

Sławomir H. ZARĘBA *

Marcin ZARZECKI*

ANALIZA SOCJO-EKONOMICZNA SYSTEMU WSPARCIA OSÓB STARSZYCH ORAZ POTRZEB W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ WE WŁOSZACH

Streszczenie

W artykule ograniczamy się do analizy rozwiązań funkcjonujących na obszarze Włoch, które podlegały badaniom monograficznym realizowanym w ramach projektu pt. „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”, współfinansowanego przez Unię Europejską (nr projektu POWR. 02.08.00-00-0018/17-00). W przypadku studium systemu wsparcia osób starszych we Włoszech uzyskano dane umożliwiające przeprowadzenie analizy rynku usług opiekuńczych świadczonych w trybie publicznym i komercyjnym, optymalizacji nadzoru i planowania wizyt związanych ze świadczonymi usługami, dostępu do danych instytucjonalnych

* **Sławomir H. Zaręba** – prof. zw. dr hab., socjolog, dziekan Wydziału Nauk Historycznych i Społecznych UKSW w Warszawie, kierownik zespołu ekspertów w projekcie pt. „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”, współfinansowanym przez Unię Europejską (nr projektu POWR. 02.08.00-00-0018/17-00). Członek Rady Fundacji CBOS.

* **Marcin Zarzecki** – dr n. społ. w zakresie socjologii, prodziekan Wydziału Nauk Historycznych i Społecznych UKSW w Warszawie, ekspert ds. metodologii w projekcie pt. „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”, współfinansowanym przez Unię Europejską (nr projektu POWR. 02.08.00-00-0018/17-00). Członek Zespołu ds. badań społecznych w KPRM.

oraz narzędzi analitycznych wspomagających procesy zwiększania efektywności organizacji usług opiekuńczych, analizy kosztów systemu usług opiekuńczych, systemu orzecznictwa i wdrażania klasyfikacji ICF (Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) itd. W artykule sygnalizujemy wybrane aspekty systemu wsparcia osób starszych oraz potrzeb w zakresie opieki długoterminowej we Włoszech jako modelowego przykładu funkcjonowania wielowymiarowego rozwiązania sektora finansów publicznych.

Słowa kluczowe: *osoby starsze, teleopieka, opieka długoterminowa, system wsparcia, model włoski*

Wstęp

W obrębie współczesnej socjologii instrumenty analityczne stanowią istotne wsparcie dla zrozumienia wielowymiarowych procesów i zjawisk z obszaru polityk publicznych, w tym zarządzania jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, edukacji gerontologicznej, społecznych dysfunkcji ekskluzji społecznych ze względu na wiek lub stopień niesamodzielności, także w analizach zdrowia publicznego. Szczególnie w zakresie pól problemowych związanych z demografią oraz sektorem zdrowia publicznego wymaga się przekroczenia granicy opisu statystycznego w kierunku stosowania prognoz statystyczno-ekonometrycznych. W zadaniach statystyki publicznej dane gromadzone są w przekroju ogólnokrajowym w postaci zestawu wskaźników służących do oceny dobrostanu społecznego osób starszych, zgodnie z zleceniami Komisji UE i potrzebami krajowymi, zawierając szeroki zestaw danych statystycznych dotyczących wybranych aspektów zdrowotności, zwłaszcza zachorowalności na wybrane choroby, poziomu niepełnosprawności biologicznej i psychospołecznej, samooceny stanu zdrowia, występowania długotrwałych problemów zdrowotnych (chorzy przewlekle) oraz danych dotyczących umieralności i przeciętnego trwania życia, ochrony środowiska, stylu życia, warunków życia i pracy oraz funkcjonowania służb wsparcia społecznego. Wraz z procesami cyfryzacji danych poszerza się zakres stosowalności technik analitycznych w postaci *data mining* na wzór zachodnioeuropejskich zintegrowanych kartotek danych w statystyce publicznej. To właśnie dzięki rozwiązaniom *Big Data* coraz częściej mówimy dziś o opiece spersonalizowanej, także o „informatyce biomedycznej”.

Architektura i zasoby cyfrowe stanowią jedną z kluczowych, regionalnych i ponadregionalnych infrastruktur teleinformatycznych dla wspierania badań w naukach humanistyczno-społecznych. Podejście procesowe w analizie społeczeństwa informacyjnego, zarówno w humanistyce jak i w naukach społecznych,

zakłada nie tylko wykorzystanie różnych źródeł danych i perspektyw badawczych, ale wymaga także ścisłej integracji ze sobą tych elementów. Z tego względu zastosowanie technik analitycznych w największym stopniu gwarantuje zarówno poprawność metodologiczną projektów, jak też i logiczne powiązania pomiędzy poszczególnymi etapami realizowanych procesów poznawczych w zakresie analizy systemów wsparcia osób starszych oraz potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w krajach UE.

W artykule zaprezentujemy analizę społeczno-ekonomiczną systemu wsparcia osób starszych we Włoszech w oparciu o dane statystyki publicznej wraz z bioinformatycznymi rozwiązaniami teleopiekuńczymi, które stanowią jedno z podstawowych i wspieranych przez UE rozwiązań redukcji obciążeń budżetów publicznych. Rządy europejskie zjednoczyły się w rozwoju i wdrożeniu usług teleopiekuńczych i telemedycznych w ogólnoeuropejskim programie badawczym AAL (*Ambient Assisted Living*), który działa od 2007 r. W ramach tego programu kraje uczestniczące wraz z Komisją Europejską zobowiązały się wydawać około 50 mln euro (67 mln USD) rocznie w latach 2008-2013 na badania w dziedzinie teleopieki i telemedycyny. Instytucja *European Centre for Connected Health* została utworzone w celu promowania ulepszeń w opiece poprzez wykorzystanie technologii oraz szybkie śledzenie nowych produktów i innowacji w służbie zdrowia i w usługach społecznych. W 2006 r. rząd niemiecki uruchomił program badawczy „Nowoczesne systemy wsparcia dla zdrowego i samodzielnego życia”. W Danii od dawna dostępne są pasywne systemy teleopieki, głównie ulepszenia podstawowych alarmów społecznych z dodatkowymi czujnikami, np. projekty PERSONA (*Perceptive Spaces Promoting Independent Aging*) i DREAMING. Wydaje się, że istnieje pewien opór wobec biernego monitorowania ze względu na aspekt „nadzoru”. W związku z tym w Danii obowiązują obecnie przepisy regulujące warunki, w jakich można z niego korzystać. W Holandii szacuje się, że korzystanie z usług teleopieki wynosi poniżej 1% populacji w wieku 65 lat i więcej. Przykłady projektów pilotażowych teleopieki w Holandii obejmują „Social Alarm Plus”, prowadzony przez Tunstall Group PLC wraz z dwoma towarzystwami mieszkaniowymi, centrum obsługi telefonicznej i organizacją opieki domowej. W Finlandii nie ma formalnego systemu teleopieki, ale w zasadzie usługi teleopiekuńcze są dostępne w całym kraju dzięki alarmom społecznym. W Hiszpanii, Francji i Włoszech bardziej zaawansowane systemy teleopieki także zostały w pewnym stopniu włączone do istniejących systemów alarmów społecznych¹. W artykule ograniczamy się do analizy rozwiązań funkcjonujących na obszarze Włoch,

¹ K. Turner, M. McGee-Lennon, *Advances in telecare over the past 10 years*, „Smart Homecare Technology and TeleHealth” 2013, nr 1, s. 30.

które podlegały badaniom monograficznym realizowanym w ramach projektu pt. „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”, współfinansowanego przez Unię Europejską (nr projektu POWR. 02.08.00-00-0018/17-00). Sygnalizujemy wybrane aspekty systemu wsparcia osób starszych oraz potrzeb w zakresie opieki długoterminowej we Włoszech jako modelowego przykładu funkcjonowania wielowymiarowego rozwiązania sektora finansów publicznych.

Wskaźniki obciążenia demograficznego społeczeństwa włoskiego w referencji do wskaźników UE

Wśród państw członkowskich UE najwyższy udział osób w wieku 65 lat lub starszych w całkowitej liczbie ludności mają Włochy (22,0%), Grecja (21,3%) i Niemcy (21,1%). W wartościach bezwzględnych 13,2 miliona włoskiej populacji ma co najmniej 65 lat, z czego połowa (6,6 miliona) ma ponad 75 lat². Współczynnik obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym do ludności w wieku poprodukcyjnym dla UE-28 wynosił w 2016 roku 29,3% (na dzień 1 stycznia 2016 r.), ale jego najwyższe poziomy statystyka publiczna Eurostat zarejestrowała we Włoszech – 34,3%. Mediana wieku ludności Włoch wyniosła 45,5 lat (na dzień 1 stycznia 2016 r.). Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego (odsetek młodych i starszych osób w wieku nieprodukcyjnym w stosunku do ludności uznanej za będącą w wieku produkcyjnym, tj. w wieku 15–64 lata), w 2016 r. wyniósł we Włoszech 55,5%, należąc do najwyższych wśród państw członkowskich UE (wyższy wskaźnik charakteryzuje tylko Francję – 59,4%). W przypadku współczynnika obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym do ludności w wieku poprodukcyjnym oraz całkowitego współczynnika obciążenia demograficznego we Włoszech mamy do czynienia z tendencją wzrostową³. Zaznaczmy także, że Włochy należą do krajów, w których nastąpił największy spadek średniej długości życia – 82,7 lat (0,5 roku mniej niż w 2014 r.), a oczekiwana długość życia kobiet spadła bardziej (o 0,7 lat we Włoszech) niż średnia długość życia mężczyzn (o 0,4 lat we Włoszech). Średnia długość życia osób w wieku 65 lat we Włoszech nieznacznie spadła w ostatnich latach. W porównaniu do 2014 r. średnia długość

² Zob. ISTAT, *Demografia in cifre*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma 2017.

³ Zob. EUROSTAT, *Population structure and ageing 2017* [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing, data dostępu 16.11.2018].

życia osób w wieku 65 lat zmniejszyła się z 21,2 lat do 20,6 lat. Średnia długość życia kobiet spadła o 0,6 roku a dla mężczyzn o 0,3 roku⁴.

Według szacunków Narodowego Instytutu Statystyki z 2017 roku odsetek osób w wieku 65 lat wzrośnie o ponad 10 punktów procentowych w 2050 roku, dochodząc do 34% populacji Włoch. Estymuje się, że w przypadku współczynnika obciążenia demograficznego wzrost obejmie wartości od 161 do 283% w 2050 roku⁵. Bezpośrednią konsekwencją tego scenariusza jest wzrost segmentu osób starszych z potrzebami w zakresie zdrowia i opieki społecznej, które wymagają opieki długoterminowej (LTC – *Long-term Care*)⁶.

System wsparcia osób starszych oraz potrzeb w zakresie LTC

Pomoc dla osób starszych, które nie są samowystarczalne, realizowana jest we Włoszech za pomocą działań obejmujących różne szczeble administracji. Porównując indywidualne cechy i wymiary pomocy udzielanej w różnych regionach, zazwyczaj występuje bardzo duża zmienność⁷. Wsparcie dla osób niesamodzielnych bazuje na: publicznej opiece długoterminowej (LTC), bezpośrednim wsparciu rodzinnym oraz opiekunach rodzinnych. Opieka długoterminowa we Włoszech obejmuje:

1. Usługi opiekuńcze o charakterze zdrowotnym dla osób starszych i nie-sprawnych, w tym opiekę świadczoną w domu, w placówkach półstacjonarnych i stacjonarnych, opiekę psychiatryczną dla osób uzależnionych,
2. Świadczenia pieniężne wypłacane przez INPS (*Instituto Nazionale di Previdenza Sociale*),
3. Usługi socjalne świadczone na poziomie lokalnym w domach pobytu stacjonarnego, półstacjonarnego oraz w domach seniorów⁸.

⁴ Zob. EUROSTAT, *Mortality and life expectancy statistics 2017* [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics, data dostępu 16.11.2018].

⁵ Zob. ISTAT, dz. cyt.

⁶ F. Barbabella, C. Chiatti, M. Di Rosa, *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 5° Rapporto 2015 Un futuro da ricostruire*, San Marino 2016, s. 15-32.

⁷ L. Pelliccia, *Alcuni profili di assistenza nelle Regioni*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, San Marino 2017, s. 35-74.

⁸ Tamże.

Według danych ISTAT we Włoszech funkcjonuje ok. 3.329 mln osób udzielających bezpośredniego wsparcia rodzinnego (osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym) oraz ok. 830 tysięcy asystentów rodzinnych zatrudnianych przez osoby starsze i ich rodziny⁹. W 2015 r. wydatki publiczne na opiekę nad osobami w wieku powyżej 65 lat wyniosły 20,9 mld EUR¹⁰. Z powodu niskiego poziomu zasięgu i intensywności formalnych usług opieki długoterminowej oraz rozpowszechniania zasiłku (ponad 12% osób starszych korzysta z tej pomocy), osoba, która nie jest samowystarczalna, często nadal mieszka w swoim środowisku, opierając się na pomocy nieformalnej świadczonej przez rodziny i prywatnej opiece asystentów rodzinnych, w większości przypadków imigrantów. Szacowana liczba wszystkich asystentów rodzinnych, w tym nieformalnych/nierregularnych, sugeruje, że spośród 830 tysięcy asystentów rodzinnych około 90% to obcokrajowcy, z czego dwie trzecie bez umowy o pracę, zwykle bez żadnego szkolenia w zakresie pielęgniarstwa.

Rynek asystentów rodzinnych we Włoszech jest determinowany wzajemnymi korzyściami: rodziny płacą mniej, a asystenci rodzinni rezygnują z zestawu gwarancji i zabezpieczeń, w zamian za bardziej korzystne wynagrodzenie. U podstaw tych wyborów leży również zbyt wysoki poziom kosztów pracy. Obserwatorium INPS pozwala nam zdefiniować główne cechy tych pracowników. Z analizy danych w latach 2005-2014 wynika, że pierwszy obszar rekrutacji asystentów to Europa Wschodnia, w szczególności Rumunia, a następnie Filipiny i Ameryka Południowa. Należy również zauważyć, że liczba pracowników migrujących stale rosła we Włoszech w latach 2005-2012, na co naturalny wpływ miały różne przyczyny, takie jak stale rosnący popyt na opiekę długoterminową i wzrost poziomu uczestnictwa kobiet w rynku pracy (w konsekwencji mniejsza dostępność opiekunów rodzinnych). Intrygującym zagadnieniem jest wysoka koncentracja asystentów rodzinnych na Sardynii – jeżeli przeciętnie we Włoszech można znaleźć nieco ponad 5 rodzinnych asystentów na 100 obywateli, na Sardynii wartość ta przekracza 16%. Na Sardynii odsetek włoskich pracowników jest bardzo wysoki (75,4%) i znacznie przewyższa liczbę asystentów z Europy Wschodniej, którzy stanowią średnio 60% włoskiego rynku asystentów¹¹.

⁹ F. Barbabella, A. Poli, C. Chiatti, L. Pelliccia, F. Pesaresi, *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, San Marino 2017, s. 35.

¹⁰ Zob. *Ragioneria Generale dello Stato: Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma 2016.

¹¹ M. Di Rosa, F. Barbabella, A. Poli, F. Balducci, *L'altra bussola: le strategie di sostegno familiare e privato*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 5° Rapporto 2015 Un futuro da ricostruire*, San Marino 2015, s. 35-56.

Podstawowym świadczeniem pieniężnym dla osób starszych we Włoszech jest emerytura. Na wysokość emerytury wpływa stosunkowo młody wiek, w jakim Włosi kończą aktywność zawodową. We Włoszech mamy 71 emerytów na 100 zatrudnionych osób. Względne obciążenie jest wyższe na południu – gdzie wskaźnik ten wynosi 86 emerytów na 100 zatrudnionych – podczas gdy w regionach północnych wskaźnik ten wynosi poniżej 66 na 100 zatrudnionych. Na poziomie krajowym w latach 2004-2014 wskaźnik zależności pozostawał zasadniczo na poziomie stabilnym. Spadek wskaźnika obserwujemy na północy i w centrum Włoch, podczas gdy na południu wskaźnik rośnie – z 78 do 86 emerytów na 100 zatrudnionych, głównie z powodu gwałtownego spadku zatrudnienia w latach kryzysu. W 2014 r. wydatki na świadczenia emerytalne wyniosły 277,0672 mln euro i wzrosły o 1,6% w porównaniu z rokiem poprzednim, a ich wpływ na PKB wzrósł o 0,2 punktu procentowego, z 16,97% w 2013 r. do 17,17% w 2014 r. Średnia roczna kwota emerytur wynosi 11.943 euro, o 245 euro więcej niż w 2013 r. (+2,1%). Średnio każdy z emerytów otrzymuje 17,040 euro rocznie (403 euro więcej niż w 2013 r.), biorąc pod uwagę, że w niektórych przypadkach ten sam emeryt może liczyć na więcej niż jedną emeryturę. Kobiety stanowią 52,9% emerytów i otrzymują średnio 14,283 euro (w porównaniu do 20.135 euro dla mężczyzn); połowa kobiet (49,2%) otrzymuje mniej niż 1000 euro miesięcznie, w porównaniu do około jednej trzeciej (30,3%) mężczyzn. 47,7% emerytur wypłacane jest na Północy Włoch, 20,4% w regionach Centrum, a pozostałe 31,9% na Południu. Prawie jedna czwarta (23,3%) emerytów jest w wieku poniżej 65 lat, połowa (51,9%) w wieku 65-79 lat, a pozostała kwartał (24,9%) ma 80 lat i więcej. 40,3% emerytów otrzymuje dochód emerytalny niższy niż 1000 euro miesięcznie, kolejne 39,1% między 1000 a 2000 euro; 14,4% otrzymuje od 2000 do 3000 euro, podczas gdy udział osób powyżej 3000 euro miesięcznie wynosi 6,1% (4,7% między 3000 a 5000 euro, 1,4% ponad 5000 euro). Dwie trzecie emerytów (66,7%) posiada tylko jedną emeryturę, jedna trzecia (25,4%) otrzymuje dwie, a 7,8% posiada co najmniej trzy emerytury¹².

Z powyższych danych wynika, że 80% populacji emerytów pobiera świadczenia w wysokości uniemożliwiającej im pokrycie pełnych kosztów opieki instytucjonalnej, tj. minimum 1500 euro. Wymiar świadczeń osób starszych wynoszący nawet powyżej 1500 euro, w większości przypadków, nie zapewnia samowystarczalnej – z perspektywy finansowej – opieki. Prywatna opieka domowa, rozumiana jako dostęp do zestawu usług zdrowotnych i/lub zakup opieki społecznej (jednorazowej lub „pakietowej”), w celu uzyskania praktycznej pomocy w codziennym życiu jest we Włoszech kosztowna. W ostatnich latach wykorzystanie prywatnej opieki zdrowotnej i prywatnej opieki nad osobami starszymi odnotowało wzrost. W wielu

¹² Zob. ISTAT/INPS, *Trattamenti pensionistici e beneficiari*, Rome 2015.

przypadkach model udzielonej pomocy ma charakter głównie domowy i może obejmować indywidualny plan opieki, a także inne usługi (na przykład: czuwanie w szpitalu, badania, zastępowanie i szkolenie asystentów rodzinnych, dostarczanie pomocy). Ponieważ nie ma konkretnych danych dotyczących wydatków i zasięgu prywatnych usług opieki długoterminowej, należy odnieść się do bardziej ogólnych danych ISTAT dotyczących dostępnych informacji na temat wykorzystania przez włoskie rodziny prywatnej opieki nad osobami starszymi. Są dwie pozycje wydatków, które mogą wpłynąć na ogólną analizę, chociaż niekoniecznie związane z usługami LTC w ścisłym tego słowa znaczeniu: usługi zdrowotne i koszty opieki zdrowotnej; inne towary i usługi, w których ISTAT obejmuje wydatki na produkty i usługi związane z ochroną osobistą, rzeczy osobiste, pomoc społeczną, ubezpieczenia i usługi finansowe. W szczególności, biorąc pod uwagę wydatki ponoszone wyłącznie przez starsze rodziny, należy zauważyć, że około 6% wydatków ponoszonych przez osoby w podeszłym wieku mieszkające samotnie lub w parach, w przypadku usług zdrowotnych, mają wyższą wartość w referencji do populacji (4,4%). W odniesieniu do innych ogólnych pozycji wydatków na inne towary i usługi, wydatki odnotowane w przypadku rodzin z jedną starszą osobą są zazwyczaj niższe niż w przypadku starszych par (5,8% w porównaniu z 7,4%)¹³.

Drugi rodzaj pomocy zewnętrznej, umożliwia osobom starszym i członkom ich rodzin dostęp do usług dodatkowych Narodowej Służby Zdrowia i/lub zwrot wydatków związanych z brakiem samowystarczalności poprzez udział w funduszach i towarzystwach ubezpieczeniowych. Fundusze i towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych zostały uregulowane we Włoszech w celu wzmocnienia tego sektora i skutecznego ukierunkowania prywatnych zasobów na indywidualne potrzeby beneficjentów. Aby skorzystać z ulg podatkowych, określone fundusze muszą być zarejestrowane w odpowiednim rejestrze w Ministerstwie Zdrowia i przeznaczać co najmniej 20% zasobów na usługi dla osób, które nie są samowystarczalne. Członkowie tych funduszy, a także członkowie ich rodzin, mogą zatem korzystać ze zwrotów wydatków poniesionych na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze. Kwoty te mogą być obowiązkowe (ponieważ są przewidziane na przykład przez umowę o pracę lub w umowie uzgodnionej z pojedynczym przedsiębiorstwem) lub dobrowolne (także w ramach umowy o pracę). Z badań przeprowadzonych przez RBM *Salute* w 2012 wynika jednak, że tylko 2,1% uczestników funduszy ma ponad sześćdziesiąt pięć lat, a większość to osoby w wieku 21-65 lat. W szczególności udział zarejestrowanych osób starszych jest wyższy w przypadku umów

¹³ Zob. J. Plak, *Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Włoszech*, [w:] *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu*, red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, Warszawa, s. 163-192.

w firmach, podczas gdy w krajowych umowach o pracę udział osób 65+ jest niewielki. Według danych ISTAT ok. 90% osób w podeszłym wieku we Włoszech nie posiada dodatkowego ubezpieczenia, mniej niż 6% ma polisę na zdrowie, 2,5% polisę na życie i tylko 1,6% oba typy polisy¹⁴.

Wsparcie finansowe dla osób starych obejmuje, oprócz emerytur, także takie świadczenia, jak: *indennita di accompagnamento* oraz *assegno di cura*. Świadczenie *Indennita di accompagnamento* dedykowane jest dla osób zależnych, które „nie są w stanie samodzielnie funkcjonować i potrzebują ciągłego wsparcia w wykonywaniu codziennych aktywności życiowych. Warunkiem przyznania świadczenia jest 100% niezdolność do pracy oraz konieczność uzyskania wsparcia i opieki w wykonywaniu codziennych czynności”¹⁵. Drugi rodzaj świadczenia, czyli *assegno di cura*, przysługuje osobom z dochodem rocznym poniżej 15 tys. euro. Dodatek jest „przeznaczony dla osób znajdujących się w ciężkiej sytuacji finansowej i wymagających wsparcia. Jego zadaniem jest przedłużenie ich pobytu w środowisku domowym i opóźnienie momentu przejścia do instytucji zewnętrznych typu stacjonarnego. Przyznane pieniądze pozwalają na wybór podmiotu, który będzie świadczył usługi opiekuńcze i ich rodzaju/zakresu. Z usługodawcą zawierany jest kontrakt na sprawowanie minimum 20 godzin opieki w tygodni”¹⁶. Z Voucheru *assegno di cura* w 2011 roku skorzystało we Włoszech zaledwie 0,5% osób starszych, przy czym ponad połowa regionów oferuje owe świadczenie.

Sumując dwa najbardziej znaczące elementy odnoszące się do kosztów opieki zdrowotnej dla LTC wraz z wydatkami socjalnymi gmin oraz wydatkami na świadczenia, szacuje się, że ponad 31 miliardów euro rocznie jest udostępnianych przez sektor publiczny zarówno w formie usług rzeczowych, jak i w formie przekazów pieniężnych na opiekę nad osobami w wieku powyżej 65 lat. Dodatkowo, według wyliczeń struktury budżetów gospodarstw domowych wskazuje się, że ogólnie rodziny wydają rocznie około 9,4 miliarda euro na korzystanie z prywatnej opieki udzielanej dla osób starszych. Dostępność usług opiekuńczych publicznych i prywatnych nie zwalnia rodziny z udzielania opieki bezpośredniej a wartość ekonomiczna godzin opieki nad osobami niesamodzielnymi szacowana jest na około 4,5 miliarda euro¹⁷.

System gromadzenia danych w ramach statystyki publicznej Narodowego Instytutu Statystyki ISTAT, rozdziela definicję osób z ograniczeniami funkcjonalnymi od definicji osób z niepełnosprawnością, dostosowując się do zaleceń

¹⁴ Tamże.

¹⁵ Tamże, s. 174.

¹⁶ Tamże, s. 174n.

¹⁷ F. Barbabella, C. Chiatti, M. Di Rosa, dz. cyt., s. 51n.

Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i kategoryzacji ICF. Pojęcie niepełnosprawności jest korelowane z poziomem interakcji między warunkami zdrowotnymi a osobistymi i środowiskowymi czynnikami kontekstowymi. W szczególności ISTAT definiuje osoby z ograniczeniami funkcjonalnymi na posiadające trudności w pewnych określonych wymiarach: czasowe przebywanie w łóżku, na krześle lub w domu (np. ze względu na poród); ograniczenia w codziennym życiu, w tym w codziennych czynnościach (ADL – *Activities of Daily Living*); problemy z chodzeniem, używaniem schodów i zbieraniem przedmiotów z ziemi (ograniczenia w ruchu); trudności w komunikacji (ograniczenia wzroku, słuchu i mowy). Według danych ISTAT około 2,5 miliona osób starszych we Włoszech ma ograniczenia funkcjonalne – szczególnie na południu Włoch (Kampania, Apulia, Sardynia, Sycylia). Najczęściej występowały kategorie ograniczeń związanych z ADL – 1,6 miliona osób w podeszłym wieku, a następnie związane z ruchem – 1,3 miliona. Wyzwaniem stojącym przed włoskimi decydentami politycznymi jest obecnie umożliwienie zaspokojenia rosnącej złożoności potrzeb osób starszych, które nie są samowystarczalne, przy optymalnej interwencji systemu ochrony zdrowia i ochrony socjalnej, przy równoczesnym uwzględnieniu kryzysu finansowego i recesji. We Włoszech system publicznej opieki długoterminowej opiera się na roli rodziny, zarówno pod względem nieformalnej opieki świadczonej przez opiekunów rodzinnych osoby zależnej, jak i wydatków prywatnych na pomoc bezpośrednią. Nie mniej opieka zapewniana przez rodziny znacząco spada. Według badań omnibusowych ISTAT, relacje pomocowe między dorosłymi (45-64 lata) i seniorami (75+ lat) zostaną zmniejszone o połowę do 2050 r., z mniejszymi szansami na zapewnienie opieki międzypokoleniowej. W przypadku utrzymania obecnego poziomu opieki nad osobami starszymi gwarantowanej przez bezpośrednich członków rodziny, liczba takich opiekunów powinna wzrosnąć w analogicznym okresie we Włoszech o 50%¹⁸.

System teleopieki we Włoszech

Nie ma dostępnych dowodów ilościowych na temat korzystania z teleopieki we Włoszech, choć wydaje się prawdopodobne, że poziom wdrożenia jest niski. We Włoszech, analogicznie do większości krajów UE28, poziom wykluczenia cyfrowego koreluje dodatnio ze zmienną wiek. Dane ISTAT ujawniają, że w 2015 r. użytkownicy Internetu stanowili 60,4% osób w wieku od 55 do 59 lat, 45,9% osób w wieku od 60 do 64 lat, 25,6% to osoby między 65 a 74 rokiem życia i tylko 6,7% to osoby powyżej 74 roku życia. Z drugiej strony, znaczny odsetek osób

¹⁸ Tamże.

starszych poszukuje w Sieci informacji na temat zdrowia (69,9% to użytkownicy w wieku pomiędzy 55 a 64 lata¹⁹. We Włoszech nie istnieje prawne obligatorium w zakresie wdrożenia przez samorzady terytorialne systemu teleopieki, ale włoskie komuny od 2006 roku realizują programy związane z teleopieką i telemedycyną. Do działań świadczonych przez wyspecjalizowane podmioty zalicza się bazujące na rozwiązaniach bioinformatycznych (*La tecnoassistenza*): monitoring z systemem alarmowym, *telesoccorso*, telemedycyna, *pronto salute*²⁰. Z kolei *teleassistenza* to usługa stanowiąca właściwą formę teleopieki, przez wykorzystanie elektronicznych i informatycznych rozwiązań technologicznych.

Zakres wdrażanych i testowanych we Włoszech rozwiązań jest bardzo szeroki i obejmuje technologie, które mogą być stosowane przez osoby starsze, asystentów rodzinnych, podmioty świadczące opiekę zdrowotną oraz profesjonalne usługi dla osób starszych w celu poprawy jakości opieki i zwiększenia efektywności pracy. W literaturze przedmiotu dokonuje się klasyfikowania segmentów rynku technologii teleopieki na cztery główne kategorie odpowiadające głównym potrzebom osób starszych:

- teleopieka,
- telemedycyna – sektor telemedycyny obejmuje technologie gromadzenia, monitorowania i pomiaru parametrów życiowych (np. temperatura, ciśnienie krwi, poziom glukozy we krwi, objawy lub odległe stany zdrowotne itp.). Wytyczne włoskiego Ministerstwa Zdrowia identyfikują dwa duże obszary usług telemedycznych. A) *Televisita*, w trakcie której lekarz oddziałuje na odległość na pacjenta za pomocą narzędzi komunikacji, w celu postawienia diagnozy i/lub zalecenia terapii lub telekonsultacji lub telekonferencji w przypadku, gdy lekarz zapewnia pomoc innemu lekarzowi podczas wykonywania usługi lub interwencji. B) *Telesalute*, które obejmuje systemy i usługi łączące pacjentów z lekarzami w celu pomocy w diagnozowaniu, monitorowaniu i zarządzaniu ich stanami. Główne zastosowanie dotyczy chorób przewlekłych (w szczególności chorób serca, przewlekłych chorób układu oddechowego i cukrzyca). Obejmuje to możliwość wprowadzenia wielowymiarowej oceny w celu monitorowania wyników geriatrycznych,
- inteligentne domy – podstawowymi elementami składowymi inteligentnego domu są czujniki do monitorowania parametrów środowiskowych (na przykład czujniki temperatury i wilgotności) oraz detekcja tego, co dzieje się

¹⁹ R. Bevilacqua, G. Melchiorre, E. Felici, S. Bustacchini, L. Rossi, A. Deales, F. Lattanzio, *La tecnoassistenza*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, San Marino 2017, s. 167.

²⁰ J. Plak, dz. cyt., s. 179n.

w domu (czujniki ruchu, czujniki ciśnienia do wykrywania gazu lub dymu). Kiedy system staje się wrażliwy i może działać autonomicznie bez bezpośredniej interwencji człowieka, nazywa się *Ambient Intelligence* (AmI),

- technologie wspomagające – ten sektor obejmuje wszystkie technologie i aplikacje, które mają na celu wspieranie użytkownika w wykonywaniu działań, przewyższanie ograniczeń wynikających z defektów fizycznych lub poznawczych. Rozwiązania wspomagające obejmują systemy autonomiczne (takie jak urządzenia do zwiększonej komunikacji), aplikacje domotyki i systemy kontroli domowej, które przewidują potrzeby użytkowników²¹.

Urządzenia zdalnego wspomaganie są zwykle podzielone na trzy generacje: pierwsza generacja składa się z urządzeń do pasywnych usług alarmowych, w których użytkownik musi wywołać alarm (np. przez naciśnięcie przycisku); druga generacja wprowadza czujniki zdolne do automatycznego wyzwalania alarmu w przypadku niebezpiecznych sytuacji wykrytych w otoczeniu (na przykład czujników dymu i powodzi) oraz w razie wypadku (na przykład urządzenia do noszenia wyposażone w akcelerometr do wykrywania upadków); trzecia generacja, najbardziej zaawansowana, opiera się na systemach zdolnych do automatycznego gromadzenia danych dotyczących codziennych czynności za pomocą czujników, takich jak czujniki otwierania / zamykania okien, stosowanie urządzeń gospodarstwa domowego, pozycja wewnątrz domu, zajęcie łóżek i foteli. Analiza zachowań przeprowadzonych na podstawie tych danych pozwala członkowi rodziny lub pracownikowi ocenić stan dobrego samopoczucia danej osoby i szybko wykryć zmiany w zachowaniach, które mogą być objawem wystąpienia problemów, z wynikającym z tego ryzykiem braku samowystarczalności²². Podstawowe założenia systemu teleopieki opierają się na dążeniu do poprawy jakości życia seniorów oraz optymalizacji kosztów opieki z wykorzystaniem innowacyjnych rozwiązań. Wdrażane rozwiązania muszą spełniać we Włoszech normę ISO 9241-11.

Rzym był pierwszą włoską gminą, która wdrożyła innowacyjny system teleopieki *Non più Soli*, który łączy się z usługą wsparcia telefonicznego dla seniorów mieszkających samotnie. SilverNet, to nazwa systemu, obejmuje instalację w domu osoby starszej urządzenia podłączonego do linii telefonicznej i przekazania „zegarka zdrowia”, czyli specjalnego paska na nadgarstek, który monitoruje niektóre aspekty fizjologiczne i ruchowe oraz uruchamia alarm w przypadku wystąpienia anomalnych parametrów. Alarm jest również wysyłany ręcznie przez naciśnięcie

²¹ R. Bevilacqua, G. Melchiorre, E. Felici, S. Bustacchini, L. Rossi, A. Deales, F. Lattanzio, dz. cyt., s. 165-178.

²² Tamże.

przycisku na „zegarku zdrowia”. I właśnie ów „zegar zdrowia” jest technologicznym rdzeniem systemu. Oto jego główne cechy:

- jest przenoszony na nadgarstku jak normalny zegarek,
- jest wyposażony w przycisk ratunkowy,
- mierzy temperaturę ciała,
- mierzy pocenie się nadgarstka,
- mierzy ruchy mikro i makro nadgarstka,
- konstruuje czasowy model parametrów osoby.

System jest w stanie automatycznie generować alarmy w przypadku:

- omdlenia, podejrzanego immobilizacji, podejrzenia omdlenia,
- hipotermii, nieprawidłowej temperatury ciała,
- zdjęcia „zegarka zdrowia” z nadgarstka,
- znalezienia się „zegarka zdrowia” poza zasięgiem,
- niskiego poziomu naładowania baterii lub awarii urządzenia.

„Zegarek zdrowia” komunikuje się drogą radiową z urządzeniem lokalnym, małym urządzeniem podłączonym do sieci telefonicznej, które zapewnia stałe połączenie z Centrum Operacyjnym Telecare-Monitoring, położonym w firmie Farmacap. Urządzenie lokalne odbiera i nieprzerwanie przechowuje dane otrzymane z „zegarka zdrowia” i automatycznie generuje alarmy, jeśli „zegarek zdrowia” wychodzi poza zasięg urządzenia lokalnego. W przypadku alarmu (aktywowanego przez osobę lub automatycznie) Centrum Operacyjne może zadzwonić do pacjenta i automatycznie włączyć głośnik (np. w przypadku upadku itp.). Operatorzy w Centrum Operacyjnym Telecare-Monitoring w Farmacap, dzięki oprogramowaniu *ad hoc*, które automatycznie zarządza żądaniami awaryjnymi, otrzymują wszelkie alarmy i wykonują odpowiednie wywołania weryfikacyjne, a następnie aktywują interwencje:

- wniosek o zwykłą pomoc medyczną,
- wniosek o leki awaryjne lub pilne potrzeby,
- wniosek do sieci pomocy społecznej w gminie Rzym,
- wiadomości i przydatne informacje dla osób starszych,
- sortowanie alarmów również dla krewnych pacjenta,
- wysłanie pomocy medycznej.

Rozwiązanie jest zintegrowane z usługą telefonicznej pomocy i wsparcia dla osób starszych, zaprojektowaną i finansowaną przez gminę Rzym. Projekt jest adresowany dla osób starszych mieszkających samotnie lub starszych par zamieszkałych na terenie gminy Rzym. Usługa teleopieki jest bezpłatna dla osób starszych z rocznym dochodem osobistym do 11 000,00 euro. Dla wszystkich pozostałych

osób istnieje udział w kosztach oparty na dochodzie, ale do maksymalnej kwoty 15,00 euro miesięcznie²³.

Innym przykładem wprowadzonej w gminie usługi teleopieki jest gmina Reggio Emilia, która udostępnia osobom starszym, nie tylko niesamodzielnym, serię zdalnych usług pomocy nazywanych usługami Teleservice. Rada Miejska powierzyła zarządzanie tymi usługami *Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite*, która na podstawie umowy ze spółdzielniami socjalnymi i innymi podmiotami organizuje i zarządza usługami teleopieki. Usługi pomocy zdalnej są podzielone na następujące funkcjonalności:

1. Infolinia – usługa, która oferuje możliwość aktywacji alarmu. Po naciśnięciu przycisku na pilocie Centrum Operacyjnego dana osoba otrzymuje potrzebną pomoc w nagłych wypadkach lub potrzebie. Po zidentyfikowaniu użytkownika operatorzy oceniają rodzaj potrzeby i, w zależności od przedstawionej sytuacji, uruchamiają niezbędne procedury wsparcia, kontaktują się z osobą znajdującą się w trudnej sytuacji, z jej kontaktami oraz, ze służbami ratunkowymi. Obecne protokoły operacyjne przewidują wysłanie karetki lub Straży Pożarnej i / lub sił policyjnych.
2. Telekontrola – opcjonalna usługa, która wraz z infolinią oferuje gwarancję zdalnej obsługi porównywalnej z jedną lub dwoma tygodniowymi wizytami pracownika socjalnego, które są przydatne do monitorowania fizycznego i psychicznego stanu osoby starszej.
3. Telemonitorowanie środowiska – integracja systemu zdalnego wsparcia z instalacją czujników bezpieczeństwa w środowisku domowym. Czujniki mogą wysyłać sygnały alarmowe automatycznie do centrum operacyjnego w momencie wykrycia możliwych zagrożeń, takich jak pożar, wyciek gazu lub zalanie.
4. Telesoccorso tzw. zewnętrzne – jest to system zdalnego wsparcia, który za pomocą sieci GSM i GPS umożliwia monitoring danej osoby poza domem. Jest to ważne dla zapewnienia większego bezpieczeństwa związanego z codziennymi czynnościami poza domem, a także sprzyja utrzymywaniu stosunków społecznych. Oprzyrządowanie to umożliwia automatyczne wysyłanie alarmu w przypadku upadku i lokalizację osoby znajdującej się w stanie zagrożenia. Systemem zarządza *Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico*, czyli gminna jednostka zajmująca się adaptacją

²³ Zob. *Nuova rete di telemonitoraggio per gli anziani di Roma* [<https://www.comune.roma.it/pcr/it/newsview.page?contentId=NEW105876>, data dostępu 17.11.2018].

gospodarstwa domowego dla efektywniejszego funkcjonowania osób niesamodzielnych²⁴.

Teleopieka może wspierać opiekunów na różne sposoby, ale dostępne dowody pokazują, że do tej pory jedynie niewielka część asystentów rodzinnych korzysta z usług wsparcia specjalnie dedykowanych ich potrzebom. Szereg czynników lub barier negatywnie wpływa na tę sytuację. Z jednej strony niektóre cechy użytkowników nie pozwalają na powszechne stosowanie takich technologii: poziom wykształcenia nieformalnych włoskich asystentów jest w rzeczywistości predyktorem niskiego poziomu umiejętności cyfrowych. W dyskursie publicznym podnosi się etyczne obawy dotyczące poszanowania prywatności i monitorowania stylu życia. Dane badawcze wskazują jednak, że we Włoszech, członkowie rodziny zaangażowani w opiekę nad osobami starszymi zgłaszają jedno lub więcej ograniczeń ze względu na sprawowaną opiekę w odniesieniu do działalności zawodowej. W tym kontekście możliwości oferowane przez teleopiekę mogą być znaczne, przy czym rozwój teleopieki jest jednak różnicowany regionalnie pod względem akcesji, czasu trwania, a przede wszystkim integracji z formalnymi służbami pomocy²⁵.

Bibliografia

- Barbabella F., Chiatti C., Di Rosa M., (2015) *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 5° Rapporto 2015 Un futuro da ricostruire*, San Marino, s. 15-32.
- Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F., (2017) *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, San Marino, s. 33-54.
- Bevilacqua R., Melchiorre G., Felici E., Bustacchini S., Rossi L., Deales A., Lattanzio F., (2017) *La tecnoassistenza*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, San Marino, s. 165-178.
- Di Rosa M., Barbabella F., Poli A., Balducci F., (2015) *L'altra bussola: le strategie di sostegno familiare e privato*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 5° Rapporto 2015 Un futuro da ricostruire*, San Marino, s. 35-56.

²⁴ Zob. Servizio di Teleassistenza [<https://www.comune.re.it/telesoccorso>, data dostępu 17.11.2018].

²⁵ R. Bevilacqua, G. Melchiorre, E. Felici, S. Bustacchini, L. Rossi, A. Deales, F. Lattanzio, dz. cyt., s. 175.

- Di Rosa M., Melchiorre G., Lucchetti M., Lamura G., (2012), *The impact of migrant work in the elder care sector: recent trends and empirical evidence in Italy*, „European Journal of Social Work”, 15(1): 9-27.
- ISTAT 2017, *Demografia in cifre*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.
- ISTAT/INPS, (2014), *Trattamenti pensionistici e beneficiari*, Rome.
- Mortality and life expectancy statistics*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics, [data dostępu: 16.11.2018].
- Nuova rete di telemonitoraggio per gli anziani di Roma* <https://www.comune.roma.it/pcr/it/newsview.page?contentId=NEW105876>, [data dostępu: 17.11.2018].
- Pelliccia L., (2017), *Alcuni profili di assistenza nelle Regioni*, [in:] *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, San Marino, s. 35-74.
- Plak J., (2016), *Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Włoszech*, [w:] *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu*, red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, Warszawa, s. 163-192.
- Population structure and ageing*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing, [data dostępu: 16.11.2018].
- Ragioneria Generale dello Stato, (2016), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma.
- Servizio di Teleassistenza*, <https://www.comune.re.it/telesoccorso>, [data dostępu: 17.11.2018].
- Turner K., McGee-Lennon M., (2013), *Advances in telecare over the past 10 years*, „Smart Homecare Technology and TeleHealth”, nr 1 s. 21-34.

Sławomir H. Zaręba, Marcin Zarzecki: Socio-economic analysis of the support system for the elderly and the need for long-term care in Italy

Summary

In the article we limit ourselves to the analysis of solutions functioning in Italy, which were subject to monographic research carried out within the framework of the project “Professionalisation of assistance and care services for dependent persons – new standards of education and care”, co-financed by the European Union (project no. POWR. 02.08.00-00-0018/17-00). In the case of the study on the system of support for the elderly in Italy, data were obtained enabling the analysis of the market of care services provided in the public and commercial sector, optimisation of supervision and of planning visits related to the services

provided, access to institutional data and analytical tools supporting the processes of increasing the effectiveness of the organisation of care services, analysis of costs of the care services system, the system of jurisprudence and implementation of ICF classification etc. In the article we signalize selected aspects of the system of support for the elderly and the needs for long-term care in Italy as a model example of functioning of a multidimensional solution of the public finance sector.

Key words: *elderly persons, telecare, long-term care, support system, Italian model*