

SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE

Esempio di consegna ministeriale alle commissioni d'esame

La Commissione d'esame, sulla base del curriculum dell'istituto e dell'effettivo percorso realizzato dal gruppo classe, predisponga una prova d'esame della tipologia sotto indicata, la cui realizzazione comporti un preciso riferimento ai nuclei tematici fondamentali alla base delle competenze d'indirizzo evidenziati di seguito.

Il candidato deve poter svolgere la prova in 6 ore.

E' autorizzato ad utilizzare il vocabolario della lingua italiana, il dizionario dei sinonimi e dei contrari ed eventuali tabelle, dati e documenti messi a disposizione della commissione.

TIPOLOGIA DI PROVA: B

Analisi e situazione di problematiche in contesto operativo riguardante l'area professionale (caso aziendale/caso professionale)

Nuclei tematici fondanti le competenze a cui fare riferimento:

- Metodi di progettazione e relative azioni di pianificazione, gestione, valutazione dei progetti per rispondere ai bisogni delle persone; reti formali e informali come elementi di contesto operativo
- Metodi, strumenti e condizioni del prendere in cura persone con fragilità o in situazioni di svantaggio per cause sociali o patologie

Codice ATECO:

Q 86 Assistenza Sanitaria

Q 87 Assistenza Sociale Residenziale

Q 88 Assistenza Sanitaria Non residenziale

Corrispondenza dei Nuclei fondanti alle competenze dell'area di indirizzo

Metodi di progettazione e relative azioni di pianificazione, gestione, valutazione dei progetti per rispondere ai bisogni delle persone; reti formali e informali come elementi di contesto operativo	C1. Collaborare nella gestione di progetti e attività dei servizi sociali, socio- sanitari e socio-educativi, rivolti a bambini e adolescenti, persone con disabilità, anziani, minori a rischio, soggetti con disagio psico-sociale e altri soggetti in situazione di svantaggio, anche attraverso lo sviluppo di reti territoriali formali e informali
Metodi, strumenti e condizioni del prendere in cura persone con fragilità o in situazioni di svantaggio per cause sociali o patologie	C4. Prendersi cura e collaborare al soddisfacimento dei bisogni di base di bambini, persone con disabilità, anziani nell'espletamento delle più comuni attività quotidiane. C5. Partecipare alla presa in carico socio assistenziale di soggetti le cui condizioni determinino uno stato di non autosufficienza parziale o totale, di terminalità, di compromissione delle capacità cognitive e motorie, applicando procedure e tecniche stabilite e facendo uso dei principali ausili e presidi

TRACCIA PROVA B

Immagina di essere un operatore volontario di un'ODV convenzionata con il Comune che riceve una segnalazione relativa ad un anziano che, non avendo figure parentali di riferimento, chiede un intervento socio-assistenziale.

- 1) Scegli uno strumento di indagine conoscitiva per rilevare il o i bisogni dell'anziano in questione e strutturarlo in maniera dettagliata (es. questionario, scheda di osservazione, test funzioni cognitive)
- 2) Partendo dai bisogni che hai rilevato stabilisci le azioni che la rete formale e non formale di cui l'ODV è parte potrà in essere per la presa in carico del soggetto (servizi socio-assistenziali da erogare coerenti con i bisogni rilevati)
- 3) Individua gli strumenti di protezione giuridica che potrebbero essere attivati con riferimento alle condizioni psichiche e sociali ipotizzate.
- 4) Definisci gli operatori che ritieni debbano essere coinvolti e la metodologia di lavoro da applicare all'interno dell'ODV di cui fai parte.

DOCUMENTI ALLEGATI

- a) Test funzioni cognitive
- b) Carta dei Servizi Sociali e Socio- Sanitari Ambito Territoriale n.12 di Napoli
- c) Estratti L.328/00
- d) Rapporto CENSIS problematiche degli anziani in Italia 2019

Manuale di Competenze in Geriatria

Tabella 1: Mini Mental State Examination (MMSE)

ORIENTAMENTO		
In che anno, stagione, data, giorno della settimana, mese siamo?	(max 5 punti)	
In che nazione, regione, città, luogo (ospedale o casa), piano ci troviamo?	(max 5 punti)	
REGISTRAZIONE		
Annunciare al paziente che si farà un test di memoria. Dire al paziente: "Adesso le dirò il nome di tre oggetti. Lei dovrà ripeterli dopo che io li avrò detti tutti e tre". Dire "casa, pane, gatto", nominandoli uno al secondo. Chiedere poi al paziente di ripetere il nome dei tre oggetti. Assegnare 1 punto per ogni risposta esatta al primo tentativo. Nel caso in cui il paziente non sia in grado di rievocarli tutti e tre al primo tentativo, ripeterli fino ad un massimo di 6 volte, finché il soggetto non li abbia appresi tutti e tre. Registrare qui di seguito il numero dei tentativi _____		(max 3 punti)
ATTENZIONE E CALCOLO		
Fare entrambi le seguenti prove ed assegnare il punteggio migliore ottenuto in una delle due: 1) Serie di "sette". Si chiede al paziente di sottrarre da 100 (che non viene conteggiato nel punteggio) la cifra 7 per cinque volte. Si assegna un punto per ogni risposta corretta [93, 86, 79, 72, 65]. 2) Scandire "C-A-R-N-E" al contrario [E-N-R-A-C]. Il punteggio è dato dal numero di risposte corrette (per esempio: E-N-A-R-C = 3 punti).		(max 5 punti)
RIEVOCAZIONE		
Chiedere i tre nomi appresi precedentemente (casa, pane, gatto).		(max 3 punti)
LINGUAGGIO		
Mostrare al paziente un orologio da polso e chiedere cosa è. Fare lo stesso con una matita.	(max 2 punti)	
Chiedere al paziente di ripetere la seguente frase dopo di voi: " Non c'è né se né ma che tenga ". Solo un tentativo.	(1 punto)	
Fare eseguire un comando a tre stadi: " Prenda un foglio con la mano destra, lo pieghi a metà e me lo restituisca ".	(max 3 punti)	
" Legga quello che è scritto qui " (mostrare il cartoncino) e lo faccia " (il cartoncino contiene il comando " chiuda gli occhi ").	(1 punto)	
" Scriva una frase qualsiasi che Le viene in mente " (il punto viene assegnato se la frase contiene un soggetto, un verbo ed ha un senso, non considerare gli errori di ortografia).	(1 punto)	
PRASSIA COSTRUTTIVA		
" Copi questo disegno " (il punto viene assegnato solo se sono presenti i 10 angoli e due di questi si intersecano; tremore e rotazione vanno ignorati).		(1 punto)
		
PUNTEGGIO TOTALE (0 - 30)		



POZZUOLI



BACOLI



MONTE DI PROCIDA



CARTA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI

Ambito Territoriale N12: Comune di Pozzuoli (Comune capofila)
Comune di Bacoli - Comune di Monte di Procida - ASL NA2 Nord

AMBITO TERRITORIALE N.12

Pozzuoli (NA)

Via Quinto Fabio Massimo, 7
www.ambiton12pozzuoli.it
segreteria@ambiton12pozzuoli.it
info@pec2.comune.pozzuoli.na.it
servizi.sociali@pec2.comune.pozzuoli.na.it

Bacoli (NA)

Via Miseno ex Liceo Scientifico
servizi.sociali@comune.bacoli.na.it
servizi.sociali@pec.comune.bacoli.na.it

Monte di Procida (NA)

Via Panoramica, 10
servizisociali@comune.montediprocida.na.it
sevizisociali@pec.comune.montediprocida.na.it

ASL Napoli 2 Nord

Distretto 35
Via Terracciano, 21 - Pozzuoli (NA)
integrazionesociosanitaria@aslnapoli2nord.it
integrazionesociosanitaria@pec.aslnapoli2nord.it



PRESENTAZIONE

Una buona qualità dei servizi alla persona è misura della civiltà di una città e rappresenta un preciso dovere di ogni Amministrazione, che desideri tutelare la dignità del cittadino, oltre che il mantenimento della coesione sociale intorno ai principi della solidarietà e della sussidiarietà. In questi anni, una costante attenzione politica e amministrativa si è prestata a conoscere e a rispondere alle esigenze del cittadino, cercando di investire risorse e personale intorno a nuovi progetti e consolidando i servizi tradizionali già garantiti dai Comuni dell'Ambito N 12.

Realizzando la Carta della Cittadinanza Sociale, il Comune di Pozzuoli, capofila dell'Ambito Territoriale N 12 e concordemente con questo, desidera fornire uno strumento agile, di facile consultazione che sappia offrire un panorama completo delle attività svolte nel territorio nel settore socio assistenziale, ma primariamente di offrire, a chi ne necessita, dei punti di riferimento certi e le modalità di accesso ai vari servizi.

L'attenzione, nell'agire quotidiano, è stata quella di non perdere mai di vista i bisogni dei cittadini, soprattutto di quelli che si trovano in difficoltà, anche per un periodo temporaneo. Difficoltà, non solo economica, ma riconducibile, anche, a situazioni di abbandono, di malattia, di non conoscenza, di malessere esistenziale e di integrazione.

L'assistenza richiesta, nel corso degli anni, ha assunto una connotazione sempre più complessa ed articolata ed è ancora in continua evoluzione, espressione di una società in costante trasformazione, verso la quale sono stati e saranno improntati l'impegno ed i progetti delle Politiche Sociali dei Comuni dell'Ambito.

Si è lavorato, in questi anni, e si ritiene doveroso proseguire per consentire che la vita sia in ogni modo una esperienza rilevante, anche quando questa presenta situazioni e luoghi di disagio e sofferenza.

Questa Carta, infine, è pensata e realizzata per far sì che cittadini ed operatori abbiano le stesse conoscenze e lo stesso linguaggio di rispetto, comprensione, impegno per crescere.

**Il Presidente del Coordinamento
Istituzionale dell'Ambito Territoriale Napoli 12
Il sindaco Luigi Manzoni**



LA CARTA DELLA CITTADINANZA SOCIALE

PREMESSA

1. COS'È LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi dell'Ambito N.12 si propone come uno strumento per l'analisi e il miglioramento dei servizi offerti. L'intento è quello di fornire un moderno modello di gestione dei servizi rivolto al perseguimento della soddisfazione dell'utente. Al fine di sostenere reciprocamente il continuo miglioramento dei servizi offerti, è necessario che tra Ambito Territoriale e utenti si sviluppi un patto-dialogo finalizzato ad agevolare l'Ente nel suo impegno. Questo confronto, che trova nella Carta dei Servizi il suo naturale strumento, deve permettere di tradurre le esigenze degli utenti in impegni per l'Ente e, allo stesso tempo, deve consentire la tutela delle loro attese attraverso la verifica del rispetto degli standard proposti.

L'Ambito N.12 con questa Carta, nell'intento di garantire qualità e trasparenza, vuole offrire agli utenti uno strumento di conoscenza di tutti i servizi nella convinzione che una loro più approfondita conoscenza possa rappresentare un valido mezzo di orientamento nel mondo dei servizi sociali del nostro territorio.

La Carta dei Servizi Sociali mira a:

- Informare gli utenti sui vari servizi erogati dall'Ente: in questo documento tutti gli interessati possono trovare una descrizione dettagliata dei contenuti e delle caratteristiche dei servizi offerti dal Piano di Zona dell'Ambito Territoriale N.12;

- stimolare la partecipazione, coinvolgendo il cittadino concretamente nei processi di progettazione e valutazione delle prestazioni, incentivandolo ad esprimere (attraverso le apposite schede di rilevazione) suggerimenti ed eventuali reclami inerenti i servizi di cui ha usufruito. L'obiettivo è fare del cittadino non più il punto d'arrivo, il destinatario finale delle prestazioni erogate, bensì il punto da cui partire per poter disegnare assieme - in ragione oltretutto di una forte integrazione dei servizi socio-sanitari territoriali che deve caratterizzare l'Ambito N12 – un sistema di servizi sociali sempre più aderente alle esigenze dell'utente e connotato da una qualità crescente. La Carta oltre a promuovere la partecipazione attiva dei cittadini, definisce gli impegni di miglioramento (a breve, medio e lungo termine) che l'Ambito Territoriale Napoli 12 intende prendere con l'utenza; garantisce il rispetto degli standard enunciati e avvia un costante monitoraggio della qualità sia percepita che effettivamente erogata di tutti i servizi, specialmente di quelli che si presentano con caratteri di particolare sensibilità: Assistenza Domiciliare Integrata Anziani, Assistenza Domiciliare Integrata Disabili, Trasporto Disabili;

- Verificare periodicamente il grado di soddisfazione dell'utenza.

L'Ente si impegna:

- a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti a fronte dei servizi erogati;
- ad analizzare gli eventuali scostamenti rispetto alle aspettative;
- a definire piani di miglioramento della qualità dei processi di produzione e di erogazione dei servizi qualora le non conformità li esigessero;
- a migliorare, ove possibile, gli standard correnti.

Infine, tale carta dei Servizi contiene le modalità di accesso e gli standard di qualità dei servizi e gli strumenti di tutela degli utenti.



2. PRINCIPI FONDAMENTALI

Nell'erogazione delle sue prestazioni, l'Ambito Territoriale Napoli 12 s'ispira ai seguenti principi fondamentali:

-Eguaglianza: nell'erogazione dei servizi i Comuni s'impegnano a garantire uguaglianza ed equità di trattamento nel rapporto coi cittadini. Va garantita la parità di trattamento sia fra le diverse zone della città sia fra le diverse categorie di persone. Nessuna distinzione può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, età, razza, lingua, religione ed opinioni politiche.

-Imparzialità: I Comuni dell'Ambito s'impegnano ad operare con criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità nei confronti dei cittadini.

-Continuità: I Comuni dell'Ambito s'impegnano a garantire la regolarità e la continuità del servizio, riducendo il più possibile i disagi per i cittadini in caso di sospensione temporanea del servizio.

-Partecipazione: I Comuni dell'Ambito s'impegnano a promuovere la partecipazione per migliorare l'erogazione dei servizi e la collaborazione dei cittadini. Gli enti locali, per questo, garantiscono ai cittadini l'accesso alle informazioni sui servizi, considerano le osservazioni ed i suggerimenti per il miglioramento degli stessi, proponendosi di rilevare la valutazione della qualità percepita.

-Efficienza ed efficacia: I Comuni dell'Ambito s'impegnano ad erogare i servizi in modo da garantire il raggiungimento degli obiettivi di efficienza e di efficacia.

- accesso e trasparenza: l'utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso dell'Ente che lo riguardano, secondo le modalità disciplinate dalla Legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni. Ogni cittadino, inoltre, in qualunque momento può richiedere di conoscere lo stato in cui si trovano le proprie pratiche.

- Comunicazione: i cittadini, di fronte ad un bisogno o un disagio sociale, devono sapere dove andare e a chi rivolgersi. Il cittadino deve conoscere quali sono le "porte d'accesso ai servizi". Il Comune deve diffondere l'informazione sulle procedure, sui servizi e sulla loro modalità di erogazione in modo trasparente, semplice, capillare, completo ed aggiornato con cortesia, educazione, rispetto e disponibilità da parte di tutti gli operatori. Il Comune deve fare il massimo sforzo per sviluppare la capacità di ascolto dei bisogni del cittadino, che deve avere l'opportunità di esprimersi nelle forme che gli sono più congeniali.

-Tutela dei diritti: il Comune garantisce agli utenti ed ai loro familiari, attraverso colloqui, schede di gradimento, etc., il diritto di presentare agli operatori ed al responsabile del servizio osservazioni, suggerimenti e critiche. Il Comune garantisce a tutti gli utenti la possibilità di sporgere reclamo contro disservizi, atti o comportamenti ritenuti non corretti o che abbiano limitato la fruibilità delle prestazioni.

-Rispetto e privacy: ogni cittadino è assistito e trattato con premura, cortesia ed attenzione, nel rispetto della persona, della sua dignità e del suo diritto alla riservatezza.



3. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- D. Lgs 267/2000, Testo Unico Enti Locali;
- Legge 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali;
- Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328";
- Legge Regionale n. 15 del 6 luglio 2012 "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza";
- D.G.R. Campania n. 320 del 3 luglio 2012 pubblicata sul BURC n. 42 del 09/07/2012 ad oggetto "Modifica degli ambiti territoriali sociali e dei Distretti Sanitari;
- Provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta regionale n. 40 del 14/02/2011;
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 134 del 27 maggio 2013 inerente all'approvazione del Piano sociale regionale 2013 – 2015;
- Decreto Dirigenziale n. 308 del 17 giugno 2013 inerente le indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona, in applicazione del Piano Sociale Regionale 2013-2015 e secondo quanto disposto dalla legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 e ss.mm.ii;
- Regolamento sui criteri e modalità organizzative della erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario [art. 10, comma 2 lett. e) punto 2) L.R. 11/2007];
- Regolamento della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi [art. 10, comma 2 lett. e) punto 2) L.R. 11/2007];
- Regolamento sulle modalità del controllo di regolarità amministrativa e contabile, di gestione e di valutazione e controllo strategico di cui al D. Lgs n. 286/1999 (Regolamento FUA) [art. 10, comma 2 Lett. e) punto 3) L.R. 11/2007];
- Regolamento relativo all'organizzazione del servizio sociale professionale, che preveda il rapporto operatori/utenti indicato nella legge - art. 10, comma 2 lett. e) punti a) e 5) L.R. 11/2007];
- Regolamento relativo all'organizzazione del segretariato sociale - art. 24, comma 2, L.R. 11/2007];
- Regolamento per l'accesso e per l'erogazione dei servizi socio-sanitari - art. 41, comma 3, L.R. 11/2007];
- Regolamento per il funzionamento del Coordinamento istituzionale (art. 11 co. 3 L.R. 11/2007);
- Regolamento per il funzionamento dell'Ufficio di Piano (art. 11 co. 3 e art. 23 co. 3 della L.R. 11/2007).



L'AMBITO TERRITORIALE N 12

Con l'approvazione della legge 328 del 2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" si è introdotto un nuovo soggetto territoriale nella pianificazione delle politiche sociali e nell'erogazione dei servizi: l'Ambito.

Esso è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali e socio-sanitarie. L'Ambito è coincidente o è multiplo del distretto sanitario proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e gestione integrata dei servizi socio-sanitari. Le singole Regioni hanno individuato, in attuazione della legge 328/00, gli Ambiti territoriali all'interno dei quali verrà svolta la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.

In ogni Ambito si prevede l'esercizio associato e finanziario da parte dei Comuni delle funzioni sociali previste dal welfare locale.

Pozzuoli è il Comune capofila.

Compiti dell'Ambito sono:

- Dotare il territorio di una rete di servizi essenziali;
- Creare le condizioni per l'integrazione dei servizi in senso ampio (socio-sanitario, scuola, lavoro, politiche giovanili, qualità della vita, ambiente);
- Favorire l'esercizio associato delle funzioni sociali da parte dei Comuni ed una gestione unitaria della rete dei servizi.

Il Piano di Ambito Sociale è lo strumento di programmazione dei Comuni per avviare nei diversi Ambiti territoriali la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi e interventi sociali. L'Ambito territoriale è titolare delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorre alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, come da ultimo modificata dalla legge 3 agosto 1999, n. 265.

L'organizzazione dell'Ambito territoriale N12 è la seguente:

Il Coordinamento Istituzionale esercita tutte le necessarie funzioni finalizzate alla definizione ed attuazione del Piano di Zona Sociale, nell'ambito delle attribuzioni demandate agli Enti locali in materia di organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, a norma dell'art. 6 della legge quadro n. 328/2000. Il Coordinamento Istituzionale è costituito dai Sindaci, o loro delegati dei Comuni ricadenti nell'Ambito Territoriale N 12 (Pozzuoli, Bacoli e Monte di Procida) unitamente al Direttore Generale dell'ASL Napoli 2 Nord o loro delegati, come determinato dalla Giunta Regionale Campania con delibera n. 1824 del 4 maggio 2001. Il Coordinamento Istituzionale si rinnova, automaticamente, dopo ogni tornata ordinaria a seguito delle elezioni amministrative dei Comuni componenti. I Sindaci dei Comuni che si rinnovano in sessioni non ordinarie, subentrano ai precedenti dopo la convalida del risultato elettorale. Il Sindaco del Comune capofila procede alla convocazione del Coordinamento istituzionale entro due mesi dalle elezioni amministrative.

Le funzioni di coordinamento delle attività dell'ufficio di Piano sono svolte dal Coordinatore (Dirigente del Comune Capofila) e da un vice-coordinatore (Direttore di Sezione, sempre nel Comune Capofila).



A supporto delle Funzioni di coordinamento sono presenti:

- Un'area Contabilità (un referente esperto e due istruttori)
- Un'area Segreteria UdP

Il Coordinamento Istituzionale, composto dai rappresentanti legali degli enti aderenti all'accordo di programma, ha la responsabilità politica della programmazione e dell'attuazione e della valutazione del Piano di Zona. Svolge funzioni di indirizzo e di controllo politico – amministrativo. In particolare:

- Verifica la corrispondenza dell'attività gestionale con le finalità di cui al Piano di Zona;
- Definisce le procedure che devono essere applicate uniformemente dai Comuni, nonché le dotazioni tecnologiche di cui gli stessi devono essere dotati;
- Decide sulle semplificazioni procedurali da attuare e sulle innovazioni tecnologiche da introdurre;
- Può rilasciare pareri consultivi agli organi politici circa le materie oggetto dell'Accordo di Programma;
- Approva regolamenti ed atti relativi alla gestione in forma associata di servizi

L'UFFICIO DI PIANO

Nell'ambito N 12 l'Ufficio di Piano è composto prevalentemente da personale proveniente dagli uffici dei quattro comuni e dall'Asl Napoli 2 Nord, il cui utilizzo, com'è precisato nell'accordo di programma, avviene "sotto la responsabilità funzionale ed organizzativa dei Responsabili del Servizio delle rispettive amministrazioni, ferma restando la dipendenza amministrativa e i vincoli dello stato giuridico propri di ogni Amministrazione".

L'Ufficio di Piano è articolato per area di intervento, quelle previste dalle linee guida regionali.

Le aree sono le seguenti:

- Welfare d'accesso e azioni di sistema;
- Infanzia e Adolescenza;
- Responsabilità familiari;
- Disabilità;
- Persone anziane;
- Donne in difficoltà.

Per ogni area di intervento l'Ufficio di Piano prevede mini-équipe di lavoro composte da:

- Un referente tecnico, responsabile della progettazione e valutazione dei servizi
- Un responsabile amministrativo che garantisce il raccordo con il coordinamento per le questioni relative a bandi, regolamenti, documenti amministrativi ecc.

Nell'Ufficio è inoltre presente un referente per l'Azienda Sanitaria Locale.



AREA DI INTERVENTO: ANZIANI

CENTRO SOCIALE PER ANZIANI

Cos'è? Il Centro Sociale Polifunzionale è una struttura a ciclo diurno con di protezione sociale con funzione di accoglienza, ospitalità, orientamento e socializzazione, a basso livello di integrazione sanitaria, che si rivolge ad anziani autosufficienti.

Il C.S.P. è articolato in spazi multifunzionali, per offrire una pluralità di attività finalizzate a favorire la continuità delle relazioni sociali dell'anziano e la permanenza nel proprio ambiente abitativo ed affettivo, limitando il rischio di emarginazione e sostenendo l'autonomia individuale.

Il Centro favorisce forme di autogestione o co-gestione, attraverso modalità organizzative che coinvolgono direttamente gli anziani/utenti e le loro famiglie.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI: La struttura prevede l'accoglienza di persone anziane autosufficienti che si aggregano in maniera autonoma provvedendo anche alla gestione del centro stesso.



RSA PER ANZIANI

Cos'è? È una struttura residenziale ad elevata valenza socio-sanitaria con un livello di servizi sanitari medio-alto e di tipo ex-ospedaliero.

Essa si rivolge ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, privi di idoneo supporto familiare e che non possono essere assistiti a domicilio o nei C.D.

Le RR.SS.AA. garantiscono interventi sia di natura socio-assistenziale, volti a garantire o recuperare le relazioni sociali ed i livelli di autonomia e di benessere, sia di natura sanitaria, volti a prevenire e curare malattie croniche e degenerative.

La finalità delle attività è quella del recupero e della cura psico-fisica dell'anziano.

Le residenze sono organizzate in unità base, ovvero moduli con una capienza di massimo 20 ospiti, differenziate in base alla prevalente connotazione del bisogno.

Un modulo è riservato per la degenza a termine.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI: Gli utenti ricoverati a seguito di analisi dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), sono assistiti dal personale della struttura ospitante.

I costi sono sostenuti da ASL /Utenti /Comune ai sensi del regolamento di compartecipazione ai servizi.



ADI- CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Cos'è? È un servizio di assistenza domiciliare offerto attraverso la collaborazione tra ASL e Comune che si realizza mediante l'erogazione di un insieme di prestazioni di carattere sia sociale che sanitario.

Il servizio ha lo scopo di prevenire e/o limitare processi di istituzionalizzazione degli anziani attraverso l'integrazione dell'azione della famiglia di origine nell'assistenza e nella cura degli anziani non autosufficienti.

Il servizio, pertanto, prevede l'affiancamento di una figura professionale specializzata (OSA o OSS) nel percorso di recupero dell'anziano assistito presso il proprio domicilio.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI: Gli utenti beneficiari a seguito di analisi dell'Unità di Valutazione Integrata, sono assistiti dal personale professionale presso il proprio domicilio. L'assistenza è fornita dal Comune attraverso ente aggiudicatario della gara.



ADS- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE

Cos'è? È un servizio di assistenza domiciliare offerto dai Comuni dell'Ambito N12 che si realizza mediante l'erogazione di un insieme di prestazioni di carattere sia sociale.

L'Assistenza Domiciliare a carattere Socio-assistenziale (ADS) è un servizio rivolto ad anziani con limitata autonomia, che vivono da soli e/o che vivono con famiglie che non sono in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona e della casa e per il mantenimento delle condizioni di autonomia. La finalità del servizio è quella di favorire la permanenza dell'anziano nel suo ambiente abitativo e sociale e di accrescere la sua capacità di autodeterminazione, attraverso sia attività socializzanti, limitando il rischio di emarginazione sociale, sia prestazioni assistenziali, atte a prevenire malattie cronico-degenerative. Il servizio di ADS deve comprendere un pacchetto di prestazioni, indirizzate al sostegno di carattere organizzativo per lo svolgimento tanto delle attività di base della vita quotidiana dell'anziano quanto per lo svolgimento di attività strumentali. Il servizio può favorire l'integrazione con altre tipologie di servizi previsti per la stessa utenza.

Il servizio ha lo scopo di prevenire e/o limitare processi di istituzionalizzazione degli anziani attraverso l'integrazione dell'azione della famiglia di origine nell'assistenza e nella cura degli anziani non autosufficienti.

Il servizio, pertanto, prevede l'affiancamento di una figura professionale specializzata (OSS) nel percorso di recupero dell'anziano assistito presso il proprio domicilio.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI: Gli utenti beneficiari a seguito di analisi dell'Unità di Valutazione Integrata, sono assistiti dal personale professionale presso il proprio domicilio. L'assistenza è fornita dal Comune attraverso ente aggiudicatario della gara.



SERVIZI DI INTEGRAZIONE SOCIALE

Cos'è? È un servizio che l'anziano svolge negli orari di entrata e di uscita dalle scuole sorvegliando sulla sicurezza dei ragazzi.

Nell'ambito di questo servizio è previsto altresì il coinvolgimento delle persone anziane per lo svolgimento di altri servizi di pubblica utilità (Sorveglianza Parco Pubblico "Giardino dei Monaci e Piccola Guardiania) con l'obbligo di apposita copertura assicurativa.

È infine attivo un servizio di portierato sociale in collaborazione con i giovani

CARATTERISTICHE PRINCIPALI: I "nonni civici" dovranno effettuare attività di vigilanza scolastica, tese ad individuare e segnalare fenomeni di rischio per i giovani, oltre che svolgere azioni concrete di tutela e sicurezza e favorire l'integrazione sociale degli anziani ed il rafforzamento dei rapporti intergenerazionali, presso le strutture scolastiche dislocate sul territorio.

MODULISTICA:

Gli anziani interessati possono presentare domanda di partecipazione su apposito modello dell'Ente disponibile al link:

www.ambiton12pozzuoli.it/documenti/moduli/horni_vigili.pdf

allegando i seguenti documenti:

- Autocertificazione di non aver riportato condanne penali (su modello allegato);
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione rilasciata dal medico di base dell'ASL da cui risulti l'idoneità psico-fisica al progetto;
- Certificato ISEE in corso di validità.



CENTRO DIURNO INTEGRATO

Cos'è? È una struttura a ciclo diurno con un livello di servizi di assistenza sanitaria medio-alto.

Il Centro Diurno si rivolge ad anziani non autosufficienti che necessitano di prestazioni e servizi socio-sanitari quali quelli socio-assistenziali integrati, diagnostici, terapeutici, riabilitativi ed infermieristici.

Servizi complessi che non possono essere erogati in un contesto domiciliare ma che non necessitano del ricovero in R.S.A. o strutture residenziali similari.

La finalità è, appunto, quella di prevenire l'istituzionalizzazione dell'anziano ed il suo decadimento psicofisico, limitando il rischio di isolamento sociale e fisico.

All'interno del Centro Diurno Integrato può essere attivato un Centro Diurno Alzheimer, per pazienti affetti da demenza.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI: La struttura prevede l'accoglienza di disabili valutati in Unità di Valutazione Integrata (UVI).

Gli utenti, sono assistiti dal personale della struttura secondo le modalità stabilite dall'Unità di Valutazione Integrata, nel rispetto dei costi previsti dalla normativa vigente.

Estratto sintetico Legge 328/00

Obiettivo: garantire alle persone e alle famiglie un sistema integrato di servizi sociali; qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione; prevenire, eliminare o ridurre condizioni di disabilità, bisogno, disagio, difficoltà sociali, non autonomia

Azioni		Chi
Programmazione e organizzazione del sistema integrato dei servizi sociali	<i>Efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali</i>	Enti Locali, Regione, Stato
Riconoscimento e agevolazione organismi di utilità sociale	<i>Cooperative sociali, Associazioni, Enti Promozione Sociale, Fondazioni, Volontariato</i>	Enti Locali
Gestione e offerta dei servizi	<i>Progettazione e realizzazione concertata degli interventi</i>	Soggetti pubblici, privati e Privato sociale

SERVIZI PREVISTI

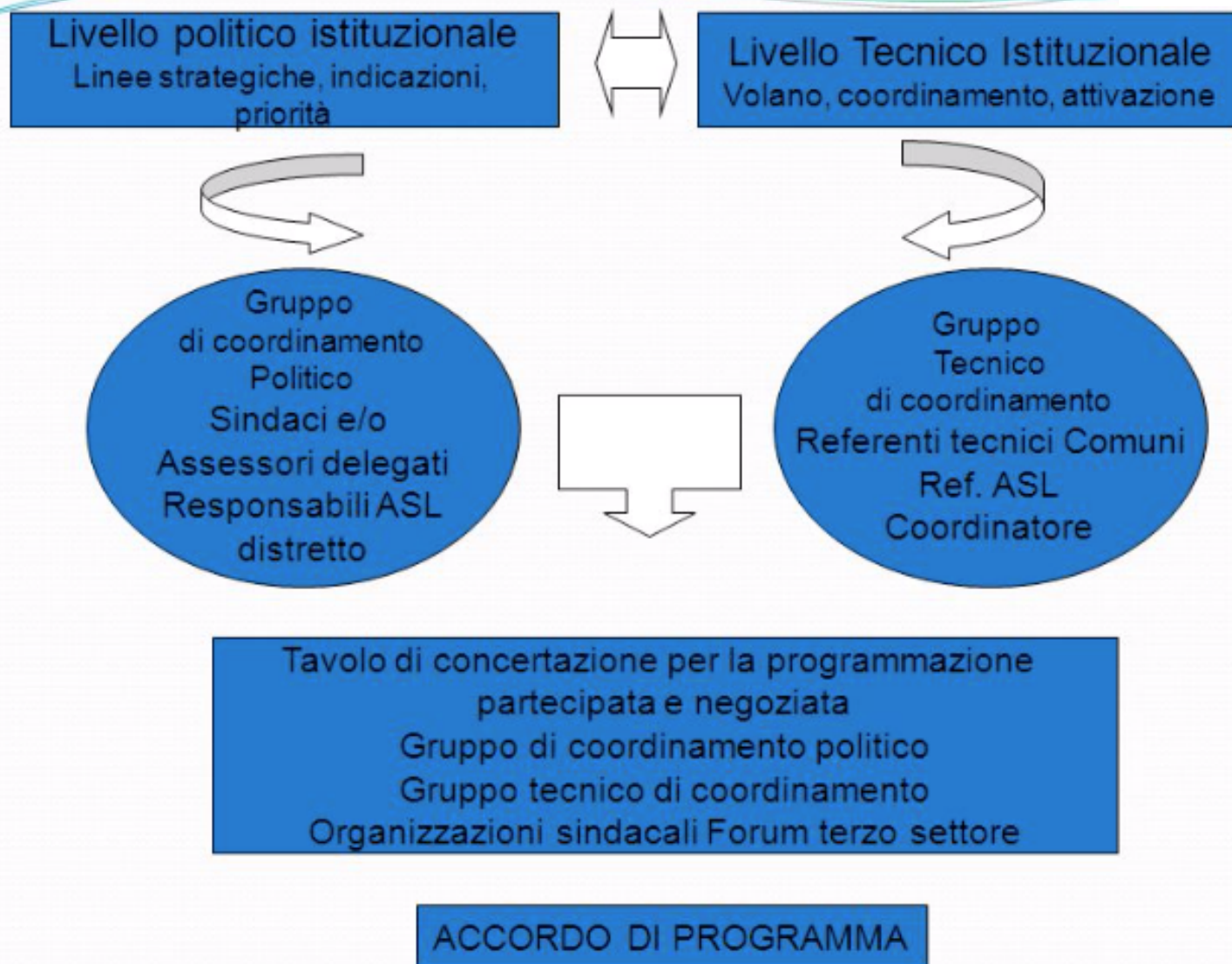
Legge 328/00

Il capo III elenca le disposizioni relative alla realizzazione di particolari interventi sociali e più esattamente a favore di persone disabili, anziani non autosufficienti, famiglie

- **progetti individuali per le persone disabili**
- **sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti**
- **valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari**
- **l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile**
- **politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura**
- **sostegno alla genitorialità, anche attraverso la**
- **promozione del mutuo aiuto tra le famiglie**
- **prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico**
- **servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia**
- **servizi per l'affido familiare**

Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano, inoltre, le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

ARCHITETTURA DEL PIANO DI ZONA





L'impatto culturale della legge 328/00

La 328 sottolinea l'importanza dell'**INTEGRAZIONE** tra i diversi interventi nelle politiche sociali e tra le diverse politiche, tema essenziale per perseguire il benessere individuale e sociale.

Nello specifico **l'integrazione tra sociale e sanitario** è un aspetto fondamentale della legge 328/2000 che in più punti ne sottolinea l'importanza.

Il **piano di zona** rappresenta una grande **opportunità** per realizzare l'integrazione tra sociale e sanitario in una logica di concertazione tra soggetti autonomi di pari dignità. Le attività socio-sanitarie devono essere programmate congiuntamente tra comuni e ausl, con scelte concordate e coerenti sia nei PDZ che nei PAT dei distretti sanitari.



LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN ITALIA | ANNO 2019

Migliora la salute degli anziani ma cresce la domanda di cura e assistenza

➔ Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di salute degli over 75 si confermano in miglioramento.

Ad eccezione delle malattie croniche gravi, più diffuse tra gli uomini (46,0% contro 41,1% delle donne), le donne hanno condizioni peggiori per tutti gli altri indicatori di salute.

Forti le differenze territoriali a svantaggio del Sud e delle Isole e le disuguaglianze sociali nella salute.

Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle le attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica (8,5% nell'Ue22).

32,3%

Quota di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbilità

Tra gli over 85 è il 47,7%

3,8mln

Gli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica

1mln

Gli anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona

La percentuale è del 6,9%



I NUMERI CHIAVE: INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO. Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogno di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
Totale	43,2	52,0	14,7	28,4	31,5	10,6	65,8
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
Totale V.A.	5.871	7.064	3.919	3.860	5.136	1.437	945

Almeno tre patologie croniche per oltre metà degli anziani

La presenza di cronicità e di multimorbilità hanno, come noto, un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra i molto anziani. Durante la pandemia da Covid-19 questa specifica fragilità ha esposto la popolazione anziana a un maggiore rischio di morte, di ospedalizzazione e di ricovero in terapia intensiva.

Nel 2019, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentano multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche. Tra gli over85 la quota raggiunge i due terzi, con una percentuale più elevata tra le donne, il 69% contro il 60% tra gli uomini. Anche tra i "giovani anziani" di 65-74 anni, le quote si confermano elevate (48,5% tra le donne e 39,6% tra gli uomini).

Le patologie più diffuse (in una lista di 22) sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%). Sono le prime patologie nella graduatoria per entrambi i generi. Seguono, per gli uomini, i problemi di controllo della vescica (12%), e per le donne la depressione (15%), le allergie (14,1%) e i problemi di incontinenza urinaria (13,7%).

Rispetto al 2015, si rileva una lieve diminuzione della multimorbilità tra gli over75. Se si confronta l'indicatore, ricalcolato tenendo conto solo delle 21 patologie rilevate in entrambe le edizioni dell'indagine, si osserva infatti una riduzione dal 54,3% al 52,0%.

Il 43,2% degli anziani di 65 anni e più dichiara almeno una patologia grave (ictus, tumori, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie croniche: bronchite cronica, Bronco pneumopatia cronico ostruttiva - BPCO, enfisema). La percentuale scende al 17% se le patologie croniche gravi sono almeno due.

Tra gli anziani di 75-84 anni la quota di coloro che hanno almeno una malattia cronica grave si attesta al 48,1% (52,4% tra gli uomini e 44,8% tra le donne) mentre la percentuale di quanti sono affetti da almeno due malattie croniche gravi è pari al 19,4% (22% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne).

Le patologie croniche gravi più diffuse tra tutti gli anziani sono le malattie cardiache (19,3%) stabili rispetto al 2015. Si riducono invece le malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, BPCO ed enfisema) specialmente tra gli uomini anziani, tra i quali però si rileva un incremento dei tumori maligni (+1,9%).

Demenza e depressione le patologie più diffuse tra le donne over85

Tra le malattie degenerative che riguardano la sfera della salute mentale degli anziani le demenze rappresentano una priorità di salute pubblica, come ha evidenziato l'Organizzazione mondiale della sanità lanciando il *"Global Action Plan on the public health response to dementia - 2017-2025"* nell'intento di sensibilizzare i paesi a promuovere azioni per il miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei loro *care givers*.

In Italia, si stima che nel 2019 le demenze senili e l'Alzheimer colpiscano circa 600mila persone tra gli over65 che vivono in famiglia (dalla stima sono esclusi quindi gli anziani che risiedono in istituzioni), complessivamente il 4,2% degli anziani. La quota si attesta al 3% tra gli uomini e al 5,1% tra le donne. Tuttavia la prevalenza triplica tra le ultraottantacinquenni (15,4%) e raggiunge il 14% tra i coetanei maschi. Si tratta di un grave problema perché il progressivo decadimento delle funzioni cognitive derivante da queste forme morbose neurodegenerative comporta un carico di assistenza particolarmente oneroso anche per i conviventi e i *care givers*.

La patologia mentale più diffusa è la depressione, associata all'ansietà cronica grave per quasi la metà degli anziani. Nel 2019, l'11,3% degli anziani soffre di depressione. È netto il divario di genere: tra gli uomini la quota è del 6,7%, tra le donne raddoppia al 14,9% e per le 85enni supera il 20% contro il 10% degli uomini della stessa età. Gli anziani con disturbi ansioso-depressivi sono circa 4 milioni (15%) con un forte svantaggio per le donne.

È molto frequente, inoltre, la compresenza dei disturbi ansioso-depressivi con altre patologie croniche. Tra gli anziani che dichiarano forme depressive, circa due su tre (64,8%) presentano un quadro morboso molto complesso, ovvero hanno almeno una patologia grave e multimorbidità; tra gli uomini di 85 anni e oltre la quota raggiunge l'81,6%.

Le differenze territoriali riflettono anche in questo caso un vantaggio relativo del Nord rispetto al Mezzogiorno, dove i tassi di cronicità grave e multimorbidità sono molto più elevati, a conferma della forte associazione tra depressione e cronicità. Il divario territoriale si registra per entrambi i generi, ma è più evidente tra gli uomini anziani, con prevalenze molto più elevate nel Mezzogiorno rispetto al Nord (11,5% contro 7,4%, tassi calcolati tenendo sotto controllo le differenze nella distribuzione per età delle singole aree territoriali).

Con l'indagine Ehis del 2019, attraverso uno strumento clinico condiviso a livello europeo (PHQ8, *Personal Health Questionnaire Depression Scale*), sono stati rilevati i sintomi depressivi che concorrono a definire la depressione maggiore che, come è noto, è anche la forma più grave. Secondo le stime del 2019, il 5,4% degli anziani ha sperimentato episodi di depressione maggiore nelle due settimane precedenti l'intervista. Tra gli over85 la percentuale triplica al 16,6%. La prevalenza tra le donne è quasi doppia rispetto agli uomini (6,9% rispetto 3,4%) e aumenta con l'età: tra le over75 raggiunge l'11,3% (5,5% fra gli uomini).

Quasi 4 milioni gli anziani con gravi limitazioni motorie, sensoriali o cognitive

Sono circa 3 milioni e 860mila gli anziani con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28,4% della popolazione di 65 anni e più). Di essi, 2 milioni 833mila (20,9%) hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1 milione 874mila (13,8%) riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1 milione e 113mila (8,2%) hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione.

Al crescere dell'età la quota di anziani con gravi difficoltà funzionali aumenta progressivamente: tra i 65-74enni è al 14,6%, raddoppia al 32,5% tra gli anziani di 75-84 anni e quadruplica tra gli ultra ottantacinquenni (63,8%).

La quota di donne di 65 anni e più con gravi difficoltà funzionali supera quella degli uomini della stessa età in tutte le attività di base considerate.

Nel camminare oppure salire o scendere le scale, le anziane mostrano maggiori difficoltà già a partire dai 65 anni (+3,4 punti percentuali rispetto agli uomini) fino a un gap di genere di quasi 20 punti dopo gli 85 anni (59,1% per le donne contro 40,2% per gli uomini). Fra le donne le maggiori difficoltà nel ricordare o nel concentrarsi si osservano dopo i 75 anni (16% contro 9,3% degli uomini). Sono più attenuate le differenze di genere per le difficoltà nella vista e nell'udito in tutte le fasce di età.

Rispetto al 2015, eliminando l'effetto della diversa struttura per età, diminuiscono le quote di donne con gravi difficoltà nelle attività motorie (da 25,9% nel 2015 a 23,4% nel 2019) e sensoriali (da 15,3% a 13,0%) a fronte di una sostanziale stabilità per gli uomini. Si riduce per entrambi i sessi la quota di quanti riferiscono gravi difficoltà nella memoria o concentrazione (da 7,9% a 6,0% per gli uomini, da 11,1% a 8,7% per le donne).

Pronunciate le disuguaglianze per territorio

Le persone con gravi difficoltà nelle funzioni di base sono più concentrate nelle regioni del Mezzogiorno (32,1%, quoziente standardizzato) rispetto al Centro (25,5%) e al Nord (22,9%). Lo svantaggio del Sud e delle Isole è particolarmente pronunciato per le difficoltà motorie, per le quali si registra un tasso standardizzato del 24,7% contro il 17,6% del Centro e il 15,8% del Nord. In particolare per le donne il valore supera il 30%, contro il 20% circa nel Centro e nel Nord. Le differenze territoriali rimangono invariate a distanza di cinque anni.

Difficoltà nella cura della persona per un anziano su dieci

In un paese come l'Italia, caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione, è di fondamentale importanza valutare il livello di autonomia degli anziani nelle attività quotidiane di cura della persona e fornire un contributo conoscitivo per la definizione di adeguate politiche sociosanitarie.

Il 10,6% degli anziani (1 milione e 437mila persone) riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona: fare il bagno o la doccia da soli (9,8%), vestirsi e spogliarsi (6,7%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (6,3%), usare i servizi igienici (5,7%) e infine mangiare da soli (3,5%). Il 6% degli anziani presenta gravi difficoltà in tre o più attività. La scarsa autonomia in almeno un'attività di cura personale riguarda quasi un quinto degli anziani di 75 anni e più (18,3%) e oltre un terzo degli ultraottantacinquenni (37,2%).

La gran parte degli anziani con grave riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona riferisce anche gravi difficoltà nelle attività quotidiane della vita domestica. Si arriva quindi a circa 1 milione e 400mila di anziani (10,1%) con una forte riduzione di autonomia in entrambe le attività essenziali della vita quotidiana.

A livello europeo i dati preliminari disponibili su 22 paesiⁱⁱ mostrano l'Italia (10,1%) nella parte alta della graduatoria decrescente insieme all'Austria (10,3%) a fronte di una media Ue22 pari all'8,5%.

Sommando al gruppo di anziani che hanno difficoltà in entrambe problematiche i 2 milioni 400mila che dichiarano gravi difficoltà solo nelle attività domestiche, si raggiunge la cifra di circa 3 milioni 800mila anziani che hanno severe limitazioni nelle attività quotidiane della vita domestica (28,4%).

Come prevedibile, è soprattutto nelle attività domestiche pesanti che gli anziani perdono più frequentemente l'autonomia (25,7%). Seguono attività come fare la spesa (15,3%) e svolgere attività domestiche leggere (12,7%). Il 10,7% ha difficoltà nel gestire risorse economiche e nel preparare i pasti.

Rispetto al 2015 rimane stabile la quota di anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona mentre diminuisce quella di ultrasettantacinquenni, sia donne che uomini, che dichiarano gravi difficoltà nelle attività della vita domestica (30,3% nel 2015 e 27,7% nel 2019).

Anche per l'autonomia nelle attività quotidiane svantaggiato il Mezzogiorno

In forte svantaggio le persone anziane che vivono nel Sud e nelle Isole dove l'11,8% e il 12,7% hanno gravi difficoltà nelle attività di cura personali contro il 7,2% nel Nord-ovest e l'8,0% nel Nord-est (tassi standardizzati). Gli anziani con gravi difficoltà nelle attività della vita domestica sono il 31,6% nel Sud e il 33,2% nelle Isole, contro il 20,9% nel Nord-ovest e il 21,9% nel Nord-est e il 23,4% nel Centro.

La famiglia pilastro nell'assistenza ma sempre più fragile

La famiglia resta il principale sostegno cui possono far ricorso le persone anziane, anche se la rete di aiuti familiari e quella di aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti sociali iniziati dagli anni '60. In una situazione delle reti di aiuto già critica, coorti di anziani sempre più numerose alimenteranno nel prossimo decennio la domanda di assistenza, rendendo indispensabile la programmazione di adeguati interventi di *welfare*.

Anche nel 2019, soprattutto i familiari assicurano un aiuto agli anziani che hanno bisogno di assistenza per le attività quotidiane di cura personale o domestiche. Oltre il 50% degli anziani riceve aiuto dai familiari non in maniera esclusiva, il 17% si avvale di personale a pagamento e il 6,4% riceve aiuto da altre persone (amici, associazioni di volontariato, ecc.). Nel complesso il 65,2% della popolazione over 65 con riduzione di autonomia non necessariamente grave, usufruisce di aiuti da parte di familiari, di persone a pagamento o di altre persone.

Tra gli anziani che hanno gravi difficoltà nella cura personale (circa 1 milione 500mila persone), l'84,4% riferisce di ricevere aiuti dai familiari (conviventi e non). Questa percentuale è composta dal 51,9% che usufruisce solo dell'aiuto di familiari e dal 32,5% che viene supportato da familiari insieme ad altre persone (assistenti agli anziani, altro personale a pagamento, assistenti domiciliari incaricati da enti pubblici o privati).

Riceve assistenza a pagamento il 35,8% degli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività essenziali di cura della persona. Ma l'accesso agli aiuti a pagamento dipende ovviamente dallo status sociale e dalla disponibilità economica. Ne usufruiscono in misura maggiore gli anziani con redditi elevati (48% appartenenti al quinto di reddito più elevato), mentre la quota si riduce alla metà tra quelli con reddito basso (24,3% appartenenti al primo quinto di reddito).

Molto pronunciate le differenze territoriali. Si avvale di assistenza privata il 42,0% al Nord e il 26,6% nelle regioni del Sud e delle Isole. Le differenze non si attenuano anche considerando i tassi standardizzati per età (rispettivamente 40,7% e 25,9%).

Gli anziani che vivono soli, circa 670mila (oltre il 40% del collettivo selezionato), compensano l'assenza del sostegno di familiari conviventi con un maggiore ricorso agli aiuti a pagamento (44%) e in particolare alla figura della badante (31%). Tra gli anziani che vivono da soli la quota di quanti hanno l'aiuto dei familiari (ovviamente non conviventi) è inferiore (73%) a quella degli anziani che vivono in un altro tipo di contesto familiare, dove l'aiuto della famiglia supera il 93% e contestualmente si riduce il ricorso a persone a pagamento (rispettivamente 28,6% e 21,3% per l'aiuto di badanti).

Glossario

Attività di cura della persona (ADL: Activities of Daily Living): l'indicatore "gravi difficoltà nelle attività di cura della persona" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento delle fondamentali attività quotidiane (ADL) quali mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo, oppure sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona, o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione. L'indicatore è stato costruito secondo le indicazioni di Eurostat, considerando i due massimi livelli di difficoltà ("molta difficoltà" o "non sono in grado")

Attività quotidiane strumentali di tipo domestico (IADL: Instrumental Activities of Daily Living): l'indicatore "gravi difficoltà nelle attività domestiche" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autosufficienza nelle attività strumentali, ovvero quelle attività necessarie per vivere in modo autonomo, quali: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche. Anche in questo caso, come per le ADL, sono stati considerati i due massimi livelli di difficoltà ("molta difficoltà" o "non sono in grado"), escludendo i casi di persone che non svolgono tali attività perché non hanno necessità di farlo e quindi non hanno problemi di autonomia in tali attività.

Aiuto a pagamento: si tratta di persone da cui abitualmente l'intervistato riceve aiuto "a pagamento" per le attività di cura della persona (ADL) o per le attività della vita domestica (IADL). Inoltre si considera anche la presenza in famiglia di una persona a pagamento che assiste un anziano o un disabile (badante).

Aiuto da altre persone: si fa riferimento alle "altre persone" (escludendo familiari e persone a pagamento) da cui abitualmente riceve aiuto l'intervistato. Sono state incluse in questa modalità per l'esiguità della prevalenza: amici e associazioni di volontariato, rilevati tra le modalità di risposta.

Ausili: si considerano gli occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, ausili "sottopelle", bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.

Care giver: persona che si prende cura o assiste altre persone (familiari e non) con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità (la definizione in questo report fa riferimento pertanto solo all'aiuto fornito per problemi circoscritti a salute e invecchiamento).

Gravi difficoltà motorie: grave difficoltà o incapacità nel camminare su una superficie piana per 500 metri oppure nel salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto.

Gravi difficoltà sensoriali: grave difficoltà o incapacità nel vedere con o senza occhiali oppure difficoltà nel sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici.

Gravi difficoltà nella memoria o concentrazione: l'indicatore deriva da un quesito "soggettivo" che tende a cogliere la valutazione dell'intervistato sul livello di difficoltà a ricordare o a concentrarsi e fa riferimento alla difficoltà o incapacità grave. Il quesito è inserito nel questionario *short-form* condiviso a livello internazionale nel *Washington Group on Disability* e inserito nel questionario europeo dell'indagine Ehis-wave3.

Limitazioni nelle attività funzionali di base (limitazioni funzionali): si fa riferimento alle limitazioni in almeno una delle attività che riguardano le funzioni del movimento (attività motorie del camminare e salire o scendere le scale), le funzioni sensoriali (vedere e sentire) o quelle cognitive (ricordare e concentrarsi). Per ciascuna di queste funzioni si rileva il livello di difficoltà a compiere le specifiche attività, secondo la valutazione soggettiva dell'intervistato.

Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno; parkinsonismo; alzheimer; insufficienza renale cronica.

Multimorbilità: riferita alla persona che dichiara di essere affetta da tre o più delle seguenti malattie: asma; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; infarto del miocardio o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio; malattia coronaria o angina pectoris; ipertensione; altre malattie del cuore; ictus o conseguenze croniche dell'ictus; artrosi; patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena; patologia cervicale o altra affezione cronica del collo; diabete; allergia (ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura); cirrosi epatica; incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica; problemi renali; insufficienza renale cronica; depressione; ansietà cronica grave; tumore maligno; Alzheimer, demenze senili; Parkinsonismo; altra malattia cronica. Poiché l'indicatore risente del numero di patologie rilevate non è confrontabile con le stime pubblicate in occasione di altre indagini sulla salute.

Quinti di reddito: per misurare le disuguaglianze nella distribuzione dei redditi, è possibile ordinare le famiglie dal reddito equivalente più basso a quello più alto e classificarle in cinque gruppi (quinti). Il primo quinto comprende il 20 per cento delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20% di famiglie con i redditi più alti.

Reddito equivalente netto mensile familiare: è calcolato dividendo il valore del reddito netto mensile familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza), che permette di tener conto dell'effetto delle economie di scala e di rendere direttamente confrontabili i livelli di reddito di famiglie diversamente composte. La scala di equivalenza (utilizzata anche a livello europeo) è pari alla somma di più coefficienti individuali (1 per il primo adulto, 0,5 per ogni altro adulto e 0,3 per ogni minore di 14 anni).

Reddito netto mensile familiare: reddito complessivo di una famiglia, al netto delle tasse e delle altre detrazioni, che è disponibile per la spesa o il risparmio. Si considerano tutti i redditi monetari di qualsiasi fonte ricevuti da ogni membro di una famiglia: reddito da lavoro, investimenti, benefici sociali, qualsiasi altro reddito delle famiglie. Si escludono le imposte e i contributi sociali che sono stati pagati.

Ripartizioni geografiche: suddivisione geografica del territorio che comprende Nord (Nord-ovest, Nord-est), Centro, Mezzogiorno (Sud e Isole).

Sintomi depressivi: vengono rilevati attraverso un questionario per lo screening dei disturbi depressivi (*PHQ - Patient Health Questionnaire, Depression Scale*), inserito nell'indagine European Health Interview Survey (Ehis), con 8 quesiti (PHQ8). Si tratta di uno strumento psicometrico che tende a ricalcare i criteri condivisi in ambito internazionale per la diagnosi dei disturbi depressivi (DSM-IV). In base alla presenza di una serie di sintomi, tra cui l'umore depresso e/o la perdita di interesse o piacere, nonché alla loro frequenza nelle ultime due settimane, viene calcolato un indice sintetico a tre livelli: *depressione maggiore*, altri sintomi depressivi, nessun sintomo depressivo. Per maggiori informazioni sui quesiti si rimanda al questionario di rilevazione Modello giallo A.15, sezione 13, <https://www.istat.it/it/archivio/167485>

Speranza di vita a 65 anni: il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti della tavola di mortalità all'età di 65 anni (cfr. <http://demo.istat.it/tvm2016/.php>).

Titolo di studio: quello più elevato conseguito. Alto: dottorato di ricerca o specializzazione postlaurea, laurea, diploma universitario e diploma di scuola superiore. Medio: licenza di scuola media inferiore. Basso: licenza elementare, nessun titolo e sa e leggere e scrivere, nessun titolo e non sa leggere e/o scrivere.