

GLI ASSEGNI DI CURA NELLE ESPERIENZE REGIONALI¹

CRISTIANO GORI, SERGIO PASQUINELLI
ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE, MILANO

Gli assegni di cura, all'interno della programmazione degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, sono sempre più utilizzati dalle Regioni. L'articolo analizza le modalità con le quali si sono diffusi (tipologia di utenza, importi, criteri di fornitura) ed offre alcune indicazioni per il futuro

Gli assegni di cura costituiscono la misura su cui maggiormente si è concentrato lo sforzo riformatore delle Regioni nell'ultimo decennio, al fine di ampliarne l'utilizzo e di modificarne variamente il profilo. Definiamo assegno di cura un contributo economico fornito da Comune o Asl agli anziani non autosufficienti o ai loro familiari per finanziare l'assistenza ai primi, da utilizzare liberamente².

LA DIFFUSIONE

Gli assegni di cura si sono diffusi in Europa a partire dagli anni '80 ampliando progressivamente la propria utenza. In Italia i primi compongono in qualche Comune alla fine di quel decennio ma la diffusione vera e propria parte all'inizio degli anni '90, quando la misura comincia a prendere piede come intervento di sostegno della domiciliarità; in quella fase le principali Regioni ad introdurla sono il Veneto nel 1991 e l'Emilia Romagna nel 1994. Il suo utilizzo aumenta sensibilmente nella seconda metà degli anni '90, che segnano la progressione dei beneficiari e della spesa dedicata, a causa di ulteriori riforme regionali e dello sforzo autonomo di diversi Comuni.

I primi anni '2000 vedono un cambio di marcia poiché la diffusione acquista maggiore velocità, un passo che è stato mantenuto sino ad oggi; la più conosciuta novità del periodo è il buono sociale lombardo attivato nel 2003. Il maggiore impiego porta con sé un nuovo ruolo ed un differente profilo della misura. Rispetto alla progettazione delle politiche, l'assegno è previsto in tutte le riforme regionali per i non autosufficienti, che pure differiscono sotto molti aspetti; l'ammontare di risorse dedicate e l'attenzione ricevuta, anzi, ne fanno

un loro perno. Per quanto concerne le modalità d'uso, l'assegno era nato negli anni '90 come misura principalmente a favore dei familiari, perlopiù la moglie o la figlia dell'anziano, mentre nell'attuale decennio il suo maggiore utilizzo è diventato contribuire alla remunerazione delle assistenti familiari, molto spesso a quelle impiegate in modo irregolare. Anche il profilo territoriale si è modificato: nato e sviluppatosi nel centro-nord, l'assegno di cura negli ultimi anni ha toccato pure il centro-sud, in Regioni come Calabria, Sardegna, Sicilia, Puglia. Si tratta di un impiego ancora ridotto e che – a differenza del resto del paese – assume perlopiù forme sperimentali.

La crescita dell'assegno pare lontana dalla conclusione, basti pensare che dalle riforme regionali introdotte negli ultimi anni è atteso un suo ulteriore incremento e che molte tra quelle attualmente in discussione ne prevedono il potenziamento. Perché si diffonde l'assegno di cura? Le risposte sono diverse e tra loro intrecciate. Primo, i decisori lo ritengono la modalità migliore per rispondere all'estesa domanda di assistenza con le risorse disponibili. L'assegno permetterebbe – secondo loro – di ampliare la platea di beneficiari dell'intervento pubblico a costi relativamente contenuti poiché la sua erogazione è intesa perlopiù come un'alternativa alle strutture residenziali (prevalentemente attraverso il sostegno alle assistenti familiari), che determinerebbero una spesa ben maggiore. Secondo, è di facile attuazione. Sono note le enormi difficoltà che si incontrano nel nostro paese quando si vogliono sviluppare i servizi sociali o sociosanitari. Fornire un contributo economico è per l'attore pubblico più semplice e rapido che erogare

¹ L'articolo riprende il contributo degli autori dal titolo "Gli assegni di cura", in C. Gori (a cura di), "Le riforme regionali per i non autosufficienti", Carocci, Roma 2008. Il testo, può essere scaricato gratuitamente in www.irs-online.it/riformeregionali. Anche per i riferimenti bibliografici di questo contributo si rimanda alla versione elettronica.

servizi alla persona, siano essi domiciliari o residenziali. Terzo, è funzionale all'attuale realtà delle assistenti familiari. Contribuisce alle spese che le famiglie devono sostenere per remunerare queste figure - sovente nell'economia irregolare - e così costituisce anche un'azione efficace contro l'istituzionalizzazione degli anziani (vedi sopra). Infine, ma non meno rilevante, gli assegni di cura sono molto apprezzati dagli anziani e dai loro familiari. Mentre chi opera nei servizi non sempre mostra gradimento nei loro confronti, gli utenti li giudicano con favore perché ne apprezzano la flessibilità di utilizzo e perché necessitano di risorse economiche per affrontare i costi della non autosufficienza.

Le dimensioni raggiunte dall'utenza non si prestano ad interpretazioni univoche. Rispetto all'universo degli anziani non autosufficienti si tratta evidentemente di una copertura modesta. Rispetto all'indennità di accompagnamento - la misura monetaria statale per i bisogni legati alla non autosufficienza, ricevuta dal 7,4% degli ultrasessantacinquenni (Inps, 2007) - si può affermare lo stesso. Quando si consideri la rete dei servizi territoriali, invece, sorgono considerazioni diverse. Si stima che la percentuale media di utenti dell'assistenza domiciliare (Adi + Sad) in Italia si collochi intorno al 4,5% degli anziani (Istat, 2008; Ministero della Salute, 2007). Confrontati con una simile percentuale, valori dell'1% o del 2% di utenza indicano che gli assegni occupano, al centro-nord, una parte significativa della rete degli interventi locali. Se si guarda agli assegni con gli occhi dei Comuni e delle Asl responsabili degli interventi nel territorio, dunque, si ha davanti quota significativa, e crescente, dell'offerta a titolarità pubblica.

Il ruolo assunto dagli assegni di cura nella rete del welfare locale può condurre a valutazioni di segno opposto: se ne può considerare la crescita un utile completamento all'offerta di servizi così oppure la prova dell'impossibilità di sviluppare questi ultimi in maniera adeguata. Per chi li giudica positivamente, gli assegni costituiscono uno strumento utile ad ampliare l'offerta di interventi nel territorio ed a mettere in campo un insieme sempre più articolato, da impiegare variamente in base ai profili specifici degli utenti. Per chi la giudica negativamente, la loro diffusione rappresenta il punto conclusivo della mai realizzata ambizione di sviluppare in modo adeguato i servizi alla persona in Italia, inseguita a partire dagli anni '70. Un primo passo in direzione contraria

a questa ambizione si ebbe con l'introduzione dell'indennità di accompagnamento nel 1980, verificatosi proprio mentre si esauriva una stagione di tentativi di introdurre una riforma nazionale che promuovesse il forte sviluppo dei servizi. La diffusione dell'assegno costituirebbe il punto ultimo di questo percorso "all'indietro" non tanto perché incrementa ulteriormente l'erogazione di contributi economici (il suo peso, si è detto, è comunque esiguo rispetto all'accompagnamento) quanto poiché attuata da Comuni ed Asl, cioè gli enti territoriali responsabili dei servizi alla persona. Il mix tra diffusione degli assegni e ridotta presenza dei servizi produce, secondo i detrattori, conseguenze negative per gli utenti ed i loro familiari. Per poter prendere posizione in proposito bisogna esaminare il concreto profilo assunto dagli assegni di cura nel nostro paese: attraverso l'analisi dei diversi interventi regionali, cercheremo di offrire il materiale necessario a giudicare le due valutazioni alternative.

LA DEFINIZIONE DELL'UTENZA

Per decidere a chi erogare l'assegno si valutano i possibili utenti secondo diversi criteri: la categoria di appartenenza, le condizioni economiche, le condizioni psico-fisiche, e il potenziale di cura disponibile. La categoria di appartenenza rimanda a criteri anagrafici e a specifici obiettivi dell'assegno, considerati in via preliminare al fine di selezionare l'utenza. La principale distinzione è tra i disabili adulti (sino a 65 anni), qui non considerati, e gli anziani (con più di 65 anni): nella gran parte delle Regioni i due gruppi ricevono contributi economici separatamente. Negli anziani, l'unico gruppo di assegni progettati autonomamente - con regole proprie - sono quelli rivolti esplicitamente alle assistenti familiari, peraltro pochi, cui faremo riferimento oltre. Il potenziale di cura - formale o informale - costituisce un criterio utilizzato ovunque. Le Regioni definiscono condizione necessaria all'erogazione dell'assegno la presenza di una rete informale a supporto dell'anziano non autosufficiente, attiva o attivabile, o l'impegno ad assumere un caregiver professionale. Per quanto concerne le reti informali le Regioni perlopiù forniscono questa indicazione di massima e lasciano poi agli operatori del territorio autonomia nel decidere come verificare che sia rispettata. La disamina del potenziale cura è successiva alla valutazione delle condizioni economiche (abituamente con l'Isee) e delle condizioni psico-fisiche (perlopiù attraverso stru-

menti di valutazione multidimensionale), i criteri decisivi per determinare l'accesso all'assegno. In quale misura le amministrazioni regionali debbano fornire indicazioni su questi criteri è oggi tema assai dibattuto, che differenzia in modo cruciale esperienze e riforme. Le scelte in proposito sono decisive nel definire i rapporti tra centro e periferia delle Regioni, hanno conseguenze per l'equità verso i cittadini e influiscono molto sul lavoro degli operatori. Si possono individuare tre strategie principali:

- *Criteri di accesso locali.* La Regione introduce l'assegno di cura, vi dedica un proprio finanziamento e non fornisce indicazioni vincolanti in merito ai criteri di accesso, la cui definizione è compito degli enti territoriali, Comuni (eventualmente aggregati in Ambiti o Consorzi) o Asl.
- *Mix di criteri locali/regionali.* La Regione indica ai territori una soglia isee per l'accesso all'assegno. Per valutare le condizioni dell'anziano fornisce alcune indicazioni (come scale utilizzabili, soglie di non autosufficienza di riferimento, o percezione dell'indennità di accompagnamento), che lasciano al giudizio di operatori e unità valutative nel territorio un significativo margine di decisione rispetto a chi debba ricevere l'assegno.
- *Criteri di accesso regionali.* Per accedere all'assegno la Regione indica una soglia sia dell'isee sia di un punteggio di uno strumento di valutazione multidimensionale delle condizioni psico-fisiche degli anziani da impiegare in tutto il territorio (ad es Svama, Aged). Ai Comuni e/o alle Asl vengono, pertanto, forniti gli strumenti per la valutazione (isee e scala multidimensionale) con le rispettive soglie di accesso.

Il rispettivo peso dei tre modelli si è, nel tempo, modificato poiché il progressivo incremento dei finanziamenti da parte delle amministrazioni regionali è andato di pari passo con un loro maggior intervento nella determinazione dei criteri di accesso. Ad indicare la strada dei criteri di accesso uniformi su scala regionale è, innanzitutto, un principio di equità territoriale, secondo cui a parità di bisogni bisogna ricevere il medesimo trattamento, quale che sia il luogo della Regione in cui ci si trova. Principio valido in assoluto e ancora più nel nostro paese dove le iniquità territoriali sono presenti non solo tra le diverse Regioni ma anche all'interno di molte tra queste, e vengono sovente segnalate in modo critico dai cittadini. Secondo alcuni l'individuazione

di precisi criteri di accesso dal centro impedirebbe quella personalizzazione dell'intervento cui solo l'operatore – nel contatto diretto con l'utente – può dar vita. Pare vero il contrario poiché la personalizzazione si ottiene nella definizione del piano e seguendo il caso nel tempo: l'assenza di criteri regionali, spingendo l'operatore a dedicarsi maggiormente alla definizione dell'utenza, toglie tempo alla personalizzazione. In sintesi ci vorrebbero criteri regionali per l'accesso (equità) e la reale possibilità per gli operatori di svolgere la presa in carico (personalizzazione).

GLI IMPORTI

La vicenda dell'assegno di cura si è, da tempo, incamminata lungo una strada nella quale domanda e offerta si spingono vicendevolmente ad aumentare. La misura – si è detto – è nata come intervento ritenuto da molti decisori capace di “far quadrare il cerchio” tra la crescente domanda di sostegno pubblico e la scarsità di risorse disponibili. Davanti alle richieste di assistenza in aumento, i Comuni e le Asl hanno risposto attraverso l'assegno, al fine di incrementare il numero dei propri utenti con una spesa minore rispetto all'utilizzo di servizi (in particolare quelli residenziali); era così in passato, quando il contributo veniva utilizzato perlopiù dai familiari, ed è vero anche oggi, quando la sua destinazione principale sono le assistenti familiari. Nato per rispondere a una domanda crescente, però, l'assegno stesso contribuisce ad ampliarla ulteriormente. Assistiamo, infatti, ad un caso eclatante di offerta che induce la domanda di intervento pubblico poiché tanti anziani e famiglie, che non avrebbero richiesto un servizio, venuti a conoscenza dell'assegno desiderano riceverlo. Si tratta di famiglie che escludono comunque di ricorrere all'istituzionalizzazione e che, perlopiù, non sono interessate neppure all'assistenza domiciliare ma che sono attratte dalla flessibilità dell'assegno e dai suoi tangibili benefici. Il meccanismo di induzione della domanda si salda con il gradimento raccolto dagli assegni tra gli utenti – che significa consenso politico/elettorale per chi li eroga – nell'alimentare le richieste. L'offerta di assegni, dunque, incrementa la domanda di assegni, che a sua volta ne incrementa l'offerta e così via.

In termini economici la misura ottiene in tal modo, paradossalmente, un risultato opposto all'esito atteso dalla sua introduzione: non fa risparmiare risorse economiche bensì determi-

na una spesa pubblica maggiore di quella che si sarebbe registrata in sua assenza. E', infatti, vero che alcuni utenti grazie all'assegno non entrano in strutture residenziali e che ciò fa spendere meno. Questi risparmi, però, sono abitualmente minori dell'incremento di spesa dovuto alla crescita del numero di utenti causato dall'offerta dell'assegno; ci si riferisce qui ai tanti anziani e alle tante famiglie che ricevono l'assegno ma non avrebbero richiesto servizi³.

Mentre allargano l'utenza le Regioni - pur dedicando risorse crescenti alla misura - diminuiscono progressivamente l'importo medio degli assegni. Si delinea così un *trade/off* tra utenza e importi, per cui all'aumentare della prima si assiste ad una diminuzione dei secondi, poiché chi decide preferisce abitualmente promuovere una forte crescita degli beneficiari anche se questa scelta determina la riduzione degli importi medi.

Come valutare la tendenza alla riduzione degli importi? La domanda non si presta a risposte univoche poiché bisogna guardare alle diverse funzioni che l'assegno può svolgere. Se utilizzata in modo consono, la misura può rispondere alle seguenti esigenze: a) contribuire alla remunerazione dell'assistente familiare impiegata in maniera regolare; b) aiutare il *caregiver* familiare a compensare (di solito parzialmente) il guadagno perso perché l'impegno di cura non consente di svolgere, del tutto o in parte, un'occupazione retribuita; c) coprire altre spese dovute alla non autosufficienza dell'anziano (medicinali, ausili, interventi professionali ecc). Per giudicare qualsiasi importo bisogna considerare la specifica funzione svolta dall'assegno e il profilo dell'utenza (in particolare le condizioni fisiche ed economiche, e l'eventuale fruizione dell'indennità di accompagnamento).

Pur non essendo qui la sede per analisi specifiche, si può evidenziare un tratto di fondo: quale che sia la funzione svolta, la diminuzione degli importi riduce l'efficacia degli assegni. Nella maggior parte d'Italia, infatti, i livelli dei contributi sono tali per cui l'abbassamento degli importi indebolisce in modo significativo la loro probabilità di determinare un impatto degno di nota. Questo effetto si palesa nitidamente rispetto alle assistenti familiari per le quali gli assegni - sia la versione abituale sia quella esplicitamente rivolta loro - riescono così solo qualche volta a dare un vero sollievo alle famiglie che le remunerano e mai incentivano il passaggio dall'occupazione irregola-

re a quella regolare.

LE MODALITÀ DI FORNITURA

La misura può essere fornita come una pura erogazione monetaria - a fianco di assegni familiari, indennità di accompagnamento e così via - oppure come una delle possibili risorse a disposizione dell'ente locale, e degli operatori dei servizi. Il dibattito mostra una sostanziale concordanza di vedute nel considerare la seconda la strada da seguire, concordanza che si ritrova in tutte le pubblicazioni, in tutti i convegni e in ogni incontro. Esiste unanimità nel ritenere che l'assegno dovrebbe essere fornito nell'ambito della rete dei servizi, di cui dovrebbe costituire una parte. Si dovrebbe prevedere una vera e propria presa in carico, composta da valutazione multidimensionale iniziale dell'anziano, le sue condizioni e la sua rete sociale, stesura del piano assistenziale individualizzato, con la definizione degli obiettivi da raggiungere e delle azioni necessarie, e monitoraggio di come evolve la situazione nel tempo, intervenendo a sostegno di utente e famiglia quando serve. La fruizione dell'assegno, altresì, dovrebbe essere complementare, non alternativa, a quella di servizi. Il consenso su questa direzione è dovuto ai benefici da essa attesi: coniugare i vantaggi di flessibilità dell'assegno con quelli di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse stanziare, favorire la massima efficacia possibile nell'impiego di tali risorse, assicurare l'equità fornendo informazioni e conoscenze in particolare agli anziani ed alle famiglie che più ne sono privi.

Negli indirizzi regionali queste indicazioni vengono abitualmente riprese. Tutte le Regioni, dichiarano - in leggi, regolamenti attuativi e documenti vari - di voler seguire la strada sopra indicata. Ci troviamo davanti, dunque, all'unico profilo degli assegni rispetto al quale le diverse Regioni italiane affermano di voler far proprio il medesimo modello.

Quando si passa dal dichiarato alla realtà, la convergenza tra le Regioni cambia profilo poiché queste si trovano accomunate nello sperimentare perlopiù situazioni di segno opposto agli obiettivi da esse stesse enunciati. Pure se le ricerche in merito sono scarse, numerose esperienze conosciute e un'ampia aneddotica concordano nell'indicare l'esistenza di diffuse difficoltà ad erogare gli assegni nell'ambito di un percorso fatto di valutazione multidimensionale, stesura del progetto individualizzato e successivo monitoraggio.

Queste difficoltà si manifestano in misura variabile e con caratteristiche diverse, ma è ragionevole affermare che riguardino la maggior parte degli assegni forniti in Italia. Sovente il personale fatica a tenere il passo con il numero dei beneficiari dell'assegno: vengono così realizzate prese in carico e progetti personalizzati di assistenza molto più leggeri di quanto il bisogno richiederebbe, sfumati nei contenuti, formali negli obiettivi. In altri casi, come per esempio in Veneto, riscontri diretti rivelano che la progettazione personalizzata spesso, nei fatti, non si riesce a realizzare – tranne nel caso di demenza dell'anziano, in cui l'Asl è tenuta a definire un piano specifico di assistenza. In generale si può individuare una certa regolarità nelle difficoltà ad assicurare un adeguato percorso assistenziale: queste risultano tanto maggiori quanto più ci si allontana dal momento della decisione se fornire o meno l'assegno, che inevitabilmente assorbe le maggiori energie delle esigue risorse professionali disponibili; le criticità, dunque, aumentano nella stesura del piano personalizzato e ancor più nel monitoraggio degli sviluppi nel tempo. Nella pratica l'assegno spesso assomiglia molto ad una delle abituali erogazioni monetarie del nostro welfare.

La realtà richiamata affonda le proprie radici nella distanza tra obiettivi programmatori e strumenti per realizzarli. Se l'intenzione di collegare gli assegni con i servizi fa parte della programmazione di tutte le Regioni, infatti, i costi organizzativi di questo obiettivo sono stati ampiamente sottovalutati. In particolare, la forte crescita dell'utenza degli assegni di cura non è quasi mai stata accompagnata da un coerente aumento del personale impiegato, necessario per garantire un adeguato percorso assistenziale. Le difficoltà degli assegni ad essere parte della rete dei servizi ripetono un diffuso fenomeno del welfare italiano: enfasi degli obiettivi dichiarati sullo sviluppo dei servizi / crescita predominante delle prestazioni monetarie / scarsità di ricerche e analisi critiche che mostrino la contraddizione tra dichiarazioni e realtà. Nei prossimi anni si attende un'ulteriore diffusione della misura e, dunque, i problemi illustrati sono destinati ad aggravarsi in assenza di specifici interventi.

All'incremento degli operatori dedicati si dovrebbe accompagnare una rinnovata riflessione riguardante il loro ruolo. Le indicazioni delle Regioni sulla presa in carico di chi riceve l'assegno da parte dei servizi affermano abitualmente che dovrebbe essere condotta in modo approfondito in ogni passaggio

Il gioco per educare ...divertendosi con creatività

I quattro volumi, dedicati all'educazione di bambini ed adolescenti, mostrano l'efficacia del gioco e di strategie alternative per coinvolgere giovani e giovanissimi ed aiutarli ad acquisire competenze o aiutarli ad affrontare paure, situazioni destabilizzanti. I primi due volumi, sono editi dalla casa editrice La meridiana nella collana Partenze: in **Emozioni per l'uso** viene descritto e spiegato il programma PATHS (sperimentato con successo negli Stati Uniti e in altri paesi) pensato per i bambini della scuola dell'infanzia e primaria per promuovere abilità evolutive come l'autocontrollo, la competenza sociale, l'autostima, attraverso strumenti quali il problem solving e le relazioni positive tra pari, al fine di prevenire comportamenti aggressivi e problematici. **Emozioni in gioco** propone 93 carte delle emozioni (composte da una scritta che identifica una specifica emozione e un'immagine): uno strumento ludico da utilizzare in contesto educativo per lavorare sulla consapevolezza emotiva e spiegare il ruolo delle emozioni nei processi di apprendimento e decisionali, per migliorare le relazioni, promuovere salute e prevenire disagio e conflitti. Gli altri due volumi, intitolati **Il gioco in corsia** e pubblicati dalla casa editrice Junior, sono dedicati ai bambini che si trovano in ospedale per far fronte ad una malattia e al ruolo del gioco nell'assistenza pediatrica per aiutare il piccolo paziente ad affrontare questo evento traumatico e adattarsi ad una situazione destabilizzante, in un ambiente estraneo, costretto a sopportare spesso cure dolorose ed invasive senza la presenza costante dei familiari, degli amici, dei compagni di scuola. Nel primo volume vengono fornite informazioni teoriche per comprendere l'importanza del gioco in ospedale al fine di costruire una relazione significativa con il bambino e con la famiglia; nel secondo sono illustrate schede operative con attività ludiche facilmente realizzabili.

Greenberg Mark T., Kuschè Carol A., **Emozioni per l'uso**, La Meridiana, Molfetta 2009, p. 100, 13,50 euro, Piatti Lidia, Terzi Alberto, **Emozioni in gioco**, La Meridiana, 2009, p. 124, 28 euro, Anna Maria Venera, **Il gioco in corsia. Volume 1**, Junior, Azzano San Paolo 2009, p. 144, 13,80 euro, Anna Maria Venera, **Il gioco in corsia. Volume 2**, Junior, 2009, p. 186, 24,80 euro.

(a partire dalla stesura del piano personalizzato) e per tutti gli anziani. Nella realtà - si è visto - spesso non si riesce a realizzare un accompagnamento all'utenza di alcun tipo ed elaborare obiettivi insieme così ambiziosi e così poco dettagliati significa per le Regioni, di fatto, non fornire al territorio indicazioni effettivamente spendibili.

Bisognerebbe immaginare percorsi di presa in carico non "integrale" per tutti bensì modulati in maniera flessibile, che assumano forme differenziate a partire dalla stesura del piano personalizzato, coerenti con i diversi profili di bisogno degli utenti. Ciò significa, in pratica, una presa in carico assai leggera in taluni casi, articolata e approfondita in altri. Due ragioni sostengono la direzione prospettata. Primo, se la presa in carico è proporzionata alla gravità del bisogno, l'intervento professionale diventa più appropriato. Situazioni non gravi, dove assegni contenuti possono permettere di puntare a risultati significativi (ad esempio, potrebbero non aver bisogno di una "presa in carico" vera e propria. Secondo, indicazioni in merito da parte delle Regioni aiuterebbero gli operatori nell'utilizzo efficiente del proprio tempo, che - anche se, come ci si augura, le risorse umane aumenteranno - rimarrà una risorsa scarsa. Per impiegare il tempo al meglio, sarebbe utile un sostegno delle amministrazioni regionali al territorio nell'individuazione di come modulare gli sforzi al variare dell'utenza.

CONCLUSIONI. QUALE FUTURO PER GLI ASSEGNI DI CURA?

Abbiamo precedentemente presentato le principali interpretazioni sulla diffusione degli assegni, quella positiva ("permette di articolare l'offerta di interventi, rendendola più appropriata ai diversi profili degli utenti") e quella negativa ("costituisce il colpo finale alla speranza di sviluppare i servizi, con conseguenze negative per gli utenti"). Come riconsiderare le due interpretazioni alla luce della discussione svolta nelle pagine precedenti? Chi scrive non ama i facili criticismi ma, purtroppo, pare difficile negare che la tumultuosa espansione degli anni recenti abbia visto il pendolo compiere una parziale oscillazione verso l'interpretazione negativa. La crescita degli assegni,

peraltro, è un processo in atto, un *work in progress*, e cruciali saranno le politiche realizzate negli anni a venire. La nostra disamina propone alle Regioni alcune piste di lavoro affinché - nei prossimi anni - gli assegni producano maggiori conseguenze positive per gli utenti.

- *Definire criteri di accesso su scala regionale*. Si tratta di indicare gli strumenti per la valutazione multidimensionale dell'anziano, e quelli per valutarne la situazione economica, da impiegare nell'intera Regione e le rispettive soglie di accesso. Si garantirebbe così equità di accesso in tutto il territorio (ad uguali bisogni uguali risposte), si potrebbero scegliere strumenti solidi e utili per gli operatori e si assicurerebbe a questi ultimi più tempo per dedicarsi al piano personalizzato ed al monitoraggio del caso.

- *Erogare importi che "fanno la differenza"*. Il punto è interrompere la spirale più utenti/minori importi, che produce consenso ma riduce l'efficacia. Il valore dell'assegno dovrebbe essere tale da incidere effettivamente sulle condizioni dell'anziano e della famiglia, ed a questo fine bisognerebbe essere pronti a soddisfare una parte minore delle domande. Per l'intervento pubblico, infatti, è meglio aiutare realmente alcuni piuttosto che essere inutile a molti.

- *Realizzare azioni concrete per la presa in carico*. L'obiettivo dovrebbe essere rinunciare alla retorica su questa funzione ed attuare interventi che servano ad incrementare il personale dedicato. La crescita del personale dovrebbe essere accompagnata dalla messa a punto di indicazioni su come differenziare la presa in carico in base ai differenti profili di chi riceve l'assegno, così da rafforzarne l'appropriatezza e sfruttare al meglio il tempo degli operatori.

- *Costruire politiche integrate per le assistenti familiari*. Le Regioni dovrebbero fare pressione sullo Stato affinché rafforzi gli incentivi economici ad impiegare le assistenti familiari nel mercato regolare (e prima ancora affinché realizzi politiche migratorie adeguate). Allo stesso tempo dovrebbero sviluppare le proprie politiche di formazione e di agevolazione dell'incontro tra domanda e offerta.



2 Non si affronta la tematica degli assegni di cura per i disabili. Con il termine "anziani" ci si riferisce - secondo la convenzione prevalente nel dibattito e nelle modalità istituzionali di raccolta dei dati - alle persone con oltre 65 anni di età, ma gran parte degli utenti di assegni ha oltre 75 anni. I dati e la descrizione delle politiche in atto fotografano la realtà al agosto 2008.

3 Queste osservazioni non riguardano l'utilità dell'assegno, discutono esclusivamente il motivo di natura economica che ne ha spinto la diffusione.