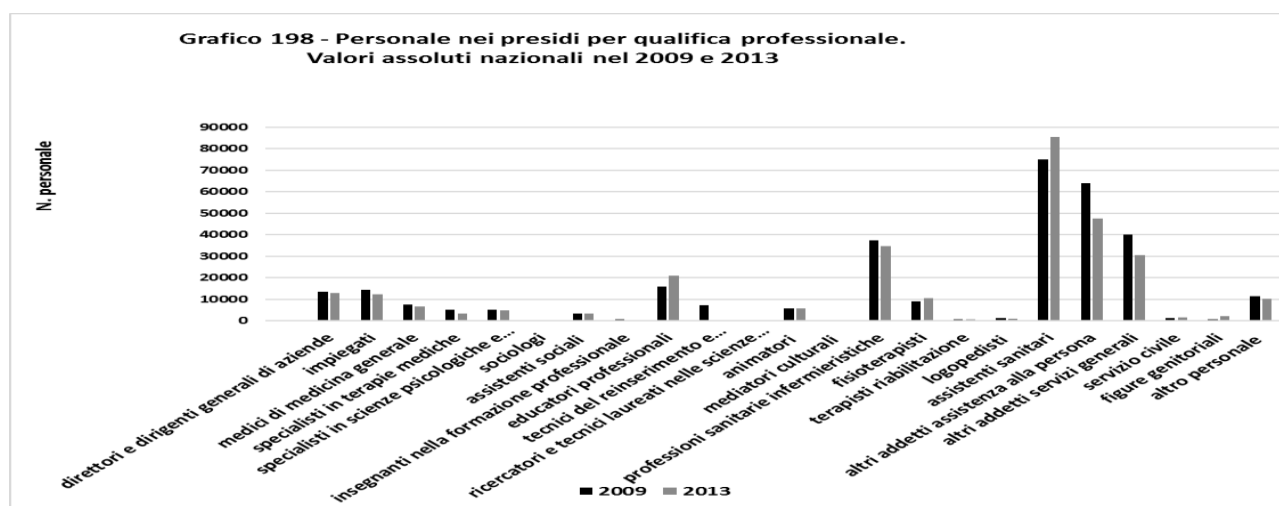
	2013						Variazione % 2009-13 personale retribuito	Variazione % 2009-13 personale volontario
	Totale personale	%	personale retribuito	%	personale volontario	%		
<b>Italia</b>	<b>362499</b>	<b>100</b>	<b>308125</b>	<b>100</b>	<b>54374</b>	<b>100</b>	<b>-4,1</b>	<b>28,2</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>148474</b>	<b>41,0</b>	<b>124703</b>	<b>40,5</b>	<b>23771</b>	<b>40,5</b>	<b>-14,1</b>	<b>18,5</b>
<b>Piemonte</b>	<b>37131</b>	<b>10,2</b>	<b>32550</b>	<b>10,6</b>	<b>4581</b>	<b>10,6</b>	<b>9,8</b>	<b>-27,3</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>1531</b>	<b>0,4</b>	<b>1296</b>	<b>0,4</b>	<b>235</b>	<b>0,4</b>	<b>5,5</b>	<b>-38,8</b>
<b>Liguria</b>	<b>14425</b>	<b>4,0</b>	<b>12244</b>	<b>4,0</b>	<b>2181</b>	<b>4,0</b>	<b>7,1</b>	<b>147,8</b>
<b>Lombardia</b>	<b>95386</b>	<b>5,5</b>	<b>78612</b>	<b>25,5</b>	<b>16774</b>	<b>25,5</b>	<b>23,5</b>	<b>34,2</b>
<b>Nord est</b>	<b>107760</b>	<b>29,7</b>	<b>91106</b>	<b>29,6</b>	<b>16654</b>	<b>29,6</b>	<b>10,3</b>	<b>75,1</b>
<b>Trentino Alto Adige</b>	<b>17452</b>	<b>4,8</b>	<b>13298</b>	<b>4,3</b>	<b>4154</b>	<b>4,3</b>	<b>9,5</b>	<b>385,8</b>
<b>Veneto</b>	<b>43401</b>	<b>12,0</b>	<b>35755</b>	<b>11,6</b>	<b>7646</b>	<b>11,6</b>	<b>-6,1</b>	<b>54,4</b>
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	<b>10957</b>	<b>3,0</b>	<b>9718</b>	<b>3,2</b>	<b>1239</b>	<b>3,2</b>	<b>11,8</b>	<b>54,9</b>
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>35949</b>	<b>9,9</b>	<b>32335</b>	<b>10,5</b>	<b>3614</b>	<b>10,5</b>	<b>36,3</b>	<b>24,4</b>
<b>Centro</b>	<b>47451</b>	<b>13,1</b>	<b>44724</b>	<b>14,5</b>	<b>7211</b>	<b>14,5</b>	<b>1,7</b>	<b>14,0</b>
<b>Toscana</b>	<b>19870</b>	<b>5,5</b>	<b>17143</b>	<b>5,6</b>	<b>2727</b>	<b>5,6</b>	<b>-0,7</b>	<b>7,8</b>
<b>Umbria</b>	<b>4978</b>	<b>1,4</b>	<b>4432</b>	<b>1,4</b>	<b>546</b>	<b>1,4</b>	<b>18,2</b>	<b>169,0</b>
<b>Marche</b>	<b>9353</b>	<b>2,6</b>	<b>8092</b>	<b>2,6</b>	<b>1261</b>	<b>2,6</b>	<b>38,0</b>	<b>-14,2</b>
<b>Lazio</b>	<b>17734</b>	<b>4,9</b>	<b>15057</b>	<b>4,9</b>	<b>2677</b>	<b>4,9</b>	<b>-11,9</b>	<b>26,2</b>
<b>Sud</b>	<b>31044</b>	<b>8,6</b>	<b>27220</b>	<b>8,8</b>	<b>3824</b>	<b>8,8</b>	<b>-2,8</b>	<b>8,4</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>3755</b>	<b>1,0</b>	<b>3536</b>	<b>1,1</b>	<b>219</b>	<b>1,1</b>	<b>-13,1</b>	<b>-63,6</b>
<b>Molise</b>	<b>1093</b>	<b>0,3</b>	<b>1017</b>	<b>0,3</b>	<b>76</b>	<b>0,3</b>	<b>-37,2</b>	<b>-77,2</b>
<b>Campania</b>	<b>8324</b>	<b>2,3</b>	<b>7292</b>	<b>2,4</b>	<b>1032</b>	<b>2,4</b>	<b>9,4</b>	<b>-13,6</b>
<b>Puglia</b>	<b>10084</b>	<b>9,9</b>	<b>8832</b>	<b>2,9</b>	<b>1252</b>	<b>2,9</b>	<b>8,3</b>	<b>25,0</b>
<b>Basilicata</b>	<b>2258</b>	<b>0,6</b>	<b>1990</b>	<b>0,6</b>	<b>268</b>	<b>0,6</b>	<b>32,2</b>	<b>121,5</b>
<b>Calabria</b>	<b>5530</b>	<b>1,5</b>	<b>4553</b>	<b>1,5</b>	<b>977</b>	<b>1,5</b>	<b>-16,8</b>	<b>6,0</b>
<b>Isole</b>	<b>23286</b>	<b>6,4</b>	<b>20372</b>	<b>6,6</b>	<b>2914</b>	<b>6,6</b>	<b>-5,2</b>	<b>24,6</b>
<b>Sicilia</b>	<b>16480</b>	<b>4,5</b>	<b>14177</b>	<b>4,6</b>	<b>2303</b>	<b>4,6</b>	<b>-12,6</b>	<b>32,4</b>
<b>Sardegna</b>	<b>6807</b>	<b>1,9</b>	<b>6195</b>	<b>2,0</b>	<b>612</b>	<b>2,0</b>	<b>17,8</b>	<b>2,2</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

### 6.5.6.5. La presenza di figure professionali nei Presidi

Nel periodo 2009 – 2013 dall'indagine ISTAT risulta che la presenza di figure professionali operanti presso i presidi ha subito una contrazione del 4,1% passando da 321.193 a 308.125.

Le figure professionali prevalenti sono gli assistenti sanitari con 85.474 unità, il 27,7% del totale, altri addetti alla assistenza alla persona con 47.408 unità, il 15,4%, personale sanitario infermieristico con 34.574, il 12,22%, addetti ai servizi generali 30627 unità, 9,9%. I medici in medicina generale sono 6.703 unità, il 2,2%, gli specialisti in terapie mediche 3.375 unità, 1,1%, specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche 4792 unità, 1,6% ) Grafico 198, 199)



Elaborazione AUSER su dati ISTAT



Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Le figure professionali che hanno subito le più pesanti contrazioni sono gli insegnanti nella formazione professionale del 63,6%, gli specialisti in terapie mediche del 34,9%, i mediatori culturali del 29,9%, altri addetti alla assistenza alla persona 26%.

I soli a registrare incrementi sono le figure genitoriali del 267,8%, gli educatori professionali del 32,8%, i terapisti in riabilitazione del 19%, i fisioterapisti del 15,6%, il servizio civile di 2,8% (Tab. 68).

**Tab. 68 - Personale retribuito per qualifica professionale. Valori assoluti e % nel 2009 e 2013 e variazioni % 2009 - 2013**

	Personale retribuito 2009	%	Personale retribuito 2013	%	Variazione % 2013/2009
<b>Qualifica professionale</b>					
<b>Totale</b>	<b>321194</b>	<b>100</b>	<b>308125</b>	<b>100</b>	<b>-4,1</b>
<b>direttori e dirigenti generali di aziende</b>	<b>13549</b>	<b>4,2</b>	<b>13002</b>	<b>4,22</b>	<b>-4,0</b>
<b>impiegati</b>	<b>14559</b>	<b>4,5</b>	<b>12484</b>	<b>4,05</b>	<b>-14,3</b>
<b>medici di medicina generale</b>	<b>7506</b>	<b>2,3</b>	<b>6703</b>	<b>2,18</b>	<b>-10,7</b>
<b>specialisti in terapie mediche</b>	<b>5185</b>	<b>1,6</b>	<b>3375</b>	<b>1,10</b>	<b>-34,9</b>
<b>specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche</b>	<b>5170</b>	<b>1,6</b>	<b>4792</b>	<b>1,56</b>	<b>-7,3</b>
<b>sociologi</b>	<b>282</b>	<b>0,1</b>	<b>264</b>	<b>0,09</b>	<b>-6,4</b>
<b>assistenti sociali</b>	<b>3487</b>	<b>1,1</b>	<b>3487</b>	<b>1,13</b>	<b>0,0</b>
<b>insegnanti nella formazione professionale</b>	<b>815</b>	<b>0,3</b>	<b>296</b>	<b>0,10</b>	<b>-63,6</b>
<b>educatori professionali</b>	<b>15798</b>	<b>4,9</b>	<b>20979</b>	<b>6,81</b>	<b>32,8</b>
<b>tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale</b>	<b>7138</b>	<b>2,2</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>...</b>
<b>ricercatori e tecnici laureati nelle scienze pedagogiche e psicologiche</b>	<b>508</b>	<b>0,2</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>...</b>
<b>animatori</b>	<b>5880</b>	<b>3,6</b>	<b>5723</b>	<b>1,86</b>	<b>-2,7</b>
<b>mediatori culturali</b>	<b>348</b>	<b>0,1</b>	<b>244</b>	<b>0,08</b>	<b>-29,9</b>
<b>professioni sanitarie infermieristiche</b>	<b>37349</b>	<b>11,6</b>	<b>34574</b>	<b>11,22</b>	<b>-7,4</b>
<b>fisioterapisti</b>	<b>9050</b>	<b>2,8</b>	<b>10461</b>	<b>3,40</b>	<b>15,6</b>
<b>terapisti riabilitazione</b>	<b>600</b>	<b>0,2</b>	<b>714</b>	<b>0,23</b>	<b>19,0</b>
<b>logopedisti</b>	<b>1432</b>	<b>0,4</b>	<b>945</b>	<b>0,31</b>	<b>-34,0</b>
<b>assistenti sanitari</b>	<b>74891</b>	<b>23,3</b>	<b>85474</b>	<b>27,74</b>	<b>14,1</b>
<b>altri addetti assistenza alla persona</b>	<b>64072</b>	<b>19,9</b>	<b>47408</b>	<b>15,39</b>	<b>-26,0</b>
<b>altri addetti servizi generali</b>	<b>40166</b>	<b>12,5</b>	<b>30627</b>	<b>9,94</b>	<b>-23,7</b>
<b>servizio civile</b>	<b>1429</b>	<b>0,4</b>	<b>1469</b>	<b>0,48</b>	<b>2,8</b>
<b>figure genitoriali</b>	<b>615</b>	<b>0,2</b>	<b>2262</b>	<b>0,73</b>	<b>267,8</b>
<b>altro personale</b>	<b>11365</b>	<b>3,5</b>	<b>10366</b>	<b>3,36</b>	<b>-8,8</b>

Elaborazione AUSER su dati ISTAT

Dai dati emerge chiaramente come sia in corso un processo ambivalente. Se mentre è da considerare positiva in generale la crescita del personale volontario, questa assume un carattere ben diverso quando il volontariato subentra in forma sostitutiva al personale retribuito.

Quanto sta avvenendo risulta in modo chiaro dal sondaggio realizzato presso 17 testimoni privilegiati riportato nel Quinto rapporto del Network Non Autosufficienza *“L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 2015”*. Dal questionario risulta ampiamente diffuso il convincimento che sia *“in corso un’involuzione delle condizioni lavorative. Fra le criticità indicate si segnalano l’aumento dei carichi di lavoro, il minor rispetto delle regole di turnazione, il largo uso del lavoro precario, la riduzione degli stipendi e ritardi anche molto consistenti nel pagamento degli operatori”*.

Per quanto riguarda specificamente i servizi residenziali, si rilevano situazioni differenziate. Accanto a quelle più stabili, in cui non viene riferito un peggioramento delle condizioni lavorative (Lombardia e Friuli-Venezia Giulia), ve ne sono altre in tendenziale aggravamento. Nelle Marche è in corso un aumento di convenzioni con personale delle cooperative che permette il massimo della flessibilità, mentre nei servizi residenziali gestiti dall’azienda sanitaria è iniziato l’affidamento a cooperative per la fornitura di infermieri e OSS.

Un elemento messo in rilievo da diversi intervistati riguarda l’aggravarsi delle condizioni di salute degli anziani, che si riflette sul lavoro degli operatori, chiamati a svolgere attività più



complesse e continue. A fronte del “problema tempo”, ciò rischia di determinare uno schiacciamento dell’assistenza sui bisogni primari, mentre sarebbe necessario instaurare relazioni di cura che tengano conto della complessità dei casi e della loro peculiarità.

Controversa risulta la valutazione per quanto riguarda la tendenza all’interruzione dei processi di aggiornamento e formazione del personale. Nel complesso la formazione appare oggi legata all’iniziativa del singolo ente e agli adempimenti imposti dalla normativa (ad esempio al personale sanitario in medicina, nel campo della sicurezza, ecc.). Nel primo caso gli esperti segnalano dei ridimensionamenti “a macchia di leopardo” (che possono anche arrivare all’interruzione totale, soprattutto in ambito sociale), mentre per quanto riguarda la formazione obbligatoria non emergono variazioni in negativo; anzi, la recente entrata in vigore della formazione continua cogente anche per la categoria degli assistenti sociali è stata sottolineata da molti. In ambito residenziale la formazione risulta essere ancora un settore di investimento in Lombardia, dove l’aggiornamento tecnico-professionale è stato inserito tra gli indicatori di *rating* delle strutture, su espressa richiesta dell’Associazione dei gestori. In Calabria, i processi di aggiornamento e di formazione del personale in ambito sanitario proseguono attraverso progetti regionali e ministeriali. Complessivamente, nella formazione obbligatoria legata alla normativa sull’accreditamento o sull’affidamento dei servizi appare determinante la realizzazione di verifiche da parte della committenza, ma anche il sostegno di tali attività attraverso rimborsi appropriati al costo dei servizi.

#### **6.5.6.6. Liste di attesa**

Dai dati della ricerca AUSER del 2012 il 45% dei responsabili di RSA dichiarava l’esistenza di liste di attesa. Il dato risulta più elevato nelle regioni del Nord Italia (46,3%) e in quelle del Sud (48,3%) mentre, sebbene piuttosto elevato, appena più confortante è il dato rilevato nelle Residenze collocate al Centro Italia (39,4%). Questi dati, relativi alle liste di attesa, possano essere in parte falsati dalla frequente consuetudine, da parte di molte famiglie, di iscrivere i propri parenti nelle liste di attesa di più RSA contemporaneamente.

I tempi di attesa per l’accesso ad una struttura residenziale o semiresidenziale, ed in particolare per quelle rivolte a strutture in grado di ospitare utenti non autosufficienti, possono raggiungere in media dai 90 ai 180 giorni; in regioni specifiche, come ad esempio nel Lazio, le liste di attesa possono arrivare ad 11 mesi.

#### **6.5.6.7. Le rette**

I DPCM del 14 febbraio e del 29 novembre 2001 hanno posto integralmente a carico del SSN costi dell’assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti per quanto concerne la fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria nella fase estensiva.

Per le forme di lungo-assistenza residenziali e semiresidenziali si distinguono:

- la quota sanitaria, a carico del SSR, relativa ai fattori produttivi di carattere sanitario

(personale, materiale di consumo sanitario), stabilita al massimo nel 50% del costo complessivo;

- la quota sociale, relativa ai costi di erogazione dei servizi alberghieri e di funzionamento della struttura.

Ancorché le Regioni siano in via di principio competenti ad intervenire oltre che sulla determinazione della tariffa e sulla sua ripartizione fra quota sanitaria e quota sociale, anche sui criteri di ripartizione fra utente e Comune della quota sociale, nella realtà esse si sono essenzialmente preoccupate di definire la ripartizione fra quota sanitaria e quota sociale, lasciando ai singoli Comuni la determinazione della compartecipazione alla spesa dell'assistito.

Per la definizione dei rispettivi sistemi tariffari le Regioni hanno utilizzato essenzialmente due diversi modelli:

- *tariffa per giornata di degenza*: uguale per tutti, indipendentemente dal fabbisogno assistenziale dell'utente. Anche se sono presenti più tariffe, queste sono calcolate in funzione delle caratteristiche della struttura e non del paziente. Tale modello tende ad omogeneizzare verso il basso l'assistenza erogata e favorire la selezione dei pazienti verso i casi con minore fabbisogno assistenziale. È la tariffa maggiormente adottata: generalmente sono previste due tariffe più una tariffa specifica per i casi di Alzheimer.

- *tariffa giornaliera per caso trattato*: considera le condizioni di ogni singolo paziente e del suo effettivo assorbimento di risorse, valutando gli assistiti per stimare la quantità di cure necessaria e il loro posizionamento in categorie omogenee. È adottata in poche regioni, nonostante nella maggior parte vi siano sistemi di classificazione dei pazienti, ma che tuttavia non sono utilizzati per la determinazione delle tariffe.

Nell'ambito del criterio prescelto, le regioni hanno scelto, inoltre, di determinare:

- *la tariffa completa (quota sanitaria + quota alberghiera)*: è la tariffa maggiormente utilizzata;
- *solo la quota sanitaria*;
- *solo la quota alberghiera*.

Infine, va sottolineato come nella quota sanitaria non tutte le Regioni prevedano le medesime prestazioni sanitarie: ad esempio, i farmaci e l'assistenza specialistica possono essere all'interno della retta o da essa esclusi.

Anche con riferimento alla retta alberghiera non esiste una definizione puntuale e condivisa a livello nazionale per la ripartizione fra utente e Comune, il che ovviamente ha introdotto ulteriori elementi di eterogeneità fra comuni e tipologie di strutture pur all'interno della medesima regione.

In via di principio il costo grava sull'assistito, mentre i comuni intervengono qualora il relativo reddito sia insufficiente per sostenere il costo: la significativa variabilità che caratterizza i diversi sistemi trae origine proprio dai diversi criteri utilizzati per la determinazione dei redditi.

Al riguardo, la legge 328/2000 prevede che siano le Regioni a stabilire la ripartizione fra utente e Comune, e che i criteri di compartecipazione siano determinati "*tenuto conto*" dei

principi definiti ai fini del sistema ISEE (art. 8, c. 3, *lett. l*) e art. 18, c. 3, *lett. g*). Per tale motivo, mentre alcune Regioni avevano adottato i medesimi parametri ISEE, altre avevano ritenuto di applicare riferimenti diversi, sia modificando l'ISEE stesso, sia facendo riferimento ad altri criteri.

L'entrata in vigore dal 2015 dell'ISEE specifico per l'accesso alle prestazioni residenziali (c.d. *ISEE sociosanitario-residenze*), ha recentemente introdotto un diverso parametro di riferimento che, definendo i contorni dell'utilizzo del reddito personale in luogo di quello familiare, agevola di fatto una maggiore uniformità delle normative locali.

Oltre ai criteri ISEE, la ripartizione della quota sociale/alberghiera fra assistito e Comune risente anche di altri elementi di differenziazione:

- *l'inserimento nella valutazione di redditi non fiscalmente rilevanti*, considerando quindi in luogo del reddito fiscale quello disponibile, ricomprendendo indennità di accompagnamento, pensione di invalidità o altri contributi economici e assistenziali forniti dal Comune;
- *la quota di reddito dell'assistito utilizzata*: non tutte le risorse economiche dell'assistito possono essere utilizzate. Una parte delle sue entrate deve essere lasciata per le piccole spese o per i servizi aggiuntivi;
- *la presenza di contributi regionali per i comuni chiamati ad integrare le rette*;
- *la graduazione della compartecipazione*: alcune Regioni hanno stabilito di graduare la dimensione della compartecipazione alla spesa sulla base del livello di reddito, sempre con riferimento ai parametri ISEE;
- *la decorrenza del pagamento*: nella maggioranza delle Regioni la decorrenza della quota sociale parte immediatamente dal primo giorno di ricovero, mentre negli altri casi il pagamento decorre dopo uno o due mesi di degenza, poiché il primo periodo è considerato compreso nella fase di assistenza intensiva/estensiva e quindi il costo è posto integralmente a carico del SSN;
- *la previsione esplicita della possibilità per i gestori di offrire prestazioni aggiuntive alla retta alberghiera su richiesta dell'ospite*.

Secondo le indicazioni fornite nel Rapporto, la tariffa complessiva "media" nazionale delle strutture residenziali sanitarie si collocava nel 2011 a 106,31 euro, ovviamente con ampio *range* di variabilità - fra gli 80 e i 143 euro per i casi a maggiore intensità assistenziale - in ragione della funzione assegnata alle RSA nel sistema regionale di cure, degli standard di personale, della consistenza delle prestazioni a carico al SSN e della presenza più o meno marcata di strutture a più alta complessità assistenziale.

Analoga variabilità si registra sia con riferimento alla *quota sanitaria*, quantificabile dai 30 ai 103 euro (in ragione del carattere più o meno "sanitario" delle prestazioni comprese nel costo complessivo e delle condizioni cliniche degli ospiti), sia alla *retta alberghiera*, che si traduce in una quota di partecipazione degli ospiti variabile fra i 26 e i 90 euro.

La media ponderata a livello nazionale vedeva una ripartizione delle spese per RSA coperte per il 51% dal Servizio Sanitario e per il 46,6% dall'assistito, eventualmente supportato dal Comune di residenza (2,4%).

Purtroppo i dati relativi all'assistenza residenziale sono scarsi, non omogenei e non particolarmente aggiornati. In particolare, con riferimento alle tariffe, la fonte più completa risulta essere il Terzo Rapporto sulla Non Autosufficienza, redatto a cura del Network sulla Non Autosufficienza, edizione 2011, che ha dedicato uno specifico approfondimento alla materia.

#### **6.5.6.8. Le carte dei servizi**

L'indagine Auser sulle RSA del 2012 prese in esame – tramite questionario- per la prima volta le “carte dei servizi” adottate dalle residenze sanitarie assistenziali e dalle case di riposo a favore dei propri ospiti. Non avendo avuto modo di aggiornare la precedente ricerca ne riportiamo i dati più significativi.

La Carta del Servizio fissa i principi ed i criteri per l'erogazione dei servizi ed è normalmente presente – nonché obbligatoria – in alcuni settori (energia, gas, acqua, trasporti, telefonia, servizi finanziari, servizi assistenziali, ecc.). In generale la Carta del Servizio definisce gli standard di qualità del servizio, di tipo generale e di tipo specifico, che il gestore/operatore si impegna a rispettare. La presenza della Carta del Servizio è da considerarsi soprattutto un elemento di garanzia dell'ente che si impegna ad assicurare adeguati standard dei servizi erogati.

Nel settore delle residenze per anziani l'adozione della Carta del Servizio rappresenta, oltre che il solo adempimento di un obbligo, un forte segnale di impegno al rispetto di appropriati livelli di servizio. E' altresì uno strumento di comprensione degli sforzi organizzativi e di processo tesi al miglioramento continuo delle prestazioni al fine del soddisfacimento dei bisogni degli ospiti e dei loro famigliari.

Diverse strutture sanitarie assistenziali, pur essendone dotate, non considerano con attenzione la valenza della Carta del Servizio come strumento chiave - una cartina di tornasole - dei propri impegni nei confronti dell'utenza. Per ottenere l'accreditamento delle strutture da parte del S.S.N. o per rispondere a direttive regionali gli operatori sono comunque obbligati a garantire adeguati livelli di servizio, la mancanza di trasparenza verso gli ospiti (in generale verso la cittadinanza) di questi parametri dovrebbe pertanto essere rapidamente rimossa, anche al fine di poter far emergere come le rette vengano a commisurarsi direttamente con la qualità dei servizi resi.

Dall'analisi emerge un quadro nel complesso positivo delle strutture residenziali per anziani. La quasi totalità delle strutture sono dotate di Carta di servizi (88%), e il 70% di esse dispone di un regolamento interno. Nel 95% dei casi si evidenzia il rispetto dei principali requisiti previsti dalle normative sia dal punto di vista da quelli igienico sanitario, sia in merito all'abbattimento delle barriere architettoniche. Gli anziani inoltre fruiscono di un discreto numero di servizi generali di vita collettiva erogati direttamente dalle RSA, in coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale.

Dall'analisi delle carte dei servizi, e dalle risposte ai questionari proposti alle RSA ad integrazione dei dati a disposizione, possiamo in sintesi dedurre come in larga misura lo strumento della Carta dei Servizi svolga il ruolo primario di mero adempimento normativo e burocratico: uno

strumento descrittivo quindi, piuttosto che operativo. Emerge come la Carte dei Servizi disciplinino soprattutto gli aspetti generali del funzionamento delle strutture residenziali, ed in primo luogo riguardino le regole di base della vita in comunità. Tale sezione è di fatto presente nella totalità dei documenti analizzati. Riguardo la presenza delle tariffe troviamo riscontro, complessivamente, nel 69,9% dei documenti esaminati e delle informazioni ricevute dalle RSA in merito ai contenuti delle Carte dei Servizi (qualora non sia stato possibile esaminare il documento originale).

“Come la struttura intende operare” si può estrapolare dai dati presenti nel 45% delle Carte dei Servizi (e più in generale nelle indicazioni ricevute nei questionari proposti ai rappresentanti dei lavoratori, ai delegati sindacali oltre che ai responsabili degli enti. Tali informazioni risultano maggiormente carenti qualora si voglia restringere l’analisi alle sole RSA del Sud Italia e delle Isole (41,4%).

Scarse sono inoltre le informazioni per ciò che concerne i servizi aggiuntivi, proposti dalle RSA, rispetto all’offerta base, e nel dettaglio il riferimento al costo degli stessi. Non bisogna sottovalutare questo aspetto che può, all’atto pratico, determinare un forte aumento dei prezzi a carico dell’utente qualora sia necessario ricorrere a questo tipo di servizi suppletivi. Abbiamo complessivamente riscontrato informazioni a riguardo, solamente in circa il 29% dei casi esaminati, quota che questa volta tende a scendere per le RSA del centro Italia (27,3%) ed ancora una volta per quelle localizzate al Sud e nelle Isole (24,1%). In ultima analisi, appare evidente una carenza nei contenuti delle Carte dei Servizi per quel che riguarda la Governance delle aziende.

Esclusivamente il 18% delle RSA, infatti, riporta nelle Carte dei Servizi informazioni in merito agli organismi rappresentativi, al ruolo degli stessi all’interno della struttura sanitaria, o comunque più in generale in merito alla struttura aziendale.

Agli ospiti è garantita in genere un’ampia gamma di servizi, tuttavia dai dati emerge come circa la metà delle RSA (35%) non consentano agli utenti di utilizzare i servizi del territorio.

#### **6.5.6.9. I comportamenti illeciti nei Presidi**

A fronte di tante strutture che opera con una grande attenzione e sensibilità professionale e umana, purtroppo la cronaca periodicamente ci riporta notizie di insopportabili di soprusi e vere e proprie angherie da parte dei gestori a scapito dei loro ospiti anziani per lo più indifesi e soli.

Stando a quanto emerge dalla relazione del generale Piccinno dei NAS alla commissione parlamentare di inchiesta sulla efficienza ed efficacia del servizio sanitario nazionale emerge una situazione particolarmente allarmante.

*“A livello nazionale nel biennio 2010-2011 sono stati effettuati, nelle strutture ricettive per anziani in generale, quasi 5.000 controlli, di cui 1.473 casi sono risultati non conformi, 902 sono stati segnalati all'autorità amministrativa e 740 sono stati segnalati all'autorità giudiziaria; vi sono stati inoltre 14 arresti, 1.444 sanzioni penali, 1.438 sanzioni amministrative e 150 adozioni di provvedimenti di chiusura. I dati che forse interessano di più sono quelli che riguardano il benessere degli ospiti: 16 volte abbiamo dovuto effettuare una denuncia per sequestro di persona, 129 volte per abbandono di incapace, 51 volte per maltrattamenti, 236 volte per esercizio abusivo*

*della professione sanitaria e 53 volte perché all'interno le strutture avevano dei farmaci guasti o imperfetti. Quest'ultima situazione si verifica spesso; succede infatti che troviamo dei farmaci scaduti da due, tre o quattro mesi, che continuano ad essere somministrati ai malati o alle persone assistite. Vi sono stati inoltre 32 casi di lesioni personali e colpose e, purtroppo, 13 casi di omicidio colposo. Le violazioni delle leggi nazionali e regionali per inadeguatezze strutturali-organizzative sono in tutto 834, un numero considerevole. Il dato relativo solo ed esclusivamente alle residenze sanitarie assistenziali indica 590 controlli, 154 casi non conformi, 89 casi segnalati all'autorità amministrativa, 122 casi segnalati all'autorità giudiziaria, nessun arresto, 267 sanzioni penali, 107 sanzioni amministrative e 12 adozioni di provvedimenti di chiusura. Vi sono inoltre 29 casi di abbandono di incapace, 9 casi di maltrattamenti, 56 casi di esercizio abusivo della professione sanitaria, 7 casi di farmaci guasti o imperfetti, un caso di lesioni personali colpose e un caso di omicidio colposo; vi sono infine 57 casi di violazione delle leggi per inadeguatezze strutturali-organizzative. “*

Questi dati ci dicono che non si tratta di casi isolati e che spesso l'attenzione verso azioni di sostegno a favore degli anziani in alcuni casi nascondono ben altri interessi. Tendenza questa che probabilmente tenderà a peggiorare, almeno stando ai più recenti dati disponibili, se non si interverrà con efficaci misure di sistema finalizzate alla qualificazione delle gestioni e alla dissuasione dei comportamenti illeciti.

L'urgenza di intervenire ha spinto il Parlamento ad accelerare il suo lavoro e il 19 ottobre 2016 la Camera ha approvato il DDL sulle “Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture sociosanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo”. Il DDL è la sintesi di 12 proposte, discusse, esaminate e rielaborate dalle diverse commissioni della Camera.

Il testo approvato si compone di 6 articoli: anche se viene comunemente definito come “legge sulla videosorveglianza”, il provvedimento prevede anche altre misure di prevenzione e contrasto, come la formazione di insegnanti e operatori e la maggiore apertura delle strutture alle visite di esterni. La finalità del provvedimento è da un lato la prevenzione e il contrasto dei reati in danno di bambini, anziani e disabili, rispettivamente negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali o semi residenziali e, nel contempo, favorire la raccolta di dati utilizzabili a fini probatori in sede di accertamento di tali reati.

L'urgenza di questo provvedimento è stata sollecitata da più parti perché negli ultimi anni, infatti, la situazione non è migliorata malgrado l'intervento dei NAS dei Carabinieri. Se andiamo a vedere quanto emerge dai controlli realizzati nell'ambito della indagine “Estate sicura” illustrati il 3 agosto 2016, risulta irregolare il 30% delle strutture ricettive per anziani sul territorio nazionale.

I controlli hanno interessato strutture socio sanitarie per anziani non autosufficienti che necessitano di specifiche prestazioni sanitarie non a carattere ospedaliero; strutture sanitarie, casa di riposo, comunità alloggio, casa albergo, casa soggiorno o casa vacanza per anziani almeno parzialmente autosufficienti; centri di riabilitazione neuro-motoria.

**Obiettivo dei controlli è stato quello di accertare la correttezza:** della organizzazione assistenziale, delle condizioni di salute anziani, della presenza figure professionali, dell'esercizio delle professioni sanitarie e mediche, della regolarità e funzionalità delle infrastrutture.

Nel periodo 2014 -2016 sono stati effettuati 6187 controlli da cui sono risultate: 1.877 non conformità (pari al 28% su 6.187 controlli eseguiti), 1.622 persone segnalate all'Autorità Amministrativa, 68 arresti, 1.397 persone segnalate all'Autorità Giudiziaria, 3.177 sanzioni penali, 2.167 sanzioni amministrative per € 1.297.586,00, 176 strutture sottoposte a sequestro/chiusura

**Nei primi sette mesi del 2016 (gennaio – luglio) sono stati realizzati 1.647 controlli di cui 472 sono risultati non conformi pari al 28% del totale.**

**In particolare nelle Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.):** 356 controlli di cui 86 non conformi (pari a circa il 24% su 356 controlli), 60 persone sono state segnalate all'Autorità Amministrativa, 7 sono state arrestate, 47 persone sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria, 101 le sanzioni penali comminate, 91 le sanzioni amministrative, 4 le strutture sottoposte a sequestro/chiusura

**Nelle strutture ricettive per anziani:** 1.208 controlli di cui 365 non conformi (pari a ca. 30% su 1.208 controlli effettuati), 338 persone sono state segnalate all'Autorità Amministrativa, 7 persone arrestate, 288 segnalate all'Autorità Giudiziaria, 550 le sanzioni penali comminate, 406 le sanzioni amministrative, 37 strutture sottoposte a sequestro/chiusura.

**Nei Centri Riabilitazione neuro-psicomotoria:** 83 controlli di cui 21 non conformi (pari al 25%), 10 persone segnalate all'Autorità Amministrativa, 23 arrestate, 96 persone segnalate all'Autorità Giudiziaria, 286 sanzioni penali comminate, 6 sanzioni amministrative, 1 struttura sottoposta a sequestro/chiusura

**Le violazioni penali più frequenti sono risultate:** 69 abbandono di incapaci - Art. 591 c.p.; 109 esercizi abusivi di professione sanitaria (medici, infermieri) - Art. 348 c.p.; 114 maltrattamenti - Art. 572 c.p., 27 omessa notifica all'autorità di P.S. persone alloggiate - Art. 109 T.U.L.P.S.; 21 strutture sanitarie prive di autorizzazione - Art. 193 T.U.L.S.; 16 lesioni personali - Art. 582 c.p., 16 sequestri di persona - Art. 605 c.p.; 15 detenzione di farmaci scaduti Art. - 443 c.p.

**Le principali violazioni amministrative sono state:** 260 inadeguatezze strutturali, assistenziali e autorizzative - L. Regionali; 124 carenze igienico -strutturali nei locali destinati alla manipolazione e stoccaggio degli alimenti - D.lgs. 193/2007.

Di seguito si riportano i riscontri in alcune situazioni particolari.

**EMILIA ROMAGNA** - Militari della Compagnia di Parma e locale NAS hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari per 7 persone, tra operatori socio-assistenziali ed il direttore di una casa di riposo responsabili di maltrattamenti, ingiurie ed abbandono di incapaci nei confronti degli anziani ospiti nonché la notifica di 3 avvisi di garanzia a carico di ulteriori soggetti, indagati per gli stessi reati.

Il NAS di Bologna ha eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di una operatrice socio sanitaria di una struttura assistenziale per anziani, responsabile di reiterati maltrattamenti nei confronti di anziani ivi ricoverati, affetti da gravi patologie invalidanti.

**LAZIO** – Il NAS di Roma e Gruppo CC di Frascati (RM) hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare a carico di 10 operatori ed assistenti socio-sanitari (di cui 9 agli arresti domiciliari) in servizio presso un centro di riabilitazione neuropsichiatrico responsabili di maltrattamenti e sequestro di persona nei confronti di giovani di età compresa tra gli 8 ed i 20 anni, tutti affetti da gravi patologie.

**ABRUZZO** - La Compagnia CC di Vasto (CH) ha eseguito ordinanza di custodia cautelare a carico di 2 soggetti titolari di una casa di riposo per anziani, ritenuti responsabili di maltrattamenti, abbandono di incapaci e lesioni personali nei confronti degli anziani ospiti affetti da gravi patologie, anche neurodegenerative.

**UMBRIA** – Il NAS di Perugia e Comando CC Provinciale PG hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 6 persone, (il legale rappresentante e 5 operatori socio-sanitari) in servizio presso di una struttura riabilitativa, responsabili di maltrattamenti e lesioni personali nei confronti dei pazienti affetti da patologie psichiche.

**SARDEGNA** - I Carabinieri della Sezione di P.G. di Cagliari e NAS CA hanno notificato un provvedimento di sospensione dell'esercizio del pubblico servizio per sei mesi - a carico di 14 persone, tra infermieri, amministratori ed operatori socio-sanitari in servizio presso un centro di riabilitazione neuro - psichiatrica poiché responsabili di maltrattamenti, percosse, lesioni personali, omissione di referto ed atti d'ufficio nei confronti di malati psichiatrici alloggiati.

**TOSCANA** – Il NAS di Firenze e Compagnia CC FI hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 7 persone (6 operatori socio-sanitari ed un infermiere) in servizio presso una residenza per anziani, ritenute responsabili di maltrattamenti, percosse, ingiurie nei confronti di un ospite invalido.

**BASILICATA** – Il Gruppo CC Tutela Salute di Napoli e Comando Provinciale CC di Potenza, hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 7 operatori socio-sanitari, in servizio presso una residenza sanitaria, responsabili di maltrattamenti, percosse e lesioni personali, nei confronti dei pazienti affetti da ritardo mentale. Sono stati notificati 8 divieti di dimora a carico di 3 medici, 2 infermieri e 3 operatori socio-sanitari per gli stessi reati

**MOLISE** – Il NAS di Campobasso ha eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari nei confronti di 7 operatori socio-sanitari e di 6 infermieri, dipendenti di una residenza assistenziale per anziani e malati psichiatrici, responsabili, a vario titolo, di maltrattamento, abbandono e sequestro di persone incapaci ai danni dei pazienti ricoverati.

**CAMPANIA** – Il Reparto Territoriale CC di Nocera Inferiore (SA) e Compagnia CC di Mercato San Severino (SA) hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 7 dipendenti di una casa di cura, responsabili di maltrattamenti, violenze fisiche e psicologiche nei confronti di alcuni ospiti disabili.



**SICILIA** – Il NAS di Catania ha tratto in arresto la titolare di una struttura ricettiva per anziani, priva di autorizzazione, responsabile di maltrattamenti e abbandono di persone incapaci nei confronti di 8 anziani ospiti malnutriti e in cattive condizioni igieniche.

La Compagnia CC di Licata (AG) ha eseguito ordinanza agli arresti domiciliari a carico del gestore di una comunità per disabili, responsabile di maltrattamenti, lesioni e sequestro di persona nei confronti degli ospiti della struttura. Indagati anche 4 collaboratori ai quali sono stati applicate le misure di obbligo di dimora e divieto temporaneo di esercitare attività professionale.

## **BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI AL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE**

**AUSER** - Le case di riposo in Italia – 2011

**AUSER** - Ricerca sulle RSA – 2012

**AeA** – Anziani e domiciliarità: i vantaggi economici e sociali di invecchiare in casa propria – 2013

**AeA** – 2° rapporto sulle abitative degli anziani che vivono in case di proprietà – 2015

**ADUC** - Inchiesta sulle strutture socio sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani - Audizione Commissione d'inchiesta sull'efficacia e efficienza del servizio sanitario nazionale

**Assoprevidenza e di Itinerari Previdenziali** - La residenzialità per gli anziani: possibile coniugare sociale e business? - 2016

**Caritas Italiana** - Povertà plurali: rapporto 2015 sulla povertà e l'esclusione sociale - 2015

**CENSIS** - L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti – 2015

**CECODHAS** – Anziani e casa nell'Unione Europea – Osservatorio Europeo del social housing – 2008

**Cgil, Cisl, Uil - Spi Cgil, Fnp Uil, Uilp Uil** - Non autosufficienza: piano nazionale, Livelli Essenziali e finanziamento -2016

**CNEL** - Relazione annuale al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini – 2014

**INPS** - Osservatorio sui lavoratori domestici – 2015

**Italia Longeva** - Long-Term Care ONE - 2016

**ISTAT** - I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – 2013

**ISTAT** - Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati – 2013

**ISTAT** - I presidi residenziali socio-sanitari e socio assistenziali – 2015

**Ministero dell'Economia e delle Finanze** - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario – Rapporto n. 17 - 2016

**Ministero della Salute** - Progetto Mattoni SSN: Prestazioni residenziali e semiresidenziali - 2007

**Ministero del lavoro e delle politiche sociali** - Il Fondo per le non autosufficienze: un Piano strategico per la definizione di livelli essenziali – 2016

**Ministero della salute** - Arma dei Carabinieri a tutela degli anziani (NAS) - 2016

**Ministero della salute** - Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - I livelli di assistenza sanitaria e le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale

**Nazioni Unite** - Sustainable Development Goals (SDGs) – 2015

**Network nazionale per l'invecchiamento** - 3° Rapporto: Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità - 2011

**Network nazionale per l'invecchiamento** - 5° Rapporto: L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 2015

**OCSE** - Live longer – Work longer – 2006

**OCSE** - Roadmap for the Good Design of DC Pension Plans - 2012

**OCSE** - Pensions at a Glance – 2013

**OCSE** - Mortality Assumptions and Longevity Risk - 2014

**OCSE** – Ageing: debate the issues – 2015

**OCSE** - Ageing in the City' – 2015

**Osservatorio Europeo del Social Housing** - “Anziani e casa nell’unione Europea -2008

**Robine, J. M., Michel, J.P. and Herrmann,** "Who Will Care for the Oldest People in Our Ageing Society?"- 2007

**Scuola Superiore dell’Amministrazione dell’Interno** - Gli anziani in Italia: aspetti demografici e sociali e interventi pubblici - 2010

**Scuola Superiore dell’Amministrazione dell’Interno** - Censimento delle strutture per anziani - 2013

**Senato della Repubblica** - Commissione parlamentare di inchiesta sulla efficacia e efficienza del servizio sanitario nazionale - 2013

**50&Più** - Assistenza residenziale e semiresidenziale in Italia Istituti di cura e case di riposo

**50&Più** - L’invecchiamento attivo - 2016

**50&Più** - Salute - Partecipazione - Sicurezza: i tre pilastri dell’invecchiamento attivo - 2016

### **Riferimenti al quadro normativo nazionale**

Il quadro normativo nazionale riferito alle prestazioni residenziali per anziani, pur avendo radici non recenti, ancora non appare compiuto e organico, ma risulta piuttosto dalla somma di provvedimenti successivi che rispondono a logiche e principi non sempre omogenei.

#### **I principali riferimenti normativi nazionali**

*Legge 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20, c. 1 e 2, lett. f) (legge finanziaria 1988):* autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio e nei presidi extra-ospedalieri e ospedalieri diurni, e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, che possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti letto ospedalieri, devono essere di dimensioni adeguate all'ambiente e integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate.

*D.P.C.M. 22 dicembre 1989* (Atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani) e *DPR 14 gennaio 1997* (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’esercizio di attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private): definiscono caratteristiche e requisiti delle RSA, nel rispetto del modello assistenziale adottato dalle Regioni/Province autonome.

*Art. 8 sexies d. lgs. 502/92 e succ. modificazioni:* detta indicazioni per la determinazione delle tariffe a livello nazionale.

*Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996.*

*D.M. Salute 15/4/1994*: attribuisce alle regioni la competenza sulla determinazione dei rispettivi sistemi tariffari, di fatto disattendendo il principio della definizione di tariffe a livello nazionale. Fornisce indicazioni esclusivamente sulla parte sanitaria del costo.

*Linee guida ministeriali n. 1/94*: contengono indicazioni sia sulle tariffe sanitarie sia quelle alberghiere, con riferimento a strutture pubbliche e private.

*Legge n. 328/2000*: individua i parametri ISEE quale elemento di riferimento per la determinazione dei criteri di partecipazione degli assistiti.

*D.P.C.M. 14 febbraio 2001* (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie): definisce i criteri di finanziamento e quelli per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti. Nelle forme di lungo-assistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo è 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.

*D.P.C.M. 29 novembre 2001* (Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza): pone a carico dell'utente o del Comune il 50% dei costi relativi a prestazioni di cura e recupero funzionale delle abilità per anziani e per persone non autosufficienti in regime residenziale e semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo.

*D. M. Lavoro 17 dicembre 2008* (Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali): individua le tipologie di prestazione e le classi di strutture.

*D.P.C.M. n. 159/2013* (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'ISEE).