

2° Corso FAC -Sia

Le prestazioni di non autosufficienza

Laura Crescentini - Cinzia Ferrara

Roma, 19 aprile 2018

La relazione è svolta a titolo personale

L'intervento pubblico: l'invalidità civile

Roma, 19 aprile 2018

SPESA SANITARIA

TAVOLA IV.4: SPESA PUBBLICA PER PENSIONI, SANITÀ, ASSISTENZA AGLI ANZIANI, ISTRUZIONE E INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE (2010-2060)

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
	in % PIL										
Spesa Totale	49,9	50,5	49,3	50,1	50,6	50,6	50,6	50,4	49,8	48,8	47,8
<i>di cui:</i>											
- Spesa age-related	27,5	28,3	27,2	27,5	27,7	28,1	28,3	28,4	28,0	27,5	27,1
Spesa pensionistica	14,8	15,8	15,3	15,5	15,7	15,9	15,9	15,6	15,0	14,3	13,9
Spesa sanitaria	7,0	6,9	6,5	6,7	6,9	7,1	7,2	7,4	7,5	7,6	7,6
<i>di cui LTC - sanitaria</i>	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1
LTC socio/assistenziale	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5
Spesa per istruzione	3,9	3,7	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,5	3,6	3,6	3,6
Indennità disoccupazione	0,7	0,9	0,9	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
- Spesa per interessi	4,3	4,2	4,0	4,5	4,8	4,5	4,2	4,0	3,7	3,3	2,7
Entrate Totali	45,6	50,5	50,4	50,4	50,4	50,3	50,3	50,3	50,3	50,3	50,3

Fonte: DEF 2017-settembre

UE Confronti Spesa sanitaria e LTC

Fig.A: spesa per LTC in rapporto al PIL - Previsioni in ambito europeo (2013-2060)

Fig. A.1: anno 2013

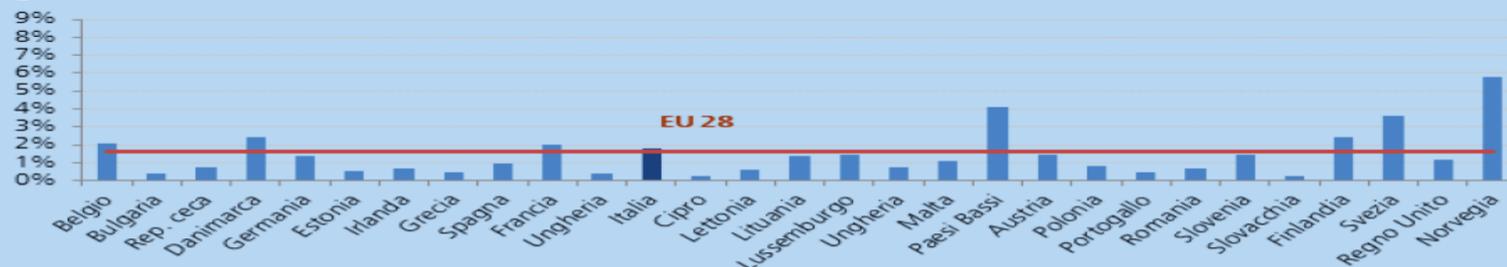


Fig. A.2: anno 2060

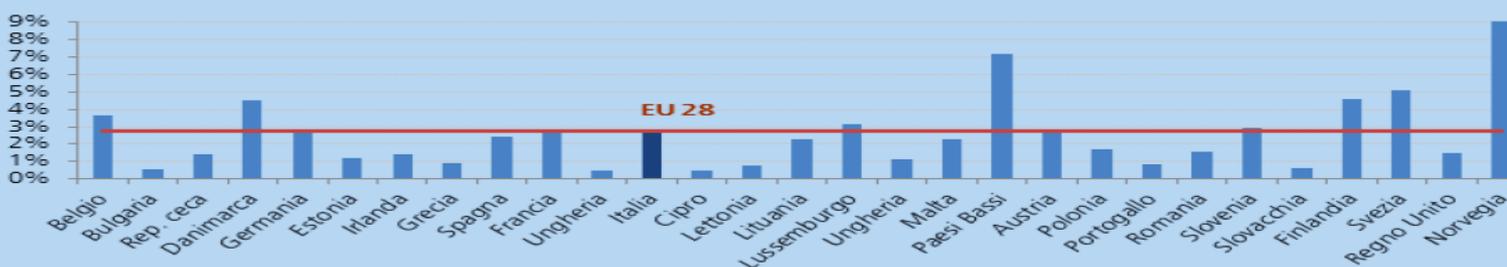
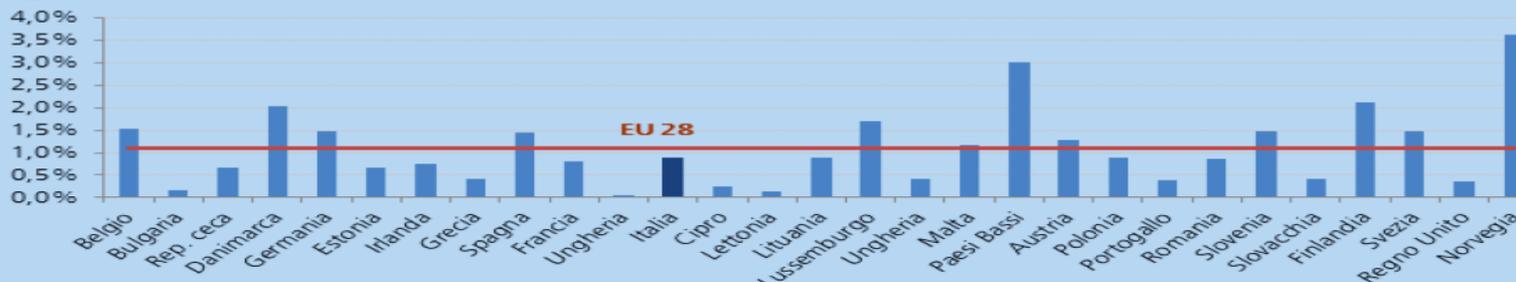
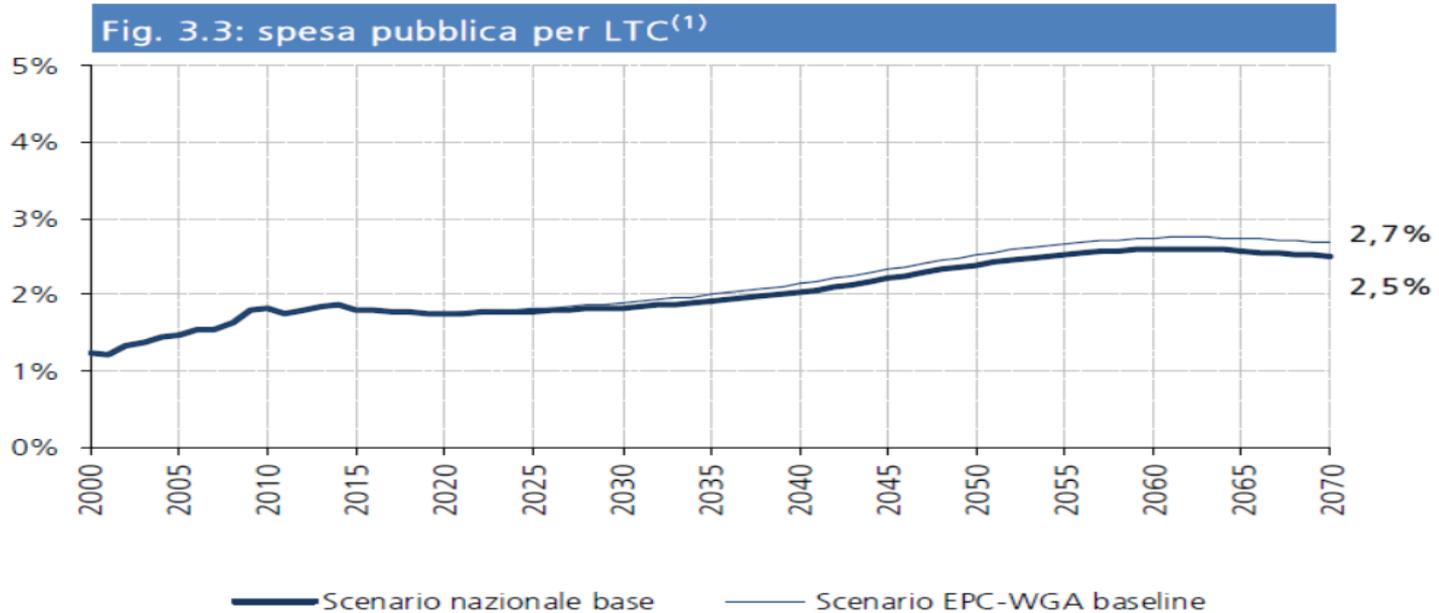


Fig. A.3: variazione 2013-2060



Fonte: Economic Policy Committee - European Commission (2015).

PREVISIONI LTC – RGS



A5.2 - Spesa per LTC in % PIL e distribuzione per fascia di età e prestazione - *Reference scenario*^(b)

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
Spesa LTC/PIL	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	1,9%	2,0%	2,2%	2,4%	2,5%	2,6%	2,6%	2,5%
Prestazioni sanitarie	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%
Indennità accompagnamento	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
Altre prestazioni	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%

Fonte: Nota aggiornamento Rapporto RGS n.18

INVALIDITA' CIVILE

- **Pensioni invalidità civile:** è un assegno mensile di **282,5** euro che spetta ai cittadini affetti da patologie congenite o acquisite, tali da non consentire l'attività lavorativa e quindi il proprio sostentamento. **Percentuale di invalidità tra il 100% e il 74%** in presenza di un reddito inferiore a 4.853 nel caso invalidi parziali e a 16.664 nel caso di invalido totale. All'età (2018 66+7) per assegno sociale si trasforma in assegno sociale
- **Indennità di accompagnamento:** è un assegno mensile di **516,35** euro per 12 mensilità per le persone dichiarate totalmente invalide e/o incapaci di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure incapaci di compiere gli atti quotidiani della vita. Non è soggetta a limiti reddituali

INVALIDI CIVILI

PRESTAZIONI VIGENTI AL 1° GENNAIO DI OGNI ANNO PER CATEGORIA DI PRESTAZIONE

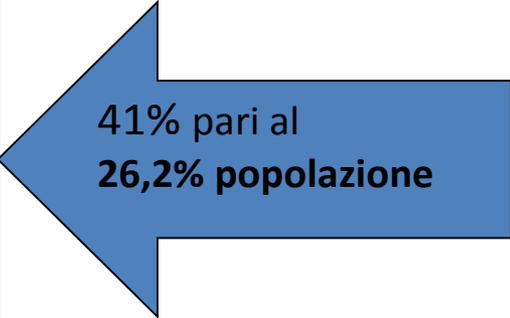
Categoria	Sola pensione		Sola indennità		Pensione e indennità		Totale	
	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile
2016								
Ciechi	565	286,52	24.805	592,64	99.034	729,62	124.404	700,3
Sordomuti	30	286,61	26.141	255,46	17.052	502,98	43.223	353,13
Invalidi Totali	186.758	286,10	1.434.791	512,24	303.031	767,28	1.924.580	530,46
Invalidi Parziali	328.525	287,52	140.950	294,95	.	.	469.475	289,75
Totale	515.878	287,00	1.626.687	490,51	419.117	747,63	2.561.682	491,6
2017								
Ciechi	521	286,75	23.511	605,01	99.963	729,82	123.995	704,3
Sordomuti	29	286,49	26.042	255,77	17.465	501,53	43.536	354,38
Invalidi Totali	192.396	286,56	1.462.142	515,35	313.289	769,25	1.967.827	533,4
Invalidi Parziali	340.647	287,62	153.768	296,81	.	.	494.415	290,48
Totale	533.593	287,24	1.665.463	492,38	430.717	749,24	2.629.773	492,83
2018								
Ciechi	465	289,97	41.355	554,76	81.125	785,81	122.945	706,22
Sordomuti	29	289,22	28.451	256,19	15.227	544,71	43.707	356,73
Invalidi Totali	200.653	289,94	1.499.318	516,32	286.124	806,13	1.986.095	535,2
Invalidi Parziali	348.666	290,61	161.787	300,96	-	-	510.453	293,89
Totale	549.813	290,36	1.730.911	492,83	382.476	791,41	2.663.200	493,91

Fonte: Inps- Osservatori statistici

INVALIDI CIVILI

PRESTAZIONI VIGENTI AL 1° GENNAIO 2018 PER CLASSE DI ETA'

Classe età	Sola pensione	Sola indennità	Pensione e indennità	Totale
da 0 a 17	25	231.932	1.193	233.150
da 18 a 39	98.736	12.030	97.013	207.779
da 40 a 59	322.228	40.629	170.501	533.358
da 60 a 64	115.146	21.272	48.879	185.297
da 65 a 79	13451	378.728	26.854	419.033
80 ed oltre	227	1.046.178	38.036	1.084.441
Non ripartibili	.	142	.	142
Totale	549.813	1.730.911	382476	2.663.200



41% pari al
26,2% popolazione

**Le prestazioni di non
autosufficienza
L'intervento privato**

Il contesto: la demografia*

L'Italia è uno dei paesi più vecchi d'Europa

- **Aspettativa di vita alla nascita (2016): 80,6 M, 85,0 anni F**
- **Speranza di vita a 65 anni(2016): 19,1 M, 22,3 F, +1 anno rispetto a media UE;**
- **Over 65: 22,4% popolazione. Nei prossimi 20 anni supererà il 29%, over 85 > 5%;**
- **L'indice di dipendenza strutturale supera il 55,5%,;**
- **L'indice di dipendenza degli anziani oltre il 34,%;**
- **Età media popolazione: quasi 45 anni.**

*Fonte: Istat – Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'UE – Anno 2015
Indicatori di mortalità della popolazione residente-Anno 2016

Il contesto: la qualità di vita*

Si vive di più ma non meglio

Speranza di vita a 65 anni (2015)	Italia		Media UE	
	M	F	M	F
Generale	18,1	22,2	17,9	21,2
In buona salute	13,7	14,1	14,4	15,1
Senza limitazioni funzionali	7,8	7,5	11,4	12,3

Over 65 con gravi difficoltà	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75 e +	Totale	65-74	75 e +	Totale	65-74	75 e +	Totale
In almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6	12,8	7,3	3,8	23,0	14,1	3,2	18,9	11,2
In 3 o più ADL	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
in almeno un'attività domestica (IADL)	9,2	33,3	20,4	16,6	56,1	37,9	13,1	47,1	30,3
in 4 o più IADL	2,9	13,3	7,7	3,5	24,5	14,8	3,2	20,1	11,7

*Fonte: Istat – Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'UE – Anno 2015

Il contesto: la qualità di vita*

E inoltre:

- a parità di età, multicronicità e riduzione/perdita di autonomia sono più marcate fra le donne, i soggetti a basso reddito e/o residenti nel Mezzogiorno;
- poco più di un anziano su 4 ritiene di godere di una solida rete di sostegno sociale, mentre il 18% lo ritiene scarso;
- il 12,5% (18% al sud) hanno dichiarato di aver rinunciato per motivi economici a prestazioni sanitarie.

Il contesto: le politiche pubbliche

- **Mancanza unitarietà quadro di riferimento**
- **Frammentazione e mancanza di coordinamento**
- **Risorse non necessariamente scarse, ma sicuramente non allocate efficacemente e concentrate sul cash:**
 - **indennità di accompagnamento: 6.185,16 € l'anno;**
 - **Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario;**
 - **ADI e SAD praticamente simbolici, in diminuzione, disomogenei sul territorio: <di 20 ore l'anno, tasso di anziani assistiti inferiore al 3%, quota di comuni che offrono il servizio inferiore al 50**
- **Spesa non sanitaria per LTC: 1,% PIL in linea con media UE e destinata a raddoppiare entro il 2060.**

Assistenza domiciliare

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata – Regioni (ASL)

- Carattere socio-sanitario: compresa nei LEA. Insieme organizzato di trattamenti a domicilio medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita secondo un piano di cura personalizzato (PAI). Si integra con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune.

SAD: Servizio Assistenza Domiciliare - Comuni

- Carattere sociale: ha l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.)

Assistenza domiciliare – Anno 2013

Copertura dei servizi ADI e SAD (% sulla popolazione anziana) e intensità

	ADI		SAD	
	Copertura (% pop anziana)	Ore/anno per utente anziano	Copertura (% pop anziana)	Spesa media per utente anziano
Italia	4,8	17	1,2	2.123
Copertura				
-Max	10,6	8	5,3	4.697
- Min	0,3	39	0,4	1.477
Intensità				
-Max	3,9	50	5,3	4.697
- min	6,9	7	0,9	966

Fonte: VI rapporto Network Non Autosufficienza – 2017-18

Assistenza domiciliare*

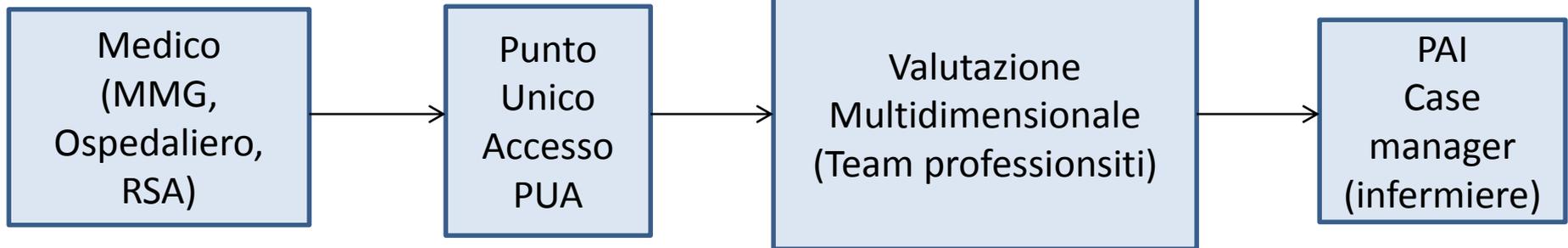
- ruolo centrale delle famiglie => caregivers “informali”: 3,3 mil di persone = 8,6% popolazione adulta;
- elevata percentuale di anziani proprietari di casa: 80% (10 mil) per gli over 65. Nel 41% delle case di proprietà è presente un anziano;
- oltre mezzo milione di famiglie ha utilizzato tutti i propri risparmi o venduto l’abitazione o si è indebitata per l’assistenza ad un anziano;
- diffusione della consapevolezza intervento privato => disponibilità dei “giovani” ad un risparmio di lungo periodo dedicato alla LTC (Censis stima un potenziale di finanziamento di 17 mld annui)

* Fonte: dati Auser, Censis, CREA Sanità, Istat

Assistenza domiciliare

L'indagine di Italia Longeva*

- 12 Aziende sanitarie in 11 regioni bilanciate fra Nord e Sud. Bacino di utenza: 10,5 mil di abitanti = 17% pop italiana;
- Età media assistiti 75-80 anni. Over 65 fra il 64 e il 91%.
- Articolato quadro normativo;
- Processo e attori:



- Tre modelli di erogazione servizi: prevalenza affidamento a privati con gara;
- Raro utilizzo teleassistenza

* Italia Longeva: *“La babele dell’assistenza domiciliare in Italia: chi la fa come si fa”* – Luglio 2017

Assistenza domiciliare

L'indagine di Italia Longeva

Criticità:

- Asimmetria dimensionale e di risorse fra ASL e Comuni;
- Valutazione multidimensionale caratterizzata essenzialmente dalla dimensione sanitaria;
- Gamma prestazioni standardizzata con prevalenza di quelle infermieristiche; ritardo attivazione delle prestazioni sociali.



- **Mancata integrazione socio-sanitaria. Coordinamento assicurato essenzialmente dalle famiglie.**
- **Asimmetria tra domanda e offerta di assistenza**

Assistenza domiciliare – linee di intervento

➤ Mappatura e diffusione informazione => portale

- **Quantitativa:** Indicazione delle coperture attive nelle diverse modalità a livello territoriale (Regione). Necessario coinvolgimento tutti possibili attori;
- **Qualitativa:** definizione standard minimi condivisi (certificazione?); profili professionali definiti e riconosciuti.

➤ Formazione care givers

➤ Diverso modello di erogazione dell'indennità di accompagnamento => servizi

Creazione presso soggetti accreditati e chiaramente individuabili – Registro - (FP, FS, SMS, impresa sociale, Assicurazioni.....?) per l'erogazione dell'IA sotto forma di servizi (proposta Fondazione easycare).

Assistenza domiciliare – linee di intervento

➤ Diffusione culture tecnoassistenza: telemedicina, telassistenza, ambient assisted living

Vantaggi: maggiore capacità di self-management dell'assistito e del caregiver => maggiore soddisfazione

- favorisce la permanenza a domicilio => sicurezza;
- migliora l'equità nell'accesso alle cure e nei tempi di risposta;
- contenimento spesa;
- prevenzione perdita autonomia: utile anche per i “giovani anziani”.



Riconoscimento della tecnoassistenza come nuovo setting assistenziale dal pubblico (LEA) e dal privato

Le politiche pubbliche

- La risposta pubblica è inadeguata, nel quantum ma ancor di più nel come.
- Comunque irrealistico ipotizzare un incremento delle risorse pubbliche destinate.



Modello “spontaneo” operante “di fatto”, non frutto di disegno organizzativo preciso. Onere organizzativo dell’assistenza a carico delle famiglie.

Il modello italiano per la NA

Tre pilastri

- **Primo pilastro:** prestazioni pubbliche (INPS, prestazioni a carattere locale)
- **Secondo pilastro:** prestazioni erogate da soggetti privati organizzati: fondi pensione fondi sanitari, aziende (welfare aziendale). Adesione su base collettiva (volontaria o obbligatoria);
- **Terzo pilastro:** prestazioni erogate da soggetti privati (Assicurazioni), su base individuale e volontaria

L'intervento privato

Tre macro categorie di soluzione

- Coperture assicurative individuali o collettive finalizzate all'erogazione di una rendita (Polizze=>Compagnie, anche via Fondi pensione o fondi sanitari).
- Coperture assicurative (polizze o coperture autogestite) che prevedono il rimborso delle spese sostenute o una diaria sostitutiva (Compagnie, Fondi sanitari, SMS);
- Coperture a livello aziendale legate ai cd welfare aziendale/Employee benefits, con particolare riferimento all'utilizzo del premio di risultato

L'intervento privato

Il sistema di finanziamento

- Capitalizzazione individuale: i contributi individuali sono accreditati sulla posizione del singolo, unitamente ai rendimenti realizzati dal loro investimento e finanziano esclusivamente la prestazione del singolo. Rendita o rimborsi . Compagnie, Fondi pensione.
- Capitalizzazione collettiva: la somma dei contributi accumulati con riferimento all'intera collettività forma la riserva a disposizione per erogare la prestazione per gli eventi relativi ai componenti della stessa collettività nel tempo => solidarietà. Rendite o rimborsi. Compagnie o Fondi sanitari
- Ripartizione: i contributi versati dalla collettività degli iscritti nell'anno finanziano le prestazioni per gli eventi accaduti nello stesso anno => solidarietà. Rimborsi Compagnie, Fondi sanitari, SMS

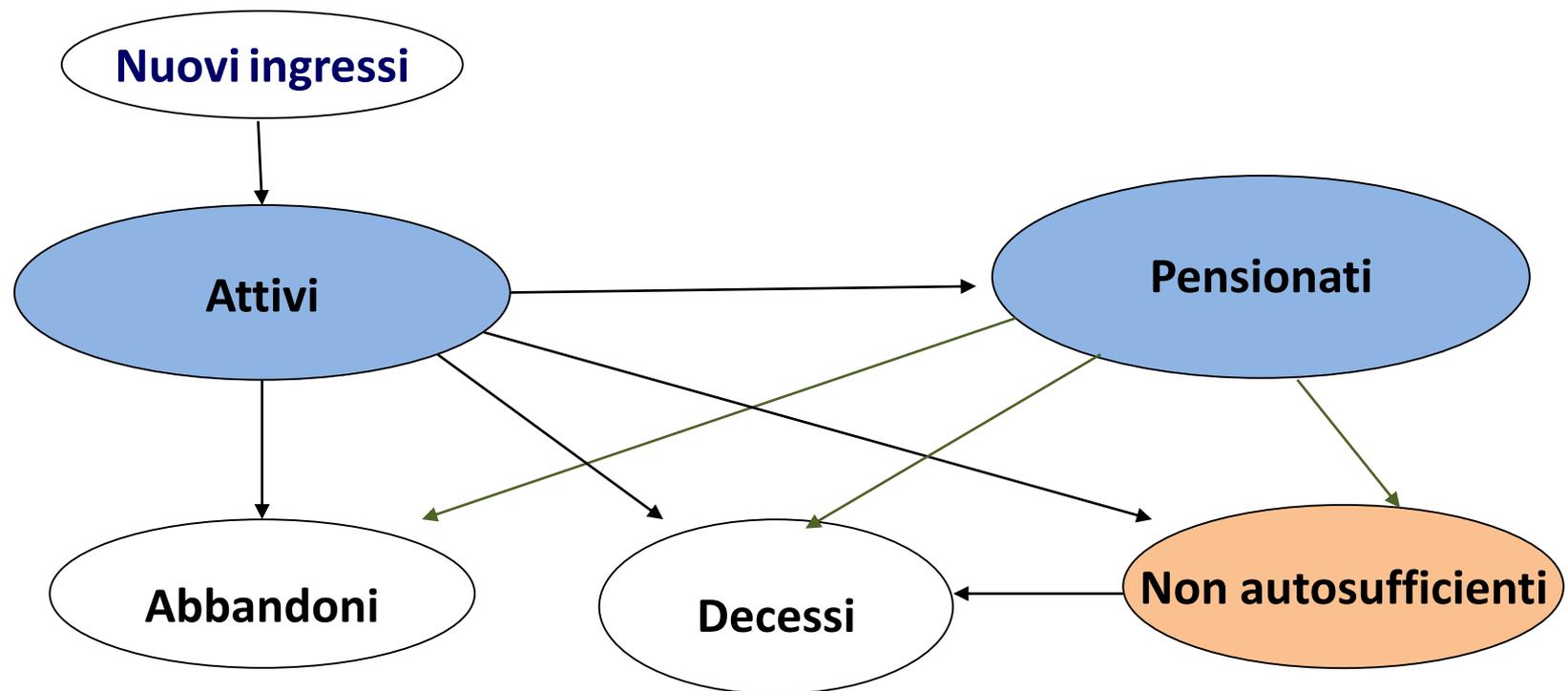
La costruzione della copertura

- Studio dell'evoluzione della popolazione assicurata, nelle due componenti degli attivi contribuenti e dei percettori di prestazione
- Modalità di adesione: volontaria o obbligatoria
- Scelta della definizione di non autosufficienza
- Scelta della modalità di gestione: diretta o in convenzione
- Prestazioni: uguali per tutti o in funzione di: sinistrosità dell'anno, spesa, premio versato
- Contributo previsto: premio unico, annuo (solo nel periodo di attività o vitalizio), in funzione del reddito o costante

La costruzione della copertura

Il modello attuariale

Prestazione di LTC pagata a partire dall'età in cui l'assicurato diventa non autosufficiente e finché rimane in tale condizione



La costruzione della copertura

Dati ed ipotesi

- distribuzione per età dei nuovi ingressi in assicurazione
- probabilità di cessazione da attivo per cause varie (diverse dal pensionamento, dal decesso e dalla non autosufficienza)
- probabilità di morte da attivo:
- probabilità di morte dei pensionati:
- accesso al pensionamento di vecchiaia: requisiti previsti dalla normativa vigente adeguati nel tempo in base all'aumento della speranza di vita
- frequenza di rimanere iscritto dopo il pensionamento
- probabilità di diventare non autosufficiente:
- probabilità di morte dei soggetti non autosufficienti
- importo annuo della prestazione di LTC e periodo di erogazione
- tasso annuo di rivalutazione della prestazione di LTC
- tasso annuo di inflazione
- rendimento delle attività a copertura (tasso tecnico)
- età limite per il diritto alla prestazione



L'intervento privato

Criticità

- Replica le carenze della pubblica: cash oriented, non coordinata con pubblico o altre coperture
- Generalmente riservata a categorie a basso rischio (attivi)
- Problema portabilità
- Mancanza di dati organizzati e ufficiali sul comparto
- Sfrutta poco i vantaggi della copertura collettiva => costosa => poco diffusa.

L'intervento privato

Un'idea dei costi

- **Rendita mensile compresa fra i 1.000 e i 2.000 €: contributo inferiore ai 100 € l'anno per coperture di tipo collettivo con età di ingresso max 70 anni.**
- **Per coperture individuali il valore va moltiplicato almeno per 7.**
- **Per ricomprendere anche i pensionati, il contributo va moltiplicato almeno per 20, con le usuali frequenze di invalidità. Le nuove basi tecniche ANIA condurrebbero peraltro a un deciso taglio dei costi (almeno del 50%).**
- ❑ **La convenienza è tanto maggiore quanto prima si inizia a contribuire**
- ❑ **Problemi da gestire: Portabilità; Buchi contributivi**

Le sfide

Riorganizzare la copertura (pubblica e privata) in maniera più efficiente: il quadro di riferimento

➤ **Piano cronicità**

- **focus sulla persona e non sulla malattia;**
- **approccio multidimensionale integrato:**
 - **fra servizi sanitari e sociali;**
 - **fra professionalità diverse;**
 - **fra i diversi attori (pubblici e privati) coinvolti nella pianificazione ed erogazione dell'assistenza;**

Definizione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) con coinvolgimento attivo paziente e caregivers

Piano cronicità

Fase 1
Selezione

Diagnosi

Selezione pazienti
Adesione informata
alla gestione
integrata

SSN (distretto); team multidisciplinare
Definizione PDTA

Fase 2
Presa in carico

Registrazione
Approfondimento
diagnostico
specialistico
Stadiazione
Pianificazione
Follow-up

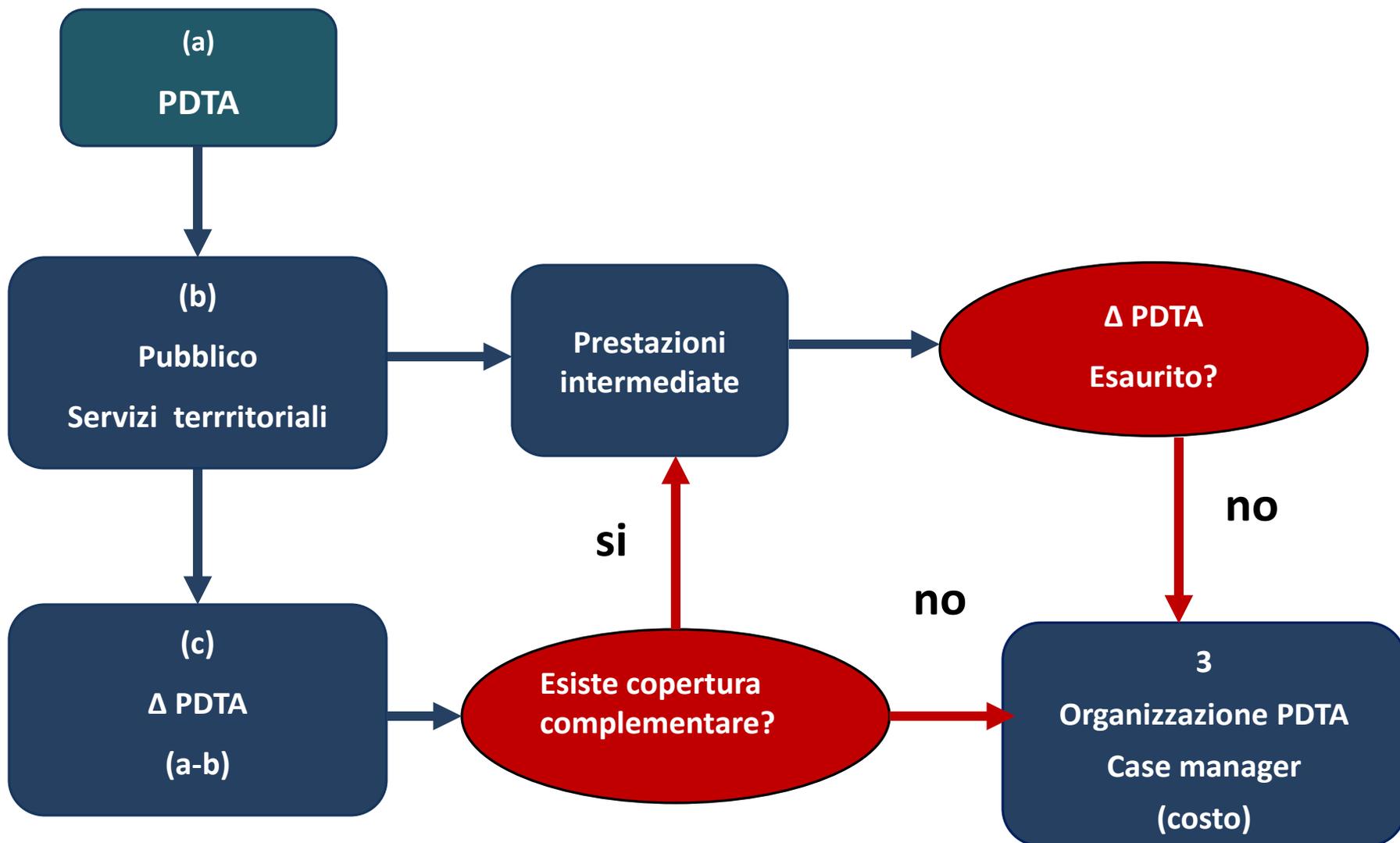
Fase 3
Gestione del piano di cura

Educazione terapeutica e
all'autogestione
Gestione differenziata
follow-up: ricoveri/ADI

Partnership pubblico-privato
Attuazione PDTA

Realizzazione del PDTA

Integrazione pubblico-privato



LA COPERTURA PRIVATA

➤ *Realizzazione PDTA – Elementi qualificanti*

- Coerenza con il PDTA e coperture pubbliche
- Complementarità con prestazioni pubbliche
- Passaggio da nomenclatore a plafond
- Passaggio da “dare” a “fare”: servizi invece che cash
- Personalizzazione, flessibilità, modularità
- Mappatura servizi disponibili (regionale)
- Costruzione/Partecipazione reti
- Supporto per accesso prestazioni



Sinergia

Definizione di non autosufficienza

Non esiste una definizione unica né a livello internazionale né in Italia (neanche nel piano cronicità)

- Elementi comuni a tutte le definizioni: focus dalla malattia al paziente. Quindi:
 - riferimento alle attività della vita quotidiana;
 - articolazione della non autosufficienza in più livelli;
 - focus sulla valutazione.

Definizione di non autosufficienza: UE

- **Consiglio d'Europa:** Stato di bisogno di significativa assistenza o aiuto per svolgere le attività della vita quotidiana a causa di mancanza o perdita di autonomia fisica, psicologica o intellettuale
- **OCSE (LTC):** Politiche incrociate che comprendono una gamma di servizi per le persone che dipendono dall'aiuto altrui nello svolgimento delle attività elementari della vita quotidiana per un lungo periodo di tempo.
- **OMS (disabilità):** massimo grado di difficoltà (escludendo limitazioni temporanee) in almeno una delle tre dimensioni: fisica, autonomia nelle funzioni quotidiane, comunicazione, pur tenendo conto dell'ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, etc)

Definizione di non autosufficienza: Italia

INPS – Indennità di accompagnamento

- totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche;
- impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita, con conseguente necessità di assistenza continua.

(

Definizione di non autosufficienza: Italia

INPS – Indennità di accompagnamento

Invalidità civile: cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo (compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico o per insufficienze mentali dovute a difetti sensoriali e funzionali), che hanno subito una riduzione permanente della capacità lavorativa di almeno un terzo o, se minori, con persistenti difficoltà nel fare i compiti e nelle funzioni proprie della loro età.

Atti quotidiani della vita: azioni interdipendenti o complementari nel quadro esistenziale d'ogni giorno: vestizione, nutrizione, igiene personale, espletamento dei bisogni fisiologici, effettuazione degli acquisti e compere, preparazione dei cibi, spostamento nell'ambiente domestico o per il raggiungimento del luogo di lavoro, capacità di accudire alle faccende domestiche, conoscenza del valore del denaro, orientamento tempo-spaziale, possibilità di attuare condizioni di autosoccorso e di chiedere soccorso, lettura, messa in funzione della radio e della televisione, guida dell'automobile per necessità quotidiane legate a funzioni vitali, ecc. (Circ. Ministero del Tesoro 14/1992).

Definizione di non autosufficienza: Italia

Coperture Assicurative: metodo delle “Activities of Daily Living” (ADL)

Considera non autosufficiente un individuo che non è in grado di svolgere, in modo presumibilmente permanente e senza alcun ausilio, alcune attività elementari della vita quotidiana. Quando l'assicurato non può svolgere una certa quantità di ADL (o le può fare parzialmente con un sistema di punteggio) scatta il diritto alla prestazione. Le differenze riguardano il numero minimo di ADL non svolte considerato valido e l'attribuzione dei punteggi. (3 su 4; 4 su 6; 3 su 6)

Definizione di non autosufficienza: Italia

Metodo delle “Activities of Daily Living” (ADL)

- AADL: Advanced Activities of Daily Living: attività importanti per la socialità o l'espressione di sé.
- IADL: Instrument Activities of Daily Living: attività strumentali che garantiscono la completa e autonoma gestione delle proprie esigenze: usare il telefono, fare acquisti, preparare il cibo, accudire la casa, gestire il bucato, utilizzare mezzi di trasporto, uso medicinali, gestione finanze.
- BADL: Basic Activities of Daily Living: limitazioni sostanziali nella gestione quotidiana delle proprie necessità di base: fare il bagno, vestirsi, toilette, spostarsi, continenza, alimentarsi.

Definizione di non autosufficienza: Italia

Inps versus ADL

I titolari dell'indennità di accompagnamento hanno requisiti di non autosufficienza sostanzialmente in linea con quelli di norma definiti nelle coperture assicurative private, anche se la definizione INPS sembra in linea di massima più ampia¹.

1) Studio ANIA/Dipartimento di scienze statistiche dell'Università degli Studi di Roma "La sapienza"

Definizione di non autosufficienza: Italia

Valutazione *geriatrica multidimensionale (VMD)*

- valuta le varie dimensioni dell'anziano (sanitaria, cognitiva, affettiva, funzionale, sociale);
- multiprofessionale: necessita di conoscenze provenienti da professionisti di varie discipline (geriatra, infermiere, assistente sociale);
- considera anche l'ambiente di vita e la situazione economica;
- traduce la valutazione in termini di "bisogni/Interventi.

Definizione di non autosufficienza: Italia

VMD: strumenti INTER RAI (VAOR)

Protocolli di valutazione, sviluppati da una rete scientifica collaborativa internazionale (InterRAI) diffusa in oltre 30 paesi che, partendo da un nucleo comune (funzione fisica, cognitivà, sensi, ecc) è successivamente articolato in specifiche sezioni relative ai diversi setting assistenziali che coinvolgono l'anziano (es: ospedale per acuti, postacuzie, RSA, ADI, Hospice).

In Italia, gli strumenti VAOR sono utilizzati o sperimentati – anche con adattamenti locali – in diverse regioni: Marche, Toscana, Emilia Romagna, Friuli VeneziaGiulia, Abruzzo, Umbria