Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/09/08 18:24 Pagina 1

studi@ricerche

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 2

Il diritto di invecchiare a casa propria

Problemi e prospettive della domiciliarità

A cura di
Claudio Falasca

Edizioni LiberEtà

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 4

Collana *Studi@Ricerche*
© Libereta spa
Sede legale: viale delle Milizie, 12 - 00195 Roma
Amministrazione: via dei Frentani 4/A - 00185 Roma
Indirizzo Internet: www.libereta.it
E-mail: segreteria@libereta.it
Coordinamento editoriale: Fabrizio Bonugli
Grafica e impaginazione: Media Graphics
Copertina: realizzazione Redesign
Stampa: Spadamedia Srl

PRESENTAZIONE
Enzo Costa e Ivan Pedretti..... pag. 11

INTRODUZIONE
Claudio Falasca ..... “ 15

CONTENUTO E NOTA TECNICA DI LETTURA ..... “ 19
1. Articolazione della ricerca..... “ 19
2. Riferimenti statistici..... “ 20

1. LA LONG TERM CARE (LTC): UNO SGUARDO D’INSIEME ..... “ 29
1.1. L’assistenza domiciliare pubblica..... “ 29
1.2. L’assistenza domiciliare privata..... “ 30
1.3. I servizi residenziali..... “ 31
1.4. Le prestazioni monetarie ..... “ 33
1.5. Le responsabilità nel “governo” della *long term care* ..... “ 34
1.6. Le risorse per la *long term care* ..... “ 35
1.7. La produzione dei servizi di *long term care* ..... “ 35
1.8. La copertura dei servizi di *long term care* ..... “ 36
1.9. Il fabbisogno ..... “ 37
1.10. Le prospettive ..... “ 38

2. SINTESI DELLA RICERCA ..... “ 41
2.1. I problemi..... “ 41
2.2. Le prospettive..... “ 54

3. I PROBLEMI DELLA DOMICILIARITÀ ..... “ 67
3.1. Dinamiche demografiche ..... “ 67
3.1.1. Nuovi equilibri e priorità sociali ..... “ 67
3.1.2. Il futuro demografico dell’Italia..... “ 75
3.1.2.1. Struttura demografica ..... “ 75
3.1.2.2. Previsioni demografiche ..... “ 76
3.1.2.3. Futura struttura per età della popolazione ..... “ 81
3.2. Longevità e limitazioni funzionali ..... “ 86

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 6

3.2.1. Previsione degli anziani con limitazioni funzionali: scenario statico ..... pag. 87
3.2.2. Previsione degli anziani con limitazioni funzionali: scenario dinamico ..... " 89
3.2.3. Tipo e grado di limitazioni funzionali ..... " 92

3.3. La famiglia e la donna nel lavoro di cura ..... " 97
3.3.1. Le trasformazioni delle famiglie ..... " 99
3.3.2. La dinamica familiare nella fase adulta e anziana ..... " 101
3.3.3. Le nuove generazioni di anziani ..... " 104
3.3.4. La generazione dei *baby boom* ..... " 105
3.3.5. I tempi di lavoro delle donne ..... " 107
3.3.6. Gli squilibri nei carichi di lavoro in famiglia ..... " 112

3.4. Il ricambio dei *caregiver* familiari ..... " 117
3.4.1. Il futuro dei *caregiver* familiari ..... " 118

3.5. Longevità, pensioni e rischio impoverimento ..... " 124
3.5.1. Il reddito dei pensionati ..... " 126
3.5.2. Le condizioni materiali di vita dei pensionati ..... " 132
3.5.3. Il rischio impoverimento ..... " 135

3.6. Precarietà nel lavoro e futuro previdenziale dei giovani .. " 143
3.6.1. La precarietà nel lavoro dei giovani tra 15 e 34 anni " 144
3.6.2. Il futuro previdenziale dei giovani precari di oggi .... " 148

3.7. I servizi pubblici di assistenza domiciliare ..... " 153
3.7.1. Il servizio di assistenza domiciliare (Sad) ..... " 154
3.7.2. L'assistenza domiciliare integrata (Adi) ..... " 158
3.7.2.1. Articolazione del servizio Adi ..... " 168
3.7.2.2. Le principali criticità dell'Adi ..... " 171

3.8. Il lavoro di cura informale ..... " 176
3.8.1. L'esternalizzazione del lavoro di cura ..... " 177
3.8.2. La possibile evoluzione della domanda di cura informale ..... " 184

3.9. La condizione abitativa ..... pag. 192
3.9.1. Invecchiare a casa propria: un legame profondo che può diventare una trappola ..... " 192
3.9.2. Anziani proprietari dell'abitazione in cui vivono ..... " 193
3.9.3. La percezione soggettiva degli anziani della condizione abitativa ..... " 198

3.10. La condizione urbana ..... " 200
3.10.1. La fatica di vivere la città ..... " 200
3.10.2. Gli anziani rimossi dalle politiche per la città ..... " 201
3.10.3. Standard urbanistici ed edilizi da rivedere ..... " 205

3.11. I conti della domiciliarità ..... " 220
3.11.1. Cresce la domanda ma non aumentano i servizi assistenziali ..... " 226
3.11.2. I Comuni costretti a tagliare i servizi ..... " 229
3.11.3. La spesa dei Comuni per l'assistenza agli anziani .. " 232
3.11.4. L'indennità di accompagnamento ..... " 235
3.11.5. Le risorse per l'adeguamento abitativo ..... " 238

4. LE PROSPETTIVE DELLA DOMICILIARITÀ ..... " 247
4.1. Verso il Piano nazionale per la non autosufficienza ..... " 247
4.1.1. Una maggiore consapevolezza ..... " 247
4.1.2. Un primo passo nella giusta direzione ..... " 249
4.1.3. Non si parte da zero ..... " 252

4.2. Per una domiciliarità che guarda al futuro ..... " 261
4.2.1. La domiciliarità è un diritto della persona ..... " 261
4.2.2. La longevità è una risorsa ..... " 262
4.2.3. La solidarietà tra generazioni chiave dell'invecchiamento attivo ..... " 264
4.2.4. La buona longevità richiede prevenzione ..... " 266
4.2.5. Longevità e mercato ..... " 268
4.2.6. Longevità stimolo per ricerca e innovazione ..... " 269
4.2.7. Longevità e apprendimento ..... " 271
4.2.8. Longevità e impegno sociale ..... " 272

4.3. Invecchiare bene ..... " 273
4.3.1. Stili di vita ..... " 273

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 8

4.3.2. Fattori di rischio ..... pag. 275
4.3.3. La prevenzione ..... " 277

4.4. Il riconoscimento del lavoro familiare di cura ..... " 279
4.4.1. Sulle donne il carico della domiciliarità ..... " 279
4.4.2. Primi segni di cambiamento: ma inadeguati ..... " 282
4.4.3. I tre disegni di legge ..... " 284
4.4.4. Il testo unificato ..... " 286

4.5. I servizi di prossimità per la domiciliarità ..... " 290
4.5.1. Superare la "babele" ..... " 290
4.5.2. Pensare per reti integrate nel territorio ..... " 291
4.5.3. Integrare i livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza (Lesna) con i livelli essenziali di assistenza (Lea) ..... " 294
4.5.4. Dare continuità al sistema residenzialità/domiciliarità ..... " 296
4.5.5. Assicurare presìdi di servizi di cura intermedia ..... " 296
4.5.6. Istituire la figura del "*case manager* - gestore del caso" ..... " 298

4.6. Il lavoro di cura ..... " 300
4.6.1. La futura domanda di lavoro di cura ..... " 300
4.6.2. Il superamento del "badantato" ..... " 301
4.6.3. Il *no profit* nel lavoro di cura ..... " 303
4.6.4. Il *profit* nel lavoro di cura ..... " 311

4.7. Politiche abitative per la domiciliarità ..... " 312
4.7.1. La qualità abitativa per la domiciliarità ..... " 313
4.7.2. Adeguare le abitazioni degli anziani alle loro nuove esigenze ..... " 315
4.7.3. Come realizzare queste trasformazioni ..... " 316
4.7.4. La casa da costo a fonte di reddito ..... " 318
4.7.5. Uno sguardo all'Europa ..... " 319

4.8. Città a misura di anziano ..... " 327
4.8.1. L'invecchiamento attivo come "valore urbano generale" ..... " 327

4.8.2. Politiche urbane per la non autosufficienza ..... pag. 329
4.8.2.1. Adeguamento degli standard urbanistici ..... " 330
4.8.2.2. Adeguamento della normativa sulle barriere architettoniche ..... " 331
4.8.2.3. Rete di prossimità dei servizi socioassistenziali " 332
4.8.2.4. Tipologie abitative per la residenzialità leggera " 335
4.8.2.5. *Smart city* e servizi di tecnoassistenza ..... " 339

4.9. Le risorse per la domiciliarità ..... " 343
4.9.1. La situazione ..... " 343
4.9.2. Il nodo delle risorse ..... " 346
4.9.2.1. Il Fondo per la non autosufficienza ..... " 348
4.9.2.2. Uso efficiente ed efficace delle risorse disponibili ..... " 350
4.9.2.3. Il secondo e il terzo pilastro del welfare ..... " 356
4.9.2.4. Le opportunità individuali di far fronte al rischio non autosufficienza ..... " 357
4.9.2.5. Le opportunità collettive di far fronte al rischio non autosufficienza ..... " 359

APPENDICE A) - ESPERIENZE ABITATIVE E URBANE " 367
1. Esperienze internazionali ..... " 370
2. Esperienze italiane ..... " 377

APPENDICE B) - LA DOMICILIARITÀ IN EUROPA: UNO SGUARDO D'INSIEME ..... " 394
1. Uno scenario complesso ..... " 394
2. L'assistenza e la tutela della salute della popolazione anziana nell'Unione europea ..... " 397
3. Principali caratteristiche delle soluzioni adottate in alcuni paesi dell'Unione europea ..... " 398
4. Riforme in corso ..... " 407
5. Effetti dei diversi mix di regolamentazione nell'accesso ai servizi ..... " 409

BIBLIOGRAFIA ..... " 412

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Costituzione italiana - Articolo 32

L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.

Carta europea dei diritti fondamentali
Articolo 25 - Diritti degli anziani

L'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia, oltre che in caso di perdita del posto di lavoro, secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e le legislazioni e prassi nazionali.

Carta europea dei diritti fondamentali
Articolo 34, comma 1 - Sicurezza sociale e assistenza sociale

Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

Carta europea dei diritti fondamentali
Articolo 35 - Protezione della salute

Ogni individuo ha il diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo
Articolo 25, comma 1

Presentazione

Questa nuova ricerca, realizzata per l'Auser e lo Spi Cgil dall'architetto Claudio Falasca, riprende lo studio presentato nel 2017 e ha l'obiettivo di promuovere e facilitare, attraverso un mix di analisi e proposte, le forme di assistenza a domicilio per le persone anziane garantendo loro la permanenza nel proprio ambiente di vita.

Lo studio è articolato in modo tale che sia nelle analisi sia nelle proposte la persona rimanga al centro degli interventi previsti e ogni azione sia orientata a fornire risposte ai suoi bisogni.

Tutte le modalità di intervento sono pensate per permettere il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento del massimo di identità e di autostima delle persone anziane, attraverso la permanenza presso il loro domicilio in condizioni di sufficiente autonomia personale.

Il tema trattato è quello della "domiciliarità" intesa come contesto significativo per la persona, che comprende la casa, ma anche ciò che la circonda, cioè l'habitat collegato alla storia, all'esperienza, alla cultura, alla memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza di ognuno. Ma anche come un "diritto fondamentale della persona", perché senza quel contesto di relazioni, senza la "domiciliarità" così come l'abbiamo intesa, la persona non è più "rispettata".

Tutte le teorie che cercano di studiare la "persona" sono concordi nel riconoscerle tre caratteristiche fondamentali: l'unicità, la globalità e la relazionalità. Il concetto di persona richiama pertanto la visione totale del bisogno (sia esso fisico, psichico o relazionale) e richiede, quindi, una risposta alla persona stessa nella sua globalità da parte del servizio o di chi se ne prende cura, e non potrà ridursi a una serie più e meno complessa di prestazioni e ancor meno di monetizzazioni del disagio.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 12

Spiega bene questo concetto una lettera del filosofo Norberto Bobbio, scritta quando aveva 89 anni: «Ho la fortuna di vivere in casa mia, dove abito da tanti anni, e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi… Siedo al mio tavolo, dove ritrovo ogni giorno le mie carte, il libro che avevo cominciato a leggere, la mia vecchia penna stilografica, il blocchetto di appunti… Lo spazio della casa è tanto più essenziale, quanto più un vecchio come me, e come tanti altri nelle mie condizioni, vi conducono la propria esistenza… La propria casa dà sicurezza, ti difende dal non conosciuto, dall'imprevisto, dal trovarti in un mondo che ormai, chiuso tra le pareti, ti è diventato sempre più estraneo. Tanto più si è vecchi tanto più sono profonde le radici, e quindi tanto più è difficile da sopportare lo sradicamento, l'andare altrove, dove saresti spaesato, perderesti la tua identità, diventeresti un numero in mezzo ad altri numeri».

Questa pubblicazione affronta il tema della "domiciliarità" partendo da un'analisi dei dati disponibili, primi fra tutti il cambiamento demografico e la qualità e la quantità dei servizi, sia pubblici sia privati, che vengono offerti nel nostro paese; costruisce una visione futura sulla *long term care*; analizza il ruolo della famiglia e le diseguaglianze di reddito, per poi arrivare a considerare le condizioni abitative e gli standard urbanistici.

Il quadro che emerge dimostra che nel prosieguo degli anni la qualità della vita degli anziani e delle persone non autosufficienti peggiorerà in quantità e qualità dei servizi disponibili, poiché manca una strategia complessiva e il "sistema paese" è fermo alla monetizzazione, tra l'altro insufficiente, del disagio della persona.

Poter invecchiare nel proprio domicilio non è visto come un diritto della persona; manca una legge organica nazionale sulla non autosufficienza e sull'invecchiamento attivo; sul riconoscimento del lavoro di cura familiare si è fatto pochissimo, non si è mai affrontato seriamente il tema del badantato; si continua a non intervenire sulla qualità abitativa e sulle politiche di nuova urbanizzazione delle città e del paese.

La ricerca offre molte analisi ma soprattutto molte proposte di soluzioni ai problemi sollevati: rilancia la legge sulla non autosufficienza e quella sull'invecchiamento attivo come politiche che migliorano la qualità della vita delle persone e riafferma il tema della longevità come una risorsa per l'intera comunità.

Il cambiamento demografico, il numero delle persone non autosufficienti e gli insufficienti servizi disponibili indicano come intervenire sulla "domiciliarità" sia una strada obbligata. Anche papa Giovanni Paolo II nella sua lettera agli anziani nel lontano 1999 affermava: «Il luogo più naturale per vivere la condizione di anzianità resta quello dell'ambiente in cui egli è "di casa", tra parenti conoscenti e amici, e dove può svolgere ancora qualche servizio. A mano a mano che, con l'allungamento medio della vita, la fascia degli anziani cresce, diventerà sempre più urgente promuovere questa cultura di un'anzianità accolta e valorizzata, non relegata ai margini. L'ideale resta la permanenza dell'anziano in famiglia con la garanzia di efficaci aiuti sociali rispetto ai bisogni crescenti che l'età e la malattia comportano».

Invecchiare a casa non ha solo un significato materiale o rituale. La realtà che ci circonda e il cambiamento epocale che stiamo vivendo lo esigono: è necessario garantire efficaci aiuti sociali rispetto ai bisogni crescenti nel rispetto della persona in tutto l'arco della sua vita.

Enzo Costa
Presidente Auser

Ivan Pedretti
Segretario generale Spi Cgil

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 14

Introduzione

L'interrogativo di fondo della ricerca è: in che misura il sistema italiano di "domiciliarità", pilastro fondamentale del sistema di assistenza di lungo termine (*long term care* - Ltc), nei prossimi anni sarà in grado di corrispondere alle conseguenze della crescente longevità della popolazione e del maggiore coinvolgimento della donna nel mercato del lavoro? Come si comprende è un interrogativo che si fonda su un'evidente contraddizione di carattere strutturale: il crescente numero di anziani bisognosi di cura a fronte del decrescente numero di *caregiver* familiari, in particolare appunto, donne. Evidentemente nulla impedisce il ricorso al mercato privato di cura, ma anche questo richiede alcune condizioni che non possono essere date per scontate, quali ad esempio la solvibilità dell'anziano presente e soprattutto futuro.

Queste criticità, come altre ancora, sono state messe in evidenza da più parti come capaci di compromettere seriamente il futuro dell'assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti. Un'evenienza assolutamente da evitare tenuto conto delle conseguenze gravissime che produrrebbe su milioni di famiglie e persone anziane che pensano, per scelta o per necessità, di affidarsi al sistema di servizi riconducibili in modo diretto e/o indiretto a questa forma di assistenza.

Per meglio comprendere e "misurare" la reale consistenza di queste criticità, l'Auser e lo Spi Cgil hanno ritenuto utile promuovere la presente ricerca *Il diritto di invecchiare a casa propria - Problemi e prospettive della domiciliarità,* che fa seguito a quella su *Residenzialità e domiciliarità per l'invecchiamento attivo* del 2017, con l'obiettivo di contribuire al dibattito sulle azioni da promuovere per l'ammodernamento, in termini di efficacia ed efficienza sociale, dell'assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti.

Si tratta di un tema complesso che richiede una chiara cor-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 16

nice di riferimento in considerazione del fatto che l'invecchiamento della popolazione apre scenari inediti con i quali è necessario misurarsi in modo innovativo.

I molteplici aspetti che coinvolgono la Ltc – culturali, sociali, politici, economici – vanno affrontati sapendo che deve essere la società nel suo complesso a sentirsi impegnata a elaborare una diversa idea di vecchiaia, all'altezza del mutamento intervenuto nelle speranze di vita, ravvisandovi la possibilità di una straordinaria conquista di civiltà.

Il tema dell'invecchiamento, in particolare, deve uscire dalla dimensione della residualità in cui viene spesso considerato dai decisori politici e istituzionali, così come deve superare l'ottica esclusivamente consumistica e di mercato in cui numerosi interessi tentano di confinarlo.

Piuttosto, occorre far crescere la consapevolezza che i temi che ruotano intorno a una società che invecchia "interrogano" tutti i fattori che la tengono coesa. Vanno quindi rafforzati tutti i presìdi di socializzazione e di coesione.

Questo è possibile se si afferma con chiarezza la convinzione che anche in una società sempre più longeva la famiglia rimane il primo e fondamentale presidio in quanto è in essa che le generazioni realizzano strette relazioni e reciprocità affettive, culturali, economiche e, quindi, continua a configurarsi come «il primo soccorso e l'ultimo ricorso» delle persone. Un presidio che, per essere messo in condizioni di svolgere pienamente la sua funzione, richiede misure di sostegno che tengano conto delle profonde modifiche strutturali, culturali e sociali presenti e future.

Così come la comunità territoriale, pur sapendo che in essa si intrecciano dinamiche sociali contraddittorie, dense di criticità, nei rapporti tra generazioni e culture, rappresenta il luogo da cui si irradiano le reti di solidarietà e in cui si sviluppano le relazioni ed è possibile sperimentare un welfare di comunità che integri fecondamente la collaborazione delle famiglie, delle reti primarie, del terzo settore e del volontariato, dei privati, dei soggetti della contrattazione sociale territoriale e della contrattazione sindacale di secondo livello, con la promozione e il primato del welfare pubblico.

Tutto questo comporta la necessità e la capacità di agire in modo sistemico su un insieme ampio di fattori, tutti determinanti per la qualità della vita delle persone anziane e non solo. L'orizzonte da assumere a riferimento è, allora, "l'intero arco della vita" per impostare una diversa idea di vecchiaia e da cui derivare un progetto sociale integrato e innovativo capace di determinare mutamenti profondi nell'intera collettività[1].

Questo richiede:

- comprendere come, proprio partendo dalla popolazione anziana per la quale le diverse criticità e le tante forme delle nuove esclusioni sociali assumono specifico rilievo, si possono ricostruire legami capaci di ridare speranza e senso al futuro delle persone di tutte le età, promuovendo l'incontro tra memoria del passato, nuove dinamiche sociali e permanenti esigenze di relazione;
- verificare quanto le politiche per l'invecchiamento attivo aumentino realmente i costi dei servizi sanitari, assistenziali, sociali, previdenziali, sconfiggendo chi usa i problemi di carattere finanziario per mettere in discussione tutele e diritti, destrutturando il sistema del welfare, che va innovato, ma non ridimensionato;
- realizzare una rete di servizi di prossimità a livello di quartiere, capace di rispondere ai diversi e mutevoli bisogni a cui la persona anziana andrà incontro via via che si riduce la sua autonomia funzionale nella gestione della sua vita quotidiana;
- affrontare l'insieme delle questioni che riguardano la condizione abitativa degli anziani, anch'essa colta nei suoi vari aspetti: la casa in quanto tale, le sue dotazioni strumentali, i servizi che a essa si connettono, l'agibilità del contesto urbano, la quantità e la qualità dei trasporti pubblici, la disponibilità e la qualità degli spazi pubblici, il territorio come rete di relazioni, la possibilità di sentirsi e rendersi utili nel proprio contesto comunitario, il vivere il territorio come luogo "sicuro" (con tutto ciò che ne deriva e tutte le sue declinazioni legate anche alla partecipazione attiva alla vita sociale), la possibilità di partecipare;

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 18

- incanalare il lavoro "liberato" dell'anziano verso attività che assicurino quei beni che il mercato non ha interesse a produrre e il pubblico non ha le risorse necessarie per farlo: beni relazionali, beni di merito, alcune tipologie di beni pubblici e alcune categorie di beni di uso collettivo fondamentali per promuovere, costruire, facilitare "comunità solidali" (un compito sicuramente più impegnativo che nel passato, perché si tratta di fare solidarietà tra diversi, ossia tra culture, memorie, appartenenze diverse);
- dedicare attenzione ai temi dell'educazione permanente per tutte le età, tenendo conto, in particolare, dell'importanza che questa ha sul benessere psicosociale delle persone che invecchiano. Così come è importante sostenere il ruolo della ricerca e dello sviluppo della tecnologia per il mantenimento della qualità della vita delle persone anziane che vivono una condizione di non autosufficienza.

Si tratta, insomma, di aprire una prospettiva politica e sociale in cui alle persone che invecchiano sia riconosciuta quella dignità e quei diritti, proclamati dalle Nazioni unite, a partire dal reddito, e in cui sia promosso il loro protagonismo attraverso la cittadinanza attiva come volontariato civico. In questo impegno un contributo determinante può essere dato dall'azione contrattuale territoriale del Sindacato pensionati italiani della Cgil e dall'azione del volontariato dell'Auser.

Claudio Falasca
ufficio studi Auser

Note

[1] *Invecchiamento attivo e solidarietà tra le generazioni,* Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil, Auser, Antea, Apa, pubblicato in occasione dell'anno europeo dell'invecchiamento attivo, 2012.

Contenuto e nota tecnica di lettura

1. Articolazione della ricerca

Lentamente, ma progressivamente, cresce l'attenzione sul grande tema del cambiamento demografico che sta vivendo il paese. In larga misura l'attenzione è ancora confinata a quelli che si potrebbero definire gli addetti ai lavori che, meritoriamente e con grande competenza, propongono analisi, sviluppano ricerche, avanzano proposte in merito alla *long term care* (Ltc). Questo lavoro, in cui si distinguono in particolare Italia Longeva[2] e il Network non autosufficienza (Nna)[3], converge con l'elaborazione e l'impegno dei sindacati confederali dei pensionati finalizzato a porre all'attenzione del paese e dei decisori pubblici, la necessità di politiche mirate alla longevità e alle sue conseguenze in termini di riduzione dei livelli di funzionalità e autonomia degli anziani.

A tutta questa produzione la ricerca promossa dall'Auser e dallo Spi Cgil presta una grande attenzione e, in non pochi casi, ne assume i contenuti in un tentativo di analisi e sintesi dal punto di vista proprio di un'organizzazione di volontariato che ha scelto come sua missione "istituzionale" l'invecchiamento attivo.

L'obiettivo è quello di ricostruire un quadro di riferimento generale sul tema specifico della "domiciliarità", vista dalla grande maggioranza delle persone anziane come la scelta più naturale al punto da considerarla una sorta di "diritto irrinunciabile". Condividendo questo sentimento, la ricerca prende in esame l'insieme dei problemi e delle prospettive che ne possono ostacolare o favorire l'esigibilità e da qui il titolo *Il diritto di invecchiare a casa propria - Problemi e prospettive della domiciliarità.*

La ricerca è introdotta da una sintetica presentazione del sistema di *long term care* nel nostro paese con lo scopo di offrire, anche a chi non segue con continuità l'argomento, il quadro più generale in cui il tema della domiciliarità deve essere collocato per capirne l'importanza in quanto pilastro fondamentale del sistema di assistenza agli anziani in Italia.

Segue la sintesi della ricerca in cui vengono messi in evidenza alcuni dei risultati più significativi dell'analisi dei problemi della domiciliarità e

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 20

le possibili prospettive per risolverli. Da precedenti esperienze abbiamo potuto constatare l'utilità dell'anticipazione della sintesi al corpo della ricerca in quanto, anche se può dare l'impressione di una qualche ripetizione (alcune valutazioni e alcuni dati particolarmente significativi vengono ripresi letteralmente), si dimostra di grande utilità per entrare immediatamente nel vivo dei temi trattati.

La terza parte esamina i "problemi" che ostacolano le persone anziane e le loro famiglie ad affrontare la scelta della domiciliarità. Qui il tentativo è di ricostruire un quadro che vada oltre l'analisi delle disfunzioni dei servizi di cura socioassistenziali e sanitari, assumendo a riferimento le diverse dimensioni della vita dell'anziano: la sua condizione abitativa, quella del suo ambiente urbano di prossimità, la possibilità di accedere ai moderni servizi domotici.

La quarta parte prende in esame le possibili "prospettive" utili a superare le criticità rilevate per estendere e rafforzare la domiciliarità, non solo in termini di servizi di assistenza, ma investendo complessivamente l'ambiente di vita dell'anziano. Il tentativo, in particolare, è di dimostrare la possibilità di superare la cesura oggi esistente tra istituzionalizzazione, residenzialità e domiciliarità realizzando un sistema di servizi urbani di prossimità capaci di rispondere ai diversi livelli di funzionalità delle persone anziane.

Nella quinta parte, in appendice, viene proposta una rassegna di alcune interessanti esperienze abitative e urbanistiche, nazionali e internazionali, che affrontano il tema dell'adeguamento degli spazi di vita alle necessità delle persone non autosufficienti. Infine in una seconda appendice viene proposta una sintetica rassegna dei profili di *long term care* di alcuni paesi europei e di alcune iniziative in corso.

Da ultimo, il testo è arricchito di alcuni box in cui si riportano stralci di documentazione utili a una migliore e più completa comprensione del tema.

2. Riferimenti statistici

La ricerca è svolta con riferimento rigoroso a informazioni statistiche ufficiali di fonte Istat e Inps. Di queste fonti sono stati utilizzati gli ultimi aggiornamenti utili. Nei casi di assenza di fonti statistiche ufficiali la ricerca assume a riferimento studi, ricerche, approfondimenti dei principali centri di elaborazione sulla longevità e sulla cura di lunga durata quali: Ocse, Ministero della salute, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Cnel, Auser, AeA, Cgil, Cisl, Uil, Spi Cgil, Fnp Cisl, Uil Pensionati, Antea, Apa, Network nazionale per l'invecchiamento, Italia Longeva, Censis, 50&Più, Scuola superiore dell'amministrazione dell'interno, Assoprevidenza, Professioni in famiglia, Itinerari previdenziali, Aduc, Caritas italiana.

In merito alla copertura statistica degli argomenti trattati c'è da dire, purtroppo, che in alcuni casi è molto carente. Manca, ad esempio, un quadro statistico sistematico delle strutture private che prestano servizi di Ltc, così come non è dato sapere come stanno evolvendo le imprese *for profit* per la fornitura di quei servizi di supporto al secondo e terzo pilastro del welfare. È apprezzabile che l'Istat abbia attivato nel suo sito il "Sistema informativo anziani", che tuttavia va decisamente implementato.

È auspicabile che queste lacune vengano presto colmate dal sistema statistico nazionale data la crescente componente anziana della popolazione italiana. Risulterebbe di grande utilità, in particolare, se questo venisse fatto nell'ambito del sistema di indicatori per la valutazione del "Benessere equo e sostenibile" (Bes)[4] a livello nazionale, regionale e locale.

Note

2 Italia Longeva, il network dedicato all'invecchiamento, creato dal Ministero della salute, dalla Regione Marche e dall'Irccs Inrca per promuovere una nuova visione dell'anziano quale risorsa per la società, in buona salute, attivo e impegnato in compiti e ruoli adatti che valorizzino l'esperienza e la saggezza accumulata negli anni, ma anche fruitore di beni e servizi. Beni da inventare e servizi, soprattutto quelli sociosanitari, da reinventare. L'anziano come elemento centrale di un sistema paese che offra opportunità di sviluppo economico e sociale, stimoli la ricerca e l'innovazione, favorisca l'implementazione di nuove tecnologie.

3 Network non autosufficienza (Nna) è nato da un'idea di Cristiano Gori, che lo coordina, per promuovere riflessioni scientifiche sull'assistenza agli anziani non autosufficienti che siano utili all'operatività. Nna dal 2009 ha pubblicato con Maggioli sei rapporti sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Dal 2014 i rapporti hanno assunto una cadenza biennale.

4 Il progetto Bes – Benessere equo e sostenibile, nasce nel 2010 da una collaborazione tra Cnel e Istat con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. A tal fine, i tradizionali indicatori economici, primo fra tutti il Pil, sono stati integrati con misure sulla qualità della vita delle persone e sull'ambiente.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 22

Assemblea della salute delle Nazioni unite
Strategia globale e piano d'azione sull'invecchiamento e sulla salute 2016-2020: verso un mondo in cui tutti possono vivere una vita lunga e sana

La sessantanovesima assemblea

Avendo preso in considerazione la relazione sull'azione multisettoriale per un approccio del ciclo di vita all'invecchiamento in buona salute: bozza di strategia globale e piano d'azione sull'invecchiamento e la salute.

Richiamata la risoluzione WHA52.7 (1999) sull'invecchiamento attivo e la risoluzione WHA58.16 (2005) sul rafforzamento dell'invecchiamento attivo e in buona salute, che hanno invitato gli Stati membri ad adottare misure che garantiscano il più alto livello possibile di salute e benessere per il numero in rapida crescita di persone anziane.

Ricordata inoltre la risoluzione 57/167 (2002) dell'assemblea generale delle Nazioni unite, che ha approvato il Piano d'azione internazionale sull'invecchiamento di Madrid del 2002, nonché altre risoluzioni pertinenti e altri impegni internazionali relativi all'invecchiamento.

Avendo preso in considerazione la risoluzione WHA65.3 (2012) sul rafforzamento delle politiche di malattia non trasmissibili per promuovere l'invecchiamento attivo, che osserva come le malattie non trasmissibili diventano più prevalenti tra gli anziani c'è un urgente bisogno di prevenire le disabilità legate a tali malattie e di pianificare a lungo termine la cura.

Avendo preso in considerazione anche la risoluzione WHA67.19 (2014) sul rafforzamento delle cure palliative come componente dell'assistenza completa durante tutto il corso della vita.

Richiamata la risoluzione WHA64.9 (2011) sulle strutture di finanziamento sanitario sostenibile e copertura universale, che richiede investimenti e rafforzamento dei sistemi sanitari, in particolare servizi e assistenza sanitaria di base, compresi i servizi di prevenzione, risorse umane adeguate per i sistemi di informazione sanitaria, per assicurare che tutti i cittadini abbiano accesso equo all'assistenza sanitaria e ai servizi.

Accogliendo con favore l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che comprende un insieme integrato e indivisibile di obiettivi globali per lo sviluppo sostenibile che offrono la piattaforma per affrontare le sfide e le opportunità dell'invecchiamento della popolazione e le sue conseguenze in modo globale, impegnandosi a non lasciarlo indietro.

Notando che le popolazioni di tutto il mondo, a tutti i livelli di reddito, stanno invecchiando rapidamente; tuttavia, l'ampiezza delle opportunità che derivano dalle popolazioni più anziane, la loro crescente longevità e l'invecchiamento attivo dipenderanno pesantemente dalla buona salute.

Notando inoltre che l'invecchiamento in buona salute è influenzato in modo significativo dai determinanti sociali della salute, con persone provenienti da gruppi svantaggiati dal punto di vista socioeconomico che hanno una salute marcatamente più povera in età avanzata e un'aspettativa di vita più breve.

Rilevando inoltre l'importanza di ambienti sani, accessibili e di supporto, che possono consentire alle persone di invecchiare in un luogo che è giusto per loro e di fare ciò che apprezzano.

Riconoscendo che le popolazioni più anziane apportano contributi diversi e preziosi alla società e dovrebbero avere pari diritti e opportunità e vivere senza discriminazioni basate sull'età.

Accogliendo con favore la prima conferenza ministeriale dell'Oms sull'azione globale contro la demenza (Ginevra, 16 e 17 marzo 2015), prendendo atto dei suoi risultati e accogliendo con apprezzamento tutte le altre iniziative internazionali e regionali volte a garantire una vita sana agli anziani.

Accogliendo con favore anche la relazione mondiale sull'invecchiamento e la salute, che articola un nuovo paradigma dell'invecchiamento sano e delinea un quadro di sanità pubblica per l'azione per promuoverlo.

Riconoscendo il concetto di invecchiamento sano, definito come il processo di sviluppo e mantenimento delle capacità funzionali che consente il benessere in età avanzata.

Avendo preso in considerazione il progetto di strategia globale e il piano d'azione sull'invecchiamento e la salute in risposta alla decisione WHA67 (13) (2014), che sviluppa e amplia le strategie e i quadri regionali dell'Oms in questo settore.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 24

1. Adotta la strategia globale e il piano d'azione sull'invecchiamento e la salute.

2. Invita i partner, comprese le organizzazioni internazionali, intergovernative e non governative, nonché altre organizzazioni pertinenti a:

1) sostenere e contribuire alla realizzazione della strategia globale e del piano d'azione sull'invecchiamento e sulla salute e, nel farlo, collaborare, se del caso, con gli Stati membri e con il segretariato dell'Oms;
2) migliorare e sostenere il benessere delle persone anziane e dei loro *caregiver* attraverso una fornitura adeguata ed equa di servizi e assistenza;
3) sostenere la ricerca e l'innovazione e raccogliere prove su cosa si può fare per promuovere un invecchiamento sano in diversi contesti, compresa una maggiore consapevolezza dei determinanti sociali della salute e del loro impatto sull'invecchiamento;
4) sostenere lo scambio di conoscenze ed esperienze innovative, anche attraverso la cooperazione nord-sud, sud-sud e triangolare e le reti regionali e globali;
5) lavorare attivamente sulla difesa dell'invecchiamento in buona salute durante il corso della vita e combattere la discriminazione basata sull'età.

3. Esorta gli Stati membri a:

1) attuare le azioni proposte nella strategia globale e nel piano d'azione sull'invecchiamento e sulla salute attraverso un approccio multisettoriale, compresa l'istituzione di piani nazionali o l'integrazione di tali azioni nei vari settori governativi, adattate alle priorità nazionali e ai contesti specifici;
2) stabilire un punto focale e un'area di lavoro sull'invecchiamento e la salute e rafforzare la capacità dei settori governativi competenti di affrontare la sana dimensione dell'invecchiamento nelle loro attività attraverso la *leadership*, i partenariati, la difesa e il coordinamento;
3) sostenere e contribuire allo scambio tra Stati membri a livello globale e regionale di lezioni apprese ed esperienze innovative,

comprese azioni per migliorare la misurazione, il monitoraggio e la ricerca dell'invecchiamento in buona salute a tutti i livelli;
4) contribuire allo sviluppo di ambienti favorevoli all'età, aumentando la consapevolezza sull'autonomia e l'impegno degli anziani attraverso un approccio multisettoriale.

4. Richiede al direttore generale di:

1) fornire supporto tecnico agli Stati membri per stabilire piani nazionali per un invecchiamento sano; sviluppare sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine in grado di fornire cure integrate di buona qualità; implementare interventi basati su evidenze che trattano i fattori determinanti dell'invecchiamento in buona salute; rafforzare i sistemi per raccogliere, analizzare, utilizzare e interpretare i dati sull'invecchiamento sano nel tempo;
2) attuare le azioni proposte per il segretariato nella strategia globale e nel piano d'azione sull'invecchiamento e la salute in collaborazione con altri organismi del sistema delle Nazioni unite;
3) sfruttare l'esperienza e le lezioni apprese dall'attuazione della strategia globale e del piano d'azione sull'invecchiamento e la salute al fine di sviluppare meglio una proposta per un decennio di invecchiamento sano 2020-2030 con gli Stati membri e con i contributi dei partner, agenzie delle Nazioni unite, altre organizzazioni internazionali e organizzazioni non governative;
4) preparare una relazione globale sullo stato di salute da sottoporre alla settantatreesima assemblea mondiale della sanità, riflettendo norme e parametri concordati e nuove prove su cosa può essere fatto in ciascun tema strategico, per informare e fornire dati di riferimento per un decennio di invecchiamento sano 2020-2030;
5) convocare un forum per sensibilizzare sull'invecchiamento sano e rafforzare la cooperazione internazionale sulle azioni delineate nella strategia globale e nel piano d'azione sull'invecchiamento e la salute;
6) sviluppare, in cooperazione con altri partner, una campagna globale per combattere l'ageismo al fine di aggiungere valore alle iniziative locali, raggiungere l'obiettivo finale di migliorare l'esperienza quotidiana delle persone anziane e ottimizzare le risposte politiche;

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 26

7) continuare a sviluppare la rete globale dell'Oms per le città e le comunità a misura di anziano come meccanismo per sostenere l'azione multisettoriale locale sull'invecchiamento in buona salute;
8) sostenere la ricerca e l'innovazione per promuovere un invecchiamento sano, compreso lo sviluppo di: (i) strumenti basati su prove per valutare e sostenere gli sforzi clinici, di comunità e basati sulla popolazione per migliorare la capacità intrinseca e la capacità funzionale; (ii) interventi economicamente efficaci per migliorare la capacità funzionale delle persone con capacità intrinseca compromessa;
9) riferire sui progressi a medio termine sull'attuazione della strategia globale e del piano d'azione sull'invecchiamento e sulla salute, riflettendo indicatori, standard e parametri quantificabili concordati e nuove prove su cosa può essere fatto in ciascun obiettivo strategico.

1. La long term care (Ltc): uno sguardo d'insieme

In questo primo capitolo verranno illustrati, per grandi linee, i caratteri prevalenti e l'articolazione dell'assistenza continuativa agli anziani in Italia per fornire un quadro generale del problema e definire con chiarezza l'oggetto della ricerca che, come chiarito nell'introduzione, avrà a specifico oggetto la domiciliarità.

Nel nostro paese quando si fa riferimento all'assistenza continuativa degli anziani, o *long term care (Ltc*) per gli addetti ai lavori, si intendono, fondamentalmente, tre tipi di servizi che hanno come finalità quella di soddisfare il bisogno assistenziale determinato dall'insorgere della non autosufficienza: gli interventi domiciliari, quelli residenziali e le prestazioni monetarie a seconda che siano forniti a domicilio, in centri diurni e in strutture residenziali o attraverso trasferimenti monetari.

L'assistenza è articolata in due distinti settori: sociale e sanitario. Entrambi i tipi di trattamento vengono programmati e regolamentati dalle Regioni, mentre a livello locale spettano alle Asl e ai Comuni le funzioni di erogazione e finanziamento, rispettivamente nell'ambito degli interventi sanitari e di quelli sociali. In entrambi i casi le prestazioni possono essere prodotte in economia oppure acquistate da altri erogatori (pubblici o privati) accreditati dalla Regione.

1.1. L'assistenza domiciliare pubblica

I servizi domiciliari pubblici si articolano nel servizio di assistenza domiciliare (Sad) e nell'assistenza domiciliare integrata (Adi).

Il servizio di assistenza domiciliare (Sad)[5] ha interessato 149.995 anziani, l'1,2 per cento del totale della popolazione anziana del 2013. Il Sad è un servizio a ridotta valenza sanitaria e relativamente continuativo nel tempo. Comprende interventi diretti a persone o a nuclei familiari che, in particolari contingenze o per una non completa autosufficienza, non sia-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 30

no in grado di soddisfare le esigenze personali e domestiche. Tale servizio è erogato dai Comuni attraverso le figure professionali dell'assistente sociale che rileva il bisogno e formula il progetto di intervento, e dell'operatore d'assistenza, il quale si reca a casa dell'anziano realizzando interventi di assistenza e di tutela igienico-sanitaria della persona (pulizia della persona, mobilizzazione, aiuto nel vestirsi, nel mangiare eccetera), di governo e conduzione della casa (pulizia dell'alloggio, preparazione o fornitura pasti, servizio lavanderia), di segretariato sociale e interventi tendenti a favorire la vita di relazione.

Per ottenere questo servizio si deve presentare una domanda presso l'ufficio servizi sociali del Comune di residenza che, effettuata l'istruttoria per l'accertamento dei requisiti necessari, individua gli interventi più opportuni da attuare. Nella maggioranza dei Comuni tale servizio non è gratuito, ma prevede una compartecipazione economica da parte dell'utente in base alla sua condizione socioeconomica.

L'assistenza domiciliare integrata (Adi)[6] ha interessato 611.871 anziani, il 4,8 per cento del totale della popolazione anziana del 2013. A differenza del Sad, il servizio si caratterizza per la prevalenza delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, coordinate tra di loro in un programma personalizzato di assistenza. L'Adi è gestito dall'Asl che assicura al paziente prestazioni infermieristiche (attività di prelievo, mobilizzazione, somministrazione di terapie) riabilitative, mediche (visite specialistiche, esami diagnostico-strumentali) e terapeutiche. Le prestazioni invece di natura socioassistenziale (igiene personale e dell'ambiente, sorveglianza per terapie farmacologiche, attivazione pasti a domicilio, trasporto) sono erogate dai servizi sociali comunali in accordo con il distretto.

In genere, la presa in carico della persona segnalata può iniziare a seguito di un'analisi della situazione presentata attraverso l'unità di valutazione geriatrica (o multidimensionale) che definisce il singolo programma di intervento assistenziale (tipologia, quantità e frequenza degli interventi sociali e sanitari) da prestare a domicilio.

1.2. L'assistenza domiciliare privata

L'assistenza domiciliare privata è fornita generalmente da singoli operatori a pagamento su richiesta degli anziani (o delle famiglie). L'accesso all'assistenza domiciliare privata, che è strettamente associata alle condizioni economiche delle famiglie, negli ultimi anni sta crescendo in alternativa o in sostituzione delle reti informali familiari.

Ciò si deve principalmente alle trasformazioni che hanno investito la famiglia contemporanea negli ultimi decenni (crescente invecchiamento della popolazione che determina un maggiore fabbisogno di manodopera assistenziale, nuclearizzazione e indebolimento delle reti di sostegno informale, crescente partecipazione delle donne al mondo del lavoro, mutamento dei compiti e dei ruoli nell'ambito familiare) e alle caratteristiche del nostro sistema di welfare (tassi di istituzionalizzazione relativamente bassi; scarsa diffusione dei servizi domiciliari pubblici; carichi assistenziali gravanti prevalentemente sul nucleo familiare).

1.3. I servizi residenziali[7]

I servizi residenziali si realizzano nell'ambito delle residenze socioassistenziali (Rsa)[8], strutture residenziali e semiresidenziali. Secondo la ricerca Auser del 2013 risultavano attivi 12.261 presìdi[9] pubblici o privati che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socioassistenziale e/o sociosanitario a persone in stato di bisogno, escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private.

Le unità di servizio[10] che operano al loro interno ammontano a 14.856. Dal 2009 l'analisi dell'offerta residenziale viene condotta a livello di unità di servizio che, all'interno di ciascun presidio, eroga diverse tipologie di assistenza. Le unità di servizio vengono classificate secondo quattro livelli: il target d'utenza prevalente, il livello di assistenza sanitaria erogata, la funzione di protezione sociale, il carattere della residenzialità.

Sempre la ricerca Auser riporta che gli anziani ospiti nei presìdi nel 2013 erano 278.652, il 75,8 per cento del totale degli ospiti assistiti. Il 41,5 per cento nei presìdi del Nord-Ovest con una presenza particolarmente rilevante del 23,5 per cento in Lombardia. Nel Nord-Est il 28,4 per cento con una flessione del 7,7 per cento nel periodo 2009-2013. Nel Centro il 14,2 per cento con un decremento nei cinque anni di riferimento del 7,6 per cento. Nel Meridione il 9,2 per cento, con un calo dello 0,8 per cento dal 2009. Nelle Isole il 6,7 per cento, con un calo del 6,1 per cento dal 2009.

Sulla carta le Rsa sono strutture finalizzate all'assistenza sanitaria a tempo determinato (circa tre mesi) di soggetti temporaneamente non autosufficienti dimessi dall'ospedale. In realtà, il 24 per cento degli anziani in Rsa è autosufficiente, i servizi sanitari non sono sempre preponderanti sull'intero trattamento erogato e la durata della degenza è normalmente più estesa rispetto a quella prevista, se non addirittura definitiva.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 32

Nel caso dei servizi semiresidenziali, si tratta di servizi erogati in strutture di tipo diurno (centri diurni) che sostengono anziani solitamente in condizioni di parziale autosufficienza.

Sia nel caso dei servizi residenziali sia nel caso dei servizi semiresidenziali, le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e il costo variano in base alle disposizioni normative regionali e ai regolamenti emanati dai Comuni di appartenenza.

Negli ultimi anni si sono andate sviluppando forme alternative di residenzialità, destinate agli anziani che mantengono residue capacità motorie e psicorelazionali. Le esperienze di domiciliarità alternativa intendono garantire a tali soggetti la possibilità di vivere autonomamente in un contesto protetto e dotato di servizi, con lo scopo di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione.

Esistono tre principali forme di residenzialità alternativa consolidate.

Comunità alloggio. Strutture di tipo residenziale in grado di ospitare un piccolo numero di persone. L'inserimento dell'anziano in tali strutture avviene quando si verificano condizioni e difficoltà tali da rendere problematica la permanenza della persona all'interno del proprio nucleo familiare. Le comunità alloggio possono essere sia strutture sociali di convivenza volte alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle persone ospitate sia strutture di convivenza capaci di diventare la casa del soggetto in esse inserito. Esse hanno le caratteristiche di un normale appartamento e cercano di ricreare l'ambiente domestico nel quale l'anziano era inserito. Nelle comunità è generalmente presente personale in grado di assistere l'anziano nelle diverse funzioni della vita quotidiana (preparazione dei pasti, cura della persona eccetera), mentre per gli interventi sanitari si fa generalmente riferimento alle strutture territoriali.

Case albergo. Sono strutture residenziali destinate ad accogliere, temporaneamente o in via definitiva, gli anziani autosufficienti. Sono costituite da complessi di appartamenti dotati di servizi autonomi e predisposti per fornire accoglienza a coppie di coniugi o anziani soli. Ogni struttura dispone di spazi di socializzazione e di servizi comuni (cucina, lavanderia, guardaroba). Le case albergo, a differenza degli alloggi protetti, sono in grado di fornire prestazioni infermieristiche e assistenza medico-sanitaria, oltre che attività sociali e ricreative.

Alloggi protetti. Sono residenze destinate ad anziani non autosufficienti che non sono assistibili a domicilio. La struttura consiste in alloggi contigui per una o più persone. In essi viene fornita assistenza di carattere sociosanitario (medico, infermiere, fisioterapista) con lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia e mantenere le residuali capacità psicofisiche dell'ospite.

1.4. Le prestazioni monetarie

Tra le prestazioni monetarie figurano l'indennità di accompagnamento, gli assegni di cura e i cosiddetti *voucher,* erogati dalle Asl e/o dai Comuni.

L'indennità di accompagnamento[11], introdotta con la legge 18/1980, è erogata dall'Inps e rappresenta l'unica prestazione monetaria di livello nazionale assegnata esclusivamente sulla base del bisogno del richiedente, senza considerare in alcun modo aspetti anagrafici ed economici. Il suo scopo consiste nel contribuire ai costi supplementari dovuti ai bisogni assistenziali di chi la riceve.

L'indennità nel 2013 interessava circa 1.530.609 anziani per una spesa complessiva di circa dieci miliardi di euro. Tra il 2010 e il 2013 la spesa complessiva è aumentata del 4,8 per cento, mentre quella per gli anziani del 5,4 per cento. Malgrado la spesa sia cresciuta il numero di beneficiari dell'indennità è diminuito.

Gli assegni di cura e i *voucher*[12] sono contributi economici erogati ai familiari (in qualche caso a vicini o amici) o agli stessi anziani per finanziare l'assistenza di questi ultimi. Vengono forniti da Comuni o Asl e la loro peculiarità consiste nell'essere erogati prevalentemente in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali. Generalmente ne fruiscono anziani con significativo grado di non autosufficienza e con reddito inferiore a una certa soglia. Gli assegni possono essere utilizzati per acquistare assistenza sul mercato, rivolgendosi a operatori professionali a pagamento, oppure essere mantenuti all'interno della famiglia come contributo per l'assistenza fornita da un familiare o da un *caregiver* informale.

I *voucher* attribuiscono il diritto ad acquistare determinati servizi presso soggetti accreditati (pubblici o privati).

La principale caratteristica che differenzia i *voucher* dagli assegni di cura è relativa proprio alle modalità di spesa: mentre quest'ultimo può essere utilizzato con estrema discrezionalità dall'utente (e dunque può essere mantenuto tra le pareti domestiche come integrazione delle casse familiari), il *voucher* rappresenta un buono che può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di determinati pacchetti di prestazioni presso *provider* riconosciuti e accreditati.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 34

Il servizio di assistenza domiciliare agli anziani per mezzo di *voucher*, assegni di cura e buoni sociosanitari era fornito dallo 0,5 per cento dei Comuni nel 2013, come nel 2009. La percentuale è in diminuzione tra il 2009 e il 2013 al Nord, stazionaria al Centro e nel Meridione con valori intorno allo 0,2 e 0,1 per cento; in aumento dallo 0,2 allo 0,3 per cento nelle Isole.

I criteri per l'assegnazione e l'importo di assegni di cura e *voucher* variano da Comune a Comune, ma in linea generale tengono in considerazione le seguenti caratteristiche: il reddito, il bisogno assistenziale e la presenza di particolari patologie, la presenza di *caregiver* informali. I beneficiari di assegni di cura sono generalmente soggetti a valutazioni e verifiche periodiche.

1.5. Le responsabilità nel "governo" della *long term care*

Le responsabilità nel governo del sistema dei servizi della Ltc presenta elementi di complessità che riflettono la molteplicità di attori coinvolti: governo centrale, governi regionali, aziende sanitarie locali, Comuni, Inps, soggetti privati di vario tipo, Ong.

A livello nazionale un ruolo determinante nella definizione delle politiche e degli indirizzi di tutto il sistema è esercitato dal governo centrale. Esso agisce attraverso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e attraverso il Ministero della salute, per quanto riguarda le prestazioni di carattere sociosanitario.

Il livello centrale è rappresentato anche dall'Inps, che, di concerto con il Ministero delle politiche sociali, ha il compito di definire il quadro di riferimento per l'assegnazione delle indennità di accompagnamento e delle altre prestazioni *cash* per la non autosufficienza.

Le Regioni hanno il compito di tradurre gli indirizzi ministeriali in linee di programmazione all'interno dei propri territori: questa attività si traduce in documenti strategici, solitamente con un respiro ampio e onnicomprensivo di tutto l'ambito sociale e sociosanitario, che prendono nella maggior parte dei casi il nome di Piano sociosanitario regionale.

L'attività di pianificazione dei servizi e degli interventi spetta ai Comuni per quanto riguarda la componente sociale, e alle Asl (spesso in collaborazione con i Comuni stessi) per quanto attiene la componente sociosanitaria.

Ai Comuni, alle Asl e all'Inps spetta, inoltre, la funzione di valutazione dei bisogni, che consiste principalmente nel definire e applicare i criteri d'accesso agli interventi per la non autosufficienza.

1.6. Le risorse per la *long term care*

Nel 2012 secondo le valutazioni della Ragioneria generale dello Stato la spesa pubblica complessiva per la Ltc ammontava a circa 28 miliardi di euro, pari all'1,8 per cento del Pil. I due terzi della quale, circa 19 miliardi di euro, erogati a persone con più di 65 anni. La spesa in capo al livello centrale si articola in due componenti principali. La prima riguarda la spesa sanitaria, dunque facente capo al Ssn, e ammonta a circa 13 miliardi, il 47 per cento del totale. La seconda componente riguarda la spesa per la sicurezza sociale, che comprende gli interventi per invalidità, i programmi di assicurazione per la Ltc e gli assegni per disabilità e invalidità. In altre parole, si tratta dei trasferimenti monetari che vengono erogati dallo Stato o da enti centrali, ossia principalmente dall'Inps, e ammonta a circa 12,5 miliardi, il 44 per cento del totale. Il rimanente 9 per cento, circa 2,5 miliardi, completa il quadro di spesa pubblica per Ltc in capo agli enti locali, ossia il finanziamento degli interventi a carattere sociale, la cui responsabilità è dei Comuni. Questa articolazione della spesa mette in evidenza un sistema per la Ltc che, dal punto di vista del finanziamento, è fortemente sbilanciato sul livello centrale.

1.7. La produzione dei servizi di *long term care*

Non esistono dati precisi e completi sul numero totale e sulla natura dei produttori di servizi per la Ltc, a differenza di quanto avviene in altri paesi europei. Sono comunque disponibili alcuni dati frammentari, che, uniti alle informazioni sul numero di beneficiari o di prestazioni erogate, aiutano a tracciare un primo quadro delle caratteristiche dei produttori.

Secondo la ricerca Auser sulle case di riposo[13] le Regioni riportano circa 3.700 strutture presso cui vengono erogati servizi per la Ltc, mentre il Ministero dell'interno ne registra circa 5.600. Sempre Auser, nella ricerca sulle Rsa[14] del 2012, sulla base degli elenchi telefonici e dei diversi siti web individua 6.700 strutture. Ancora, il *Secondo rapporto sulla non autosufficienza*[15] stima l'esistenza di 2.686 produttori pubblici di servizi residenziali, con una dimensione media piuttosto contenuta, pari a circa 56 posti letto. Non esistono, invece, dati che stimino il numero di produttori di servizi semiresidenziali o domiciliari con altrettanta precisione.

Completa il frammentario quadro sulla consistenza delle strutture che producono servizi per la Ltc la componente relativa all'*informal care*. In questo caso, per *caregiver* informali si intendono le persone che svolgono

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 36

un servizio di cura per persone non autosufficienti al di fuori della sfera familiare. Sconosciuto è il numero esatto delle lavoratrici e/o dei lavoratori che offrono questo servizio: il Censis[16] nella sua ricerca del 2015 ne valutava circa 1.500.000. Gli unici dati attendibili, comunque, sono desumibili dall'osservatorio sul lavoro domestico dell'Inps. Da questo si ricava che nel 2015 i lavoratori domestici erano 886.125, di cui 375.560 (42,4%) badanti. Dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, ed è passato dal 26 per cento nel 2009 al 42,4 per cento, con un incremento del 46,1 per cento.

1.8. La copertura dei servizi di *long term care*

La stima della copertura dei servizi di Ltc, limitata alle persone over 65, sconta inevitabilmente le difficoltà nel ricostruire un quadro completo dei beneficiari. Una delle peculiarità del caso italiano è la mancanza di informazioni e statistiche complete sul settore. Questa caratteristica si riscontra anche nella ricostruzione del numero totale di beneficiari di interventi per la non autosufficienza. Ciò avviene non solo perché le statistiche sono frammentarie, ma anche perché, nella maggior parte dei casi, non si è in grado di distinguere il numero di prestazioni erogate dal numero di singoli beneficiari di servizi. In altre parole, non è possibile sapere con esattezza se un utente benefici di una o più prestazioni.

Secondo le stime Istat[17], nel 2013 erano circa 2,5 milioni gli anziani afflitti da limitazioni funzionali, con picchi significativi al Sud (Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e tassi più bassi nel Nord Italia. Le limitazioni più frequenti ovunque sono quelle delle attività nella vita quotidiana (*activities of daily living*, Adl) che interessano 1,6 milioni di anziani, con tasso nazionale del 12,8 per cento, a seguire quelle relative al movimento che interessano 1,3 milioni, con un tasso del 10,2 per cento e al confinamento che interessano 1,2 milioni con un tasso del 9,4 per cento.

Sempre secondo l'Istat, nel 2013 nelle strutture residenziali sono stati ospitati 278.000 anziani non autosufficienti.

Riguardo all'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (Adi), in base ai dati Istat, i Comuni che offrono il servizio nel 2012 sono il 41 per cento del totale, in diminuzione rispetto al 2009 (41,9%). Nel Nord-Ovest l'offerta del servizio aumenta passando dal 38,5 al 43,4 per cento dei Comuni, nel Nord-Est c'è una contrazione netta nel numero dei Comuni passando dal 73,8 al 54,8 per cento, anche nel Centro diminuiscono i Comuni dal 51,7 al 43,3 per cento. Nel Meridione i Comuni aumentano dal 32,4 al 37,4 per cento, lo stesso nelle Isole dal 7,8 al 10,3 per cento[18].

Relativamente all'assistenza domiciliare socioassistenziale sono 6.840 (85,7%) i Comuni che nel 2013 offrono il servizio. Nelle diverse aree geografiche l'offerta del servizio diminuisce in tutte con l'eccezione del Centro e delle Isole. Nel Nord-Ovest l'offerta diminuisce passando dal 91,3 all'89,9 per cento, nel Nord-Est dal 94 al 90,8 per cento, nel Meridione dal 74,9 al 72,2; nel Centro invece aumenta dall'83,2 all'83,7 e nelle Isole dall'82,9 all'84,7 per cento.

La difficoltà di trovare dati significativi si riscontra anche nel caso dei trasferimenti monetari. Sempre secondo le elaborazioni Auser su dati Istat, i Comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare agli anziani per mezzo di *voucher*, assegni di cura e buoni sociosanitari nel 2013 sono circa 40 (0,5%), stesso numero del 2009. Nelle aree geografiche la percentuale dei Comuni è in diminuzione in quelle del Nord, stazionaria in quelle del Centro e del Meridione a livelli dell'indice di 0,2 e 0,1, in aumento nelle Isole dallo 0,2 allo 0,3 per cento.

Relativamente all'indennità di accompagnamento, l'Istat stima per il 2013 che a beneficiare dell'indennità di accompagnamento siano 1.511.974, il 12,6 per cento del totale degli anziani, e circa il 58,7 per cento delle persone anziane che soffrono di una qualche forma di limitazione funzionale.

1.9. Il fabbisogno

Come si comprende dai dati sopra riportati è pressoché impossibile fare una stima sufficientemente attendibile della copertura del servizio di Ltc e, conseguentemente, valutare con una qualche attendibilità l'attuale fabbisogno. Indubbiamente però si può affermare che rispetto alla platea di anziani con limitazioni funzionali registrata dall'Istat, quelli a cui è garantita una qualche forma di copertura da parte dei Comuni, e i dati dell'Inps sull'indennità di accompagnamento, il fabbisogno complessivo rimane ampiamente insoddisfatto. Essendo questo un nodo particolarmente importante per il futuro della Ltc sarà oggetto di un approfondimento particolare della ricerca.

Fin da adesso, comunque, si mette in evidenza l'esigenza di un salto di qualità dell'informazione statistica, sia in termini di copertura del fenomeno sia di approfondimenti di merito.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 38

1.10. Le prospettive

Il dibattito sulle prospettive della Ltc interessa e preoccupa tutti quei paesi in cui il tema dell'invecchiamento si pone in termini di attualità e di prospettiva futura. In questo quadro rientrano pressoché tutti i paesi dell'Unione europea, che, come si vedrà nell'Appendice B della ricerca, sono particolarmente impegnati in progetti di riforma. Il tema al centro della loro attenzione è la sostenibilità finanziaria della Ltc.

Da tempo ormai è chiaro che una Ltc con un peso prevalente della soluzione istituzionale (ospedali e residenze sociosanitarie) e con una domiciliarità fortemente depotenziata andrebbe incontro a due controindicazioni di fondo:

- la prima è il favore verso la domiciliarità espresso dagli anziani e dalle loro famiglie nelle diverse inchieste sull'argomento. La cosa è del tutto comprensibile in considerazione della convinzione radicata e diffusa che per le persone anziane rimanere in casa propria è sempre e comunque la soluzione migliore;
- la seconda è di ordine economico e finanziario. Pur ammesso di poter sostituire la domiciliarità con quote massicce di residenzialità, si pone non solo il problema di sopportabilità degli oneri delle rette per le famiglie dei presenti e futuri pensionati, ma anche di sostenibilità per le finanze pubbliche tenuto conto che il servizio di residenzialità è molto più oneroso della domiciliarità.

Una Ltc con una prevalente soluzione domiciliare, viceversa, non solo incontrerebbe il favore degli anziani e delle loro famiglie, ma garantirebbe anche una maggiore sostenibilità in quanto capace di mobilitare un insieme di risorse che altrimenti rimarrebbero in larga misura inerti (economico-finanziarie, patrimoniali, del volontariato sociale eccetera).

Verso questa soluzione si stanno indirizzando molti dei paesi esaminati, anche se tutti manifestano l'esigenza, maturata sulla base di esperienze e studi, che l'offerta domiciliare debba essere profondamente ripensata nella sua esigibilità effettiva, nella sua dimensione territoriale e nei suoi moduli organizzativi. Allo stesso tempo viene comunque considerata indispensabile una ragionevole presenza di soluzioni residenziali, anche queste ripensate sulla base di modelli più flessibili e aperti al territorio.

Note

5 Servizio di assistenza domiciliare (Sad): indica quel complesso di servizi socioassistenziali erogati dai Comuni nel proprio territorio a favore della popolazione anziana. Si esplica in un complesso di prestazioni integrate di carattere socioassistenziale erogate al domicilio di ogni anziano che si trovi in condizioni di temporanea o permanente necessità di aiuto per la gestione della propria persona, per il governo della casa e per la conservazione della propria autonomia nel contesto sociale, familiare e abitativo in cui vive.

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

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

8 La Rsa è una struttura residenziale extraospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica, privi di supporto familiare che consenta di erogare a domicilio gli interventi sanitari continui e l'assistenza necessaria. Le Rsa sono volte a coniugare le esigenze di assistenza sanitaria con le esigenze di assistenza tutelare e alberghiera. Le Rsa possono diversificarsi a seconda della tipologia degli ospiti, della valenza assistenziale e del modello organizzativo in Rsa di base e Rsa di cura e recupero. Le Rsa di base possono ospitare anziani non autosufficienti con limitazioni di autonomia di ogni genere (fisiche, mentali e sociali) non assistibili a domicilio. Le Rsa di cura e recupero si rivolgono alla stessa tipologia di utenza che richiede assistenza sanitaria e riabilitativa continue e, comunque, non tali da consentire il ricovero ospedaliero.

9 I presìdi residenziali sono le strutture pubbliche o private che forniscono servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socioassistenziale e/o sociosanitario a persone in stato di bisogno. Sono escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private.

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

11 L'indennità di accompagnamento è stata istituita con una legge del 1980 e spetta agli invalidi civili totali, cioè a coloro che hanno ottenuto il riconoscimento di un'invalidità totale e permanente del 100 per cento. Questa indennità viene concessa se, a causa della minorazione fisica o psichica, l'invalido si trova nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 40

di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisogna di un'assistenza continua.

12 Gli assegni di cura e i *voucher* sono contributi economici a favore delle famiglie e/o delle persone che si incaricano dell'assistenza a un anziano non autosufficiente al proprio domicilio. I contributi vogliono sostenere la scelta di mantenere l'anziano nel proprio contesto sociale e affettivo ed è alternativo all'inserimento stabile in una residenza protetta. L'accesso al contributo tiene conto della situazione economica e patrimoniale (indicatore Isee) del nucleo familiare dell'anziano (composto dal coniuge, i figli minori di anni 18, i figli maggiorenni a carico dei genitori che siano senza coniuge né figli). Possono essere destinatarie del contributo anche le persone non familiari che assistono l'anziano, con comprovati rapporti di amicizia o di buon vicinato, verificabili da parte dell'assistente sociale responsabile del caso.

13 Auser, *Le case di riposo in Italia*, 2011.

14 Auser, *Ricerca sulle Rsa*, 2012.

15 Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari*, 2011.

16 Censis, *L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti*, 2015.

17 Istat, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*, 2013.

18 Per un più completo quadro dei dati relativi all'assistenza domiciliare vedi paragrafo 3.7.2.

2. Sintesi della ricerca

2.1. I problemi

I - Aumentano la popolazione urbana e gli anziani

Le dinamiche demografiche del paese sono probabilmente il principale problema con cui fare i conti ai fini della valutazione dell'adeguatezza del servizio di domiciliarità per gli anziani non autosufficienti.

Per la prima volta nella storia, la popolazione urbana nel mondo ha superato la popolazione rurale. Nel 2014 la popolazione urbana ha raggiunto i 3.900 milioni, pari al 54 per cento di quella mondiale. Un cambiamento di grandissima portata, uno "squilibrio" che avrà conseguenze pesanti sulle politiche di welfare e sull'ambiente. Si prevede che entro il 2050 il mondo sarà per un terzo rurale (34%) e per due terzi urbano (66%), più o meno il contrario della distribuzione globale della metà del ventesimo secolo. Anziani e bambini saranno i soggetti che più risentiranno di queste trasformazioni.

L'Italia, come documenta l'Istat[19], è tra le punte avanzate del processo di trasformazione demografica, arrivando a essere uno dei paesi più longevi del pianeta (tabella 1): nel 2045 si prevede che le persone con più di 65 anni saranno un terzo del totale della popolazione che nel complesso sarà fortemente ridimensionata, passando dagli attuali 60 milioni circa a 58,6 milioni con una riduzione del 3,5 per cento, e per il 78 per cento sarà concentrata nelle città.

II - Aumentano le persone anziane con limitazioni funzionali

Le progressive limitazioni funzionali delle persone anziane, conseguenti al passare degli anni, sono il secondo problema con cui fare i conti, anche se non c'è equivalenza tra longevità e riduzione dell'autonomia funzionale. Confrontando, infatti, gli incrementi percentuali del numero di anziani con gli incrementi degli anziani con limitazioni funzionali ne-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 42

Tabella 1
Previsioni demografiche assolute e percentuali anziani con più di 65 anni

Anni	2016	2025	2045	2065
Totale popolazione	60.700.000	60.400.000	58.600.00	53.700.000
Anziani con +65 anni	22%	24,7%	33,7%	33,1%

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

gli anni 2025, 2045, 2065, con base 2016 (tabella 2), verifichiamo che le percentuali dei secondi rispettivamente del 12, 40 e 28 per cento sono sempre sensibilmente inferiori a quelle corrispondenti all'aumento del numero totale di anziani del 15,5, 53,5 e 38 per cento. Questo a dimostrazione che il numero dei futuri non autosufficienti può essere drasticamente ridotto con efficaci misure di prevenzione.

Tabella 2
Previsione anziani con limitazioni funzionali

Anni	2016	2025	2045	2065
Anziani con limitazioni funzionali	2.650.000	2.950.000	3.900.000	3.500.000

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Anche se la longevità non significa automaticamente perdita di autosufficienza, tuttavia l'analisi delle previsioni fatte sulla base di diversi possibili scenari dicono che comunque è da prevedere un aumento di circa 300.000 non autosufficienti nel 2025, 1.250.000 nel 2045 e 850.000 nel 2065.

In merito al grado di limitazioni funzionali degli anziani con più di 65 anni, dallo studio realizzato da Della Bella e Lucchini[20] su un campione di 60.000 famiglie su dati dell'indagine multiscopo Istat del 2012-2013, risulta:

- perfetta autosufficienza: il 42,6 per cento del campione;
- autosufficienza: il 27,5 per cento;
- parziale non autosufficienza: il 15,7 per cento;
- non autosufficienza grave: il 12,1 per cento;
- totale non autosufficienza: 2,1 per cento.

III - Le famiglie sono sempre meno in grado di prendersi cura degli anziani

Ancora oggi la famiglia svolge un ruolo centrale nel lavoro di cura. Le trasformazioni che hanno interessato e interessano i nuclei familiari, tuttavia, ne stanno mutando profondamente i caratteri. A fronte di queste trasformazioni e alla crescente domanda di assistenza è più che legittimo chiedersi in che misura saranno in grado di sostenere in modo soddisfacente l'impegno che l'assistenza richiede.

Questo anche in considerazione delle sollecitazioni che spingono le donne, vero pilastro dell'assistenza della famiglia, a un più ampio impegno nel mercato del lavoro. Considerando che il tasso di occupazione delle donne a livello nazionale si attesta a circa il 48,1 per cento e l'ambizione è quanto meno raggiungere il livello medio europeo del 61,5 per cento, risulta chiaro che il lavoro di cura in ambito familiare subirà un drastico ridimensionamento del contributo di circa 2.500.000 donne.

Questo si collocherà all'interno di situazioni familiari fotografate dall'Istat[21] nel 2015 nel modo seguente:

- presenza maggioritaria di coppie senza figli fino alla soglia degli 84 anni: è così per il 48 per cento delle persone fra i 65 e i 74 anni, e per il 40,4 per cento delle persone fra i 75 e gli 84 anni;
- significativa presenza (19,9%) di famiglie con coppia fra i 65 e i 74 anni in cui sono ancora presenti figli non ancora usciti dal nucleo genitoriale;
- famiglie con tutti anziani: dal 21,9 per cento del 2003 al 23,9 del 2012-2013 per le famiglie di over 65 e dal 10,4 per cento del 2003 al 12,7 del 2012-2013 per le famiglie di over 75;
- notevole percentuale di famiglie composte da persone sole: il 48,7 per cento di queste è composto da persone con più di 65 anni, di cui il 17 per cento ha un'età compresa fra i 65 e i 74 anni; il 20,7 per cento ha fra i 75 e gli 84 anni; l'11,1 per cento ha più di 85 anni;
- condizione prevalente di persona sola dopo gli 84 anni: si riscontra nel 52,2 per cento dei casi;
- accentuato gap di genere nell'esperienza della solitudine in età avanzata: fra gli uomini la percentuale di persone sole di 65 anni e più è del 30 per cento, mentre fra le donne raggiunge il 62,5 per cento (gap di genere di 32,5 punti percentuali);
- le donne vivono una straripante esperienza della vedovanza: l'83,5 per cento delle persone vedove fra i 65 e gli 89 anni è costituito da donne.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 44

IV - Diminuisce il numero dei* caregiver *familiari

Previsioni demografiche, incremento della domanda di assistenza di lunga durata, mutamenti della famiglia, spinte per un maggiore impegno della donna nel mercato del lavoro, sono tutte dinamiche da cui emerge con grande chiarezza che in breve nel paese si aprirà un serio problema di come garantire una crescente quota di *caregiver* per l'assistenza agli anziani in quanto il lavoro di cura fino a oggi garantito in ambito familiare subirà, come si è visto, un drastico ridimensionamento

Dal calcolo dell'indice *Oldest support ratio* (Osr)[22] con riferimento alle previsioni demografiche dell'Istat al 2016, 2025, 2045 e 2065 si ottiene (tabella 3) che il rapporto tra le due classi di età passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di età compresa tra 40 e 64 anni per ogni persona con età superiore ai 65 anni, a un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grosso modo si conferma anche nel 2065. Questo significa che il rapporto passerà dalla media di due *caregiver* per un anziano nel 2016 a una media di un *caregiver* per un anziano 2045.

Tabella 3
Oldest support ratio nel 2016, 2025, 2045, 2065

Anni/Età	40-64	Più di 65	Osr
2016	22.943.545	12.646.392	1,8
2025	23.010.509	14.090.215	1,6
2045	18.272.057	18.973.520	0,96
2065	16.908.585	17.125.051	0,98

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

V - L'impoverimento è un rischio reale per le famiglie con persone anziane con limitazioni funzionali

Di cosa c'è bisogno per vivere una vecchiaia felice? Fondamentalmente di una buona salute, una casa in cui vivere, famiglia, amici e naturalmente di un po' di soldi per essere sereni. Secondo i dati del rapporto Ocse del 2013 *Pensions at a Glance*[23] la maggior parte dei pensionati ha uno standard di vita non dissimile da quello dei lavoratori attivi. Tutto vero, in teoria, ma in pratica? Non è forse altrettanto vero che tanti pensionati già oggi e ancor più in futuro, fanno fatica ad arrivare alla fine del mese? E come è pensabile affrontare una vecchiaia da non autosufficiente con una pensione lorda media Inps di circa 1.486 euro? E per questi anziani non è forse reale il rischio di ulteriore impoverimento?

Dal report dell'Istat[24] sulla povertà in Italia del 2017, risulta che nel 2016 (tabella 4) sono 1.619.000 le famiglie residenti in condizione di povertà assoluta, nelle quali vivono 4.742.000 individui. Rispetto al 2015 si rileva una sostanziale stabilità sia per le famiglie sia per gli individui.

Tabella 4
Incidenza di povertà assoluta per età della persona di riferimento. Anni 2015-2016, valori percentuali

Età della persona di riferimento	2015	2016
18-34 anni	10,2	10,4
35-44 anni	8,1	8,9
45-54 anni	7,5	7,6
55-64 anni	5,1	5,2
65 anni e più	4,0	3,9

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

La povertà relativa interessa il 10,6 per cento delle famiglie per un totale di 2.734.000, e 8.465.000 individui, il 14 per cento del totale (tabella 5).

Tabella 5
Incidenza di povertà relativa per età della persona di riferimento. Anni 2015-2016, valori percentuali

Età della persona di riferimento	2015	2016
18-34 anni	12,8	14,6
35-44 anni	13,5	14,6
45-54 anni	11,9	11,6
55-64 anni	9,0	9,4
65 anni e più	8,0	7,9

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 46

Come si vede, i dati su esposti, sia quelli riferiti alla povertà assoluta sia quelli sulla povertà relativa, indicherebbero che gli anziani sono i meno esposti al rischio povertà. Eppure, secondo la ricerca del Censis[25], oltre 561.000 famiglie hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi o vendere l'abitazione (anche in nuda proprietà) o indebitarsi in altre forme per far fronte agli oneri dell'assistenza a un familiare non autosufficiente. Evidentemente l'analisi sui mutamenti dei profili della povertà in Italia non riesce a catturare pienamente questa relazione.

Il dato di fatto di cui non si tiene conto è che un modello di assistenza fondato sulla domiciliarità comporta come conseguenza un'esposizione finanziaria delle famiglie impegnate nel garantire il *care* sia direttamente sia finanziando quello erogato da altri soggetti, come le badanti o gli infermieri.

Ancora con riferimento al Censis[26], nel suo rapporto annuale riporta: «A ogni persona non autosufficiente è associato un flusso di risorse monetarie in uscita che si intrecciano e che nel complesso generano un ammontare molto elevato: l'esempio più eclatante è costituito dalla stima di nove miliardi di euro l'anno per la retribuzione delle badanti, cui si aggiungono altre spese come quelle sanitarie private relative a una matrice complessa fatta di visite, analisi di laboratorio, trattamenti riabilitativi, farmaci eccetera con un valore stimato intorno a 4,6 miliardi di euro l'anno».

Dal che ne consegue che, in media, una famiglia con una persona non autosufficiente ha una spesa sanitaria privata che è pari a più del doppio rispetto a quella delle altre famiglie italiane e, quindi, soggetta a una dinamica dagli effetti socialmente regressivi. E infatti, come risulta dall'indagine del Censis del 2017, il 51 per cento delle famiglie con un non autosufficiente hanno avuto difficoltà a sostenere spese per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari e socioassistenziali, contro il 30,5 per cento delle altre famiglie (tabella 6).

VI - Precarietà nel lavoro oggi e basse pensioni domani: assistenza incerta per i futuri non autosufficienti

La precarizzazione del mercato del lavoro è una sorta di bomba a orologeria per la possibilità dei futuri non autosufficienti di farsi carico degli oneri derivanti dalle cure di cui avranno bisogno. Il dato di fatto, accreditato da tutte le fonti, è che i lavoratori precari molto difficilmente potranno godere di prestazioni previdenziali adeguate a far fronte al rischio non

Tabella 6
Famiglie che hanno avuto difficoltà a sostenere spese sanitarie di tasca propria. Valori percentuali

	Famiglie	
	Senza non autosufficienti	Con non autosufficienti
Sì	30,5	51,0
No	69,5	49,0
Totale	100,0	100,0

Fonte: Censis 2017

autosufficienza. Questo tanto più se viene ridimensionato l'intervento pubblico nella Ltc.

Indicativo di questo possibile futuro è il basso tasso di attività[27] dei residenti tra i 15 e i 34 anni: il 51,84 per cento nel 2012 che scende al 49,05 nel 2016 di cui il 54,8 per cento maschi e il 43 per cento femmine, con una riduzione percentuale del 3,79 (tabella 7).

A destare particolare preoccupazione sono i Neet[28] che dal 23,9 per cento nel 2012 sono aumentati al 24,4 per cento: la percentuale più elevata rispetto agli altri paesi europei (tabella 8).

Tabella 7
Residenti tra 15 e 34 anni, forza lavoro e tasso di attività nel 2012 e 2016

	2012			2016			2016/2012
	Totale residenti 15-34 anni	Totale forza lavoro 15-34 anni	Tasso attività	Totale residenti 15-34 anni	Totale forza lavoro 15-34 anni	Tasso attività	Variazione % tasso di attività
Maschi	6.869.498	3.986.937	**58,03**	6.778.107	3.717.641	**54,84**	**-3,92**
Femmine	6.697.057	3.047.297	**45,50**	6.510.098	2.801.312	**43,03**	**-3,67**
Totale	**13.566.555**	**7.034.233**	**51,84**	**13.288.205**	**6.518.953**	**49,05**	**-3,79**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 48

Tabella 8
Neet (giovani non occupati e non in istruzione e formazione) 15-34 anni nel 2012 e 2016

	2012			2016			2016/2012
	Totale residenti 15-34 anni	Neet	% Neet	Totale residenti 15-34 anni	Neet	% Neet	Var. % Neet
Maschi	6.869.498	1.362.947	**19,84**	6.778.107	1.424.017	**21,00**	**4,48**
Femmine	6.697.057	1.880.198	**28,07**	6.510.098	1.852.703	**28,45**	**-1,46**
Totale	**13.566.555**	**3.243.145**	**23,90**	**13.288.205**	**3.276.720**	**24,65**	**1,03**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

VII - La babele dei servizi per la domiciliarità

I servizi domiciliari di cura sono uno dei pilastri su cui si fonda la Ltc in Italia. Dal loro funzionamento dipende in larga misura la qualità della soluzione domiciliare della non autosufficienza. Purtroppo, come ampiamente dimostrato tanto nella ricerca Auser su *Domiciliarità e residenzialità* del 2017, quanto nello studio sull'assistenza domiciliare integrata di Italia Longeva[29] del 2017, non pochi sono i problemi di efficienza ed efficacia che rendono inadeguata l'attuale concezione di questi due servizi di cui beneficiano percentuali troppo basse di anziani nei diversi livelli di non autosufficienza.

Nel quinquennio 2009-2013 in Italia gli anziani sono aumentati dell'8,6 per cento, passando da 11.974.530 a 13.007.490. Nello stesso arco temporale sono diminuiti del 21,4 per cento gli anziani che hanno beneficiato del servizio di assistenza domiciliare passando da 190.908, l'1,6 per cento della popolazione anziana del 2009, a 149.995, l'1,2 per cento del 2013 (tabella 9).

Tabella 9
Copertura dei servizi di assistenza domiciliare (Sad) per utenti anziani (+65 anni) e spesa per utente. Anni 2009-2013

	2009				2013				Δ 2009 - 2013	
	Numero anziani	Numero utenti anziani	% utenti	Spesa per utente	Numero anziani	Numero utenti anziani	% utenti	Spesa per utente	Δ utenti %	Δ spesa %
Italia	11.974.530	190.908	1,6	1.834	13.007.490	149.995	1,2	2.123	-0,4	+15,7

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

A differenza della Sad, nel quinquennio 2009-2013 l'Adi registra un incremento passando dal 3,7 al 4,8 per cento della popolazione anziana (tabella 10).

Tabella 10
Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (Adi) per anziani (+65 anni) e media ore annuali di Adi per anziano. Anni 2009-2013

	2009			2013			Δ 2009 - 2013	
	Numero utenti anziani	% utenti anziani	Ore per utente anziano	Numero utenti anziani	% utenti anziani	Ore per utente anziano	Δ % utenti anziani	Δ % ore per utente anziano
Italia	448.641	3,7	19	611.871	4,8	17	+36	-10,5

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Nel 2013 riusciva ad accedere al servizio Adi solo il 23,7 per cento del totale degli anziani con limitazioni funzionali (tabella 11).

Tabella 11
Copertura del servizio di assistenza domiciliare integrata (Adi) su anziani con limitazioni funzionali. Valori assoluti e percentuali e differenziale percentuale - Dati 2013

	Anziani + 65 anni	Anziani con limitazioni funzionali	% Anziani con lim. funz. su totale anziani	Utenti Adi anziani	% Utenti Adi su tot. anziani	% Utenti Adi su anziani con limitazioni	Δ % Utenti Adi % Anziani con lim. funzionali
Italia	13.007.490	2.575.483	19,8	611.871	4,8	23,7	-15,0

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

VIII - L'insostenibilità dell'attuale lavoro di cura informale

Per lavoro di cura informale si intende l'esternalizzazione a soggetti esterni al perimetro familiare (badanti)[30] dell'assistenza degli anziani non autosufficienti presso il loro domicilio. Negli ultimi due decenni le famiglie hanno fatto un ampio ricorso a questa modalità di assistenza malgrado presenti numerose criticità: lavoro nero, bassa qualificazione degli operatori, rapporto tra domanda e offerta eccetera.

Ma al di là delle criticità organizzative e sociali, le vere incognite che

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 50

incombono sulla sostenibilità del sistema sono soprattutto di natura economica.

I costi del welfare informale gravano quasi interamente sui bilanci familiari, visto che a fronte di una spesa di 667 euro al mese, solo il 31,4 per cento riesce a ricevere una qualche forma di contributo pubblico che si configura per i più nell'accompagno (19,9%).

Se complessivamente la spesa che le famiglie sostengono incide per il 29,5 per cento sul loro reddito non stupisce che la maggioranza di esse (56,4%) non riesca più a farvi fronte e sia corsa ai ripari: il 48,2 per cento ha ridotto i consumi, pur di mantenere il collaboratore; il 20,2 per cento ha intaccato i propri risparmi; addirittura il 2,8 per cento delle famiglie si è dovuto indebitare.

L'irrinunciabilità del servizio (ben l'84,4 per cento dichiara di non poterne fare a meno) sta peraltro portando alcune famiglie (il 15,1 per cento, ma al Nord il valore arriva al 20 per cento) a considerare l'ipotesi che un membro della stessa famiglia possa rinunciare al lavoro per "prendere il posto" del collaboratore.

Per quanto lo scenario da qui ai prossimi anni appaia gravido di incertezze si stima comunque che l'evoluzione della domanda di badanti, mantenendo stabile il tasso di utilizzo dei servizi da parte delle famiglie, porterà il numero degli attuali collaboratori da 1.655.000 a 2.151.000 nel 2030, determinando un fabbisogno aggiuntivo complessivo di circa 500.000 unità. È questo il dato che emerge dalla ricerca Fondazione Censis e Ismu[31].

IX - Le condizioni abitative: anziani prigionieri in casa propria

Se la scelta della domiciliarità si nutre di un rapporto forte con l'abitazione in cui l'anziano non autosufficiente ha vissuto parte importante della propria vita, questo, tuttavia, si può rivelare una trappola perché non sempre è garanzia di qualità e sicurezza. Solo per fare un esempio: è del tutto evidente che se l'anziano vive in un'abitazione priva di ascensore, condizione in cui si trova più del 56 per cento delle case di proprietà degli anziani con più di 65 anni, la scelta della domiciliarità si trasforma in una sorta di "stato detentivo".

Il *Secondo rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia* del 2015 di Abitare e Anziani[32] riporta che gli anziani che vivono in abitazioni di proprietà sono quasi 10.000.000 e che queste case non sono case nuove: il 70 per cento ha più di 50 anni; nel 20 per cento dei casi sono

ancora più vecchie. Nel 7 per cento dei casi non c'è l'impianto di riscaldamento, mentre nel 56 per cento delle case abitate da anziani in edifici superiori a due piani manca addirittura l'ascensore (tabelle 12, 13, 14).

Tabella 12
Anziani in abitazioni di proprietà.
Valori nazionali al 2011 assoluti e percentuali

a	b	c	% b/a	% c/b
Totale anziani	Anziani in abitazioni in proprietà	Abitazioni in proprietà con anziani		
12.384.972	9.947.438	7.265.021	80,3	73,03

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 13
Abitazioni di anziani per epoca di costruzione

Anni	<1919	19-45	46-62	62- 71	72-81	82-91	92-01	02-11	>2011	Totale
Abitazioni	762.189	651.905	1.153.241	1.715.613	1.474.943	807.452	382.102	176.025	120.595	7.244.065
% su totale	10,5	9	15,9	23,7	20,4	11.1	5,3	2,4	1,7	100

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 14
Abitazioni di oltre due piani senza ascensore

	Edifici oltre due piani senza ascensore	Totale abitazioni oltre due piani	Totale abitazioni con anziani	Totale anziani
Totale nazionale	2.414.994	4.047.498	7.265.021	9.947.438

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Un indicatore particolarmente significativo della "qualità abitativa" delle persone "fragili" sono i dati Istat[33] sugli incidenti domestici. Nel 2014 quasi 700.000 persone – 11,3 ogni mille – hanno dichiarato di essere rimaste coinvolte in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista.

Il fenomeno è chiaramente connotato per genere ed età: le donne, gli anziani e i bambini sono le categorie maggiormente a rischio di inciden-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 52

ti domestici; cucine, pavimenti e scale i luoghi più rischiosi. Il 70,4 per cento di tutti gli incidenti ha come vittima una donna, con un numero più che doppio rispetto a quelli che colpiscono gli uomini (551.000 incidenti subiti da donne contro i 232.000 degli uomini). Oltre un terzo degli incidenti (36%) riguarda una persona di 65 anni e più e il 4,5 per cento ha come vittima un bambino sotto i cinque anni.

L'assoluta predominanza di cadute tra le donne anziane (rispettivamente 76,1 per cento per la classe di età 65-74 anni e 81 per cento per quella da 75 anni in su) si traduce in una più elevata incidenza di fratture a danno soprattutto degli arti inferiori; viceversa, per gli uomini le lesioni più frequenti sono le ferite e le parti del corpo più colpite sono soprattutto braccia e mani (rispettivamente 49,2 e 39,9 per cento per le due classi di età considerate).

X - La condizione urbana: la difficoltà di essere "cittadini"

L'Onu e l'Oms[34] affermano che l'allungamento della vita è la testimonianza del successo dello sviluppo umano durante il secolo passato, in larga misura avvenuto grazie all'affermazione della cultura urbana che ha consentito progressi determinanti negli standard della vita a partire da igiene, sanità, alimentazione, assistenza.

Se questo è stato vero in passato è discutibile se valga ancora per l'oggi e se varrà per il futuro tenendo conto che le nostre città grandi e piccole stanno diventando una sorta di inarrestabili frullatori dei processi sociali, culturali, economici e territoriali che producono pesanti effetti sulla qualità della vita dei cittadini anziani.

La vita per gli anziani nelle città è piuttosto complicata e faticosa: i presìdi sanitari e assistenziali sono spesso fuori mano e mal collegati; i negozi sotto casa per generi di prima necessità sono sempre più rari; il trasporto pubblico è inadeguato e rischioso; mancano servizi come bagni pubblici, panchine eccetera; i marciapiedi e gli attraversamenti stradali sono insicuri e poco agibili; mancano punti di informazione, di assistenza, di ritrovo; le strade poco illuminate e insicure (la velocità media necessaria ad attraversare le strisce pedonali in tutta sicurezza è 1,2 metri al secondo. Peccato però, spiega il dipartimento della salute inglese, che un anziano riesca a camminare con un'andatura compresa tra 0,7 e 0,9 metri al secondo). Le città, trafficate e stressanti, non sembrano progettate per gli abitanti anziani, i quali potrebbero preferire quella soluzione che Chris Phillipson, sociologo dell'università di

Manchester, chiama *self-imposed house arrested* (arresti domiciliari autoimposti).

Come messo in evidenza nel seminario promosso da Abitare e Anziani[35], le normative nazionali che regolano gli standard urbanistici risalgono al 1968 (Dm 1444), cioè hanno cinquant'anni, e le norme sull'abolizione delle barriere architettoniche sono del 1989 (Dm 236) cioè ventinove anni: inutile sottolineare come in questi decenni sia cambiato il mondo, in particolare per quanto riguarda le problematiche inedite che pone all'organizzazione urbana la crescente componente anziana.

È inoltre necessario tener conto dell'altra faccia della concentrazione urbana. Dal 1971 al 2015 in quasi duemila piccoli Comuni la popolazione è diminuita di più del 20 per cento con numerosi casi di vero spopolamento in cui gli abitanti residui sono solo persone anziane prive, in non pochi casi, dei minimi presìdi di sussistenza, tanto che il Parlamento ha ritenuto necessaria la legge n. 158/2017, definita "Salva borghi", per tentare di contrastare il progressivo abbandono.

XI - I conti dell'assistenza domiciliare non tornano

Il rapporto tra le diverse esigenze che si confrontano sul terreno dell'assistenza ai non autosufficienti si sta dimostrando sempre più insostenibile per gli anziani e le famiglie. Stanno venendo meno, in particolare, quelle condizioni che fino a ora hanno consentito alle famiglie di sostenere il grosso dell'impegno del lavoro di cura. A non tornare, in particolare, sono i conti delle spese in larga misura gravanti sui bilanci familiari già messi a dura prova dalla crisi. Dare risposte credibili a questo problema è la questione prioritaria per un'evoluzione positiva della Ltc in Italia.

L'assistenza (che per la parte pubblica comprende l'assistenza sociale, mentre quella sociosanitaria è inglobata nella sanità) è un'area critica. Il suo valore complessivo è di 31,4 miliardi[36], solamente l'1,9 per cento del Pil, del tutto inadeguata a fronte dell'invecchiamento della popolazione e dell'emergere di nuovi bisogni di cura delle persone e di sostegno alle famiglie. La spesa pubblica contribuisce per il 52,4 per cento, molto meno che per altri settori. Com'è noto, le prestazioni di assistenza sociale sono affidate principalmente alle amministrazioni locali, sempre più in difficoltà a causa della riduzione delle risorse disponibili. Il contributo del welfare occupazionale all'assistenza è tutt'ora minimo: circa 560 milioni. In merito al futuro ruolo del welfare aziendale, anche se recentemente so-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 54

stenuto da una nuova normativa, è legittimo avanzare più di un dubbio sulla possibilità che in prospettiva possa farsi carico di un ulteriore ridimensionamento dell'intervento pubblico anche tenendo conto degli incentivi fiscali di cui beneficia e della capacità delle aziende di aggregare la domanda e organizzare soluzioni eque e socialmente efficaci. Non stupisce dunque che buona parte della spesa per assistenza sia sostenuta direttamente dalle famiglie: 14,4 miliardi pari al 48,8 per cento del totale[37].

In questo quadro le famiglie si trovano ad affrontare le spese in gran parte da sole e facendo ricorso all'impegno personale dei familiari. Le criticità non consistono solamente nel peso economico che le famiglie devono sostenere, ma anche nell'inadeguatezza dell'offerta: mancano supporti per i cittadini che garantiscano la qualità dei servizi e ne facilitino la reperibilità. La non autosufficienza di un familiare è un evento che cambia gli assetti economici e sociali di una famiglia. Solamente il 23,8 per cento di coloro che lo hanno affrontato dichiarano di essere stati in grado di coprirne le spese. Ma per pochi di questi (14,3%) il reddito è stato sufficiente. La maggior parte ha dovuto intaccare i risparmi o ricorrere all'aiuto di amici e parenti. Nella stragrande maggioranza dei casi (76,2%) le famiglie non sono state in grado di provvedere integralmente all'assistenza e hanno dovuto fare delle rinunce: hanno rinunciato a un maggiore livello di assistenza per la persona da curare (40,4%), oppure a spese sanitarie (26,4%) o hanno ridotto i consumi alimentari (33,2%).

2.2. Le prospettive

I - Essenziale e urgente il Piano nazionale per la non autosufficienza

Sta maturando la consapevolezza che né le varie unità d'offerta sociosanitarie né le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nella loro casa. Modalità nuove e più efficaci per supportare la domiciliarità, quindi, non possono limitarsi né ai servizi domiciliari né, tantomeno, a una mera esternalizzazione del servizio di cura (le badanti), ma devono esplorare prospettive più ampie. Questo rende essenziale il Piano nazionale per la domiciliarità rivendicato unitariamente da anni dalle confederazioni sindacali con la presentazione al Parlamento nel 2006 delle firme raccolte per la proposta di legge di iniziativa popolare. Il piano consentirà di inserire il welfare domiciliare nel quadro più complessivo della qualità delle condizioni in cui vivono le persone anziane non autosufficienti a partire dalla qualità delle loro abitazioni, che motiva il senso stesso della domiciliarità, e dell'adeguatezza del sistema dei servizi di vicinato: in altri termini quelle condizioni che consentono la realizzazione di un welfare di prossimità condiviso e partecipato.

La previsione nel decreto legislativo in merito alle "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" di un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze[38] introduce una novità importante a condizione, ovviamente, che non diventi un mero piano di ripartizione delle risorse e che venga, invece, colto come l'occasione per una riflessione complessiva.

II - La domiciliarità come diritto della persona

L'anzianità non è un mero dato anagrafico: piuttosto è una "costruzione sociale", nella quale convergono idee, sentimenti e valori. La prima cosa da fare, quindi, è mettere in campo un'idea di invecchiamento come un processo della vita nella sua interezza: di qui la centralità del concetto di "arco della vita", da cui partire per reimpostare una cultura della persona anziana e una politica sociale integrata, in vista di azioni progettuali al cui centro sia la persona, nel suo divenire.

Nello spirito del progetto del sindacato unitario[39] continuare a considerare la domiciliarità, così come oggi avviene, come mero servizio o come prestazione è un approccio quanto meno miope.

La domiciliarità va intesa, invece, come quell'insieme di misure, azioni, condizioni che consentono alla persona anziana di vivere più pienamente possibile il proprio ambiente fatto della propria abitazione, ma anche dell'ambiente urbano e comunitario che lo circonda, cioè l'habitat collegato alla sua storia, alla sua esperienza, alla sua cultura, alla sua memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza che lo legano a quei luoghi.

In questo senso la persona anziana deve essere messa in condizioni di poter rivendicare, qualora lo desideri, una sorta di "diritto alla domiciliarità", creando le condizioni nel contesto urbano di vita e attivando una rete di risorse e servizi come supporto alla garanzia di domiciliarità nei confronti suoi e della sua famiglia.

È questo lo spirito che deve animare una domiciliarità coerente con una politica a favore dell'invecchiamento attivo incardinata nella Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 56

III - La buona longevità si costruisce nel tempo

La Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani[40] se assunta nei suoi contenuti programmatici è ricca di implicazioni. In particolare, dal punto di vista della prevenzione delle limitazioni funzionali con l'avanzare dell'età, significa intervenire attivamente su quella complessa interazione di concause, operanti nel presente e/o eredità di stili di vita passati, che concorrono nel favorire o danneggiare la salute (fattori economici, sociali, culturali, politici, ambientali, comportamentali e biologici).

Fragilità e non autosufficienza hanno una relazione diretta con il tempo che passa, tanto che tra gli ottantenni cresce in modo esponenziale la quota di persone che hanno bisogno di supporto. Non esiste, tuttavia, un rapporto meccanico tra longevità e non autosufficienza. I 13.000.000 di anziani italiani, che sono le generazioni della ricostruzione, del miracolo economico e le prime file dei *baby boomer*, stanno rivoluzionando il modo di vivere la terza e la quarta età (tabella 15). La longevità attiva è oggi il paradigma concreto di questa rivoluzione silenziosa, quotidiana, molecolare. Non più tratto terminale e declinante del ciclo di vita, la longevità è una fase con contenuti e finalità proprie, in cui realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e delle comunità.

IV - Riconoscere il lavoro di cura familiare

Il riconoscimento del lavoro di cura familiare, per lo più garantito dalla presenza femminile, non è più solo il riconoscimento di una funzione sociale fondamentale e di elementari diritti del lavoro, ma è sempre più una stringente necessità sociale a fronte della prevedibile crescente domanda.

«Tutte le ricerche comparative – sostiene Chiara Saraceno[41] – segnalano che, a differenza dei paesi in cui vi sono politiche pubbliche per la non autosufficienza orientate prevalentemente a offrire servizi, in Italia i familiari delle persone non autosufficienti – per lo più donne, come mogli, figlie, nuore – non si occupano solo degli aspetti relazionali e organizzativi, ma soprattutto della cura diretta, materiale, ogni giorno, spesso per mesi e anni, riducendo anche la partecipazione al mercato del lavoro. L'assegno di accompagnamento può servire a integrare il reddito o a pagare qualche ora a una badante, ma non basta a sollevare dalla responsabilità delle prestazioni quotidiane di cura e tantomeno garantisce che questa sia appropriata. D'altra parte, la disponibilità di servizi domiciliari o diurni è molto variabile da un Comune all'altro. Lo stesso vale per gli assegni di cura, offerti in base a criteri spesso eterogenei in alcune Regioni e Comuni. In generale, solo chi ha un reddito elevato può permettersi di acquistare servizi che sollevino dalla cura materiale».

Primi segni di cambiamento, ma inadeguati, sono contenuti nell'articolo della legge di stabilità 2018 che introduce nel nostro paese il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare. L'iniziativa, pur significativa in quanto per la prima volta segna l'emergere di un'attenzione nuova verso un problema a oggi ignorato, è comunque un primo timido passo in un cammino decisamente lungo verso il riconoscimento di diritti fondamentali dei *caregiver.*

Tabella 15
Stili di vita e salute delle persone anziane nel 2015

Indicatore	Anno	Valore %	Var. % sul 2005
Persone di 65-74 anni in buona salute (variazione sull'anno 2009)	2015	40,2	+8,9
Persone di 65-74 anni con almeno una malattia cronica	2015	74,8	-0,9
Persone di 65-74 anni che svolgono attività fisica con continuità	2015	11,2	+60,0
Persone di 65-74 anni che dichiarano di aver consumato farmaci nei due giorni precedenti l'intervista	2015	75,8	+8,8
Persone di 65-74 anni in sovrappeso	2014	46,5	+0,2
Persone di 65-74 anni che consumano alcolici fuori pasto (variazione sull'anno 2006)	2014	17,5	=
Persone di 65-74 anni che fumano	2014	12,7	-0,8
Persone di 65-74 anni che consumano cinque o più porzioni al giorno di verdure, ortaggi o frutta	2014	5,2	+6,1

Fonte: Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 58

V - Pensare reti di servizi di prossimità territoriale per la domiciliarità

Colmare gli squilibri territoriali creando un sistema di servizi di prossimità per la domiciliarità a livello di territorio/quartiere in grado di garantire all'anziano una continuità di cura adeguata alle sue condizioni, evitando che venga sottoposto a costrizioni o discontinuità traumatiche per il suo equilibrio psicofisico.

Assumere come obiettivo il funzionamento della rete di relazioni significa prendere in considerazione tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaria, rionale o amicale, e a spingersi verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: l'assistenza sociale comunale e i servizi messi in atto dall'ente locale e dalle strutture sociosanitarie e residenziali presenti sul territorio.

Questo comporta acquisire le indispensabili conoscenze circa le diverse situazioni e le problematiche particolari che caratterizzano la popolazione anziana negli specifici contesti regionali e/o locali. Il livello di integrazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria, le tipologie alternative di gestione dei servizi, le modalità di integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi pubblici, le conseguenze a lungo termine delle contribuzioni economiche dirette in seno alla famiglia, la distribuzione territoriale dei presìdi sanitari e per l'assistenza sono solo alcuni degli aspetti che possono contribuire alla costruzione della rete e di cui sarebbe grave sottovalutare l'importanza ai fini degli effetti sull'anziano, sulla famiglia e sul sistema di welfare stesso.

Le azioni prioritarie per la realizzazione della rete sono:

- superare la babele;
- istituire e integrare i livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza (Lesna) con i livelli essenziali di assistenza (Lea);
- dare continuità al sistema residenzialità/domiciliarità;
- assicurare presìdi di servizi di cura intermedia;
- istituire la figura del "*case manager* - gestore del caso".

VI - Il lavoro di cura fonte di buona occupazione, se organizzato

Stando all'andamento di tutti gli indicatori nei prossimi anni assisteremo a una sicura e progressiva crescita della domanda di lavoro per la cura degli anziani tanto in ambito pubblico quanto in quello privato e del terzo settore:

- la popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura passerà dai circa 2,5 milioni valutati dall'Istat nel 2013, ai circa 3,5-3,9 milioni nel 2045 secondo lo scenario intermedio;
- l'*Oldest support ratio* (rapporto tra le classi di età comprese tra 40 e 65 anni e quella superiore ai 65 anni) per il 2016, 2025, 2045 e 2065 dice che il rapporto passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di età compresa tra 40 e 65 anni per ogni persona con età superiore ai 65 anni, a un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grosso modo si conferma anche nel 2065. Già da questi due indicatori, aumento degli anziani con difficoltà funzionale nell'ordine di 1,5 milioni e riduzione del lavoro di cura familiare di circa la metà dell'attuale, si può desumere con una certa attendibilità che la domanda di lavoro di cura aggiuntivo si aggirerà intorno a circa un milione di unità;
- a conferma, prendendo a riferimento il numero delle lavoratrici e dei lavoratori che svolgono la professione di assistenti familiari, se ne ricava che dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, passando dal 26 per cento del 2009 al 42,4 per cento, con un incremento del 46,1 per cento. Certo la crisi ha toccato anche questo settore, rendendolo ancora più opaco, certamente più sommerso, in parte ridimensionandolo. L'Inps calcola comunque che ogni 28 famiglie vi sia un lavoratore domestico, anche se il Censis nel 2010 ne quantifica uno ogni dieci, facendo emergere che vi siano 1.538.000 persone che prestano il loro lavoro in 2.412.000 famiglie;
- un quarto indicatore è il lavoro pubblico impegnato nell'ambito dei presìdi sociosanitari. Qui ricaviamo, secondo l'Istat, che nel 2013 il personale impegnato ammonta a 362.499 lavoratori di cui 308.125 retribuiti e 54.374 volontari, rispettivamente 85 e 15 per cento. Nel 2009 il totale era di 363.607 lavoratori di cui 321.194 retribuiti e 42.413 volontari: rispettivamente 88,3 e 11,7 per cento. Tra il 2009 e il 2013 il totale del personale è diminuito dello 0,3 per cento, quello retribuito è diminuito del 4,1 per cento, mente il volontario è aumentato del 28,2 per cento. Il rapporto tra personale retribuito e assistiti è di 1,14: praticamente 1 a 1;
- se rapportiamo, infine, i 384.450 posti letto presenti nei presìdi (6,3 ogni mille persone residenti) a quelli dei principali paesi Ocse dove i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che va-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 60

ria da quattro a otto posti letto per mille abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per mille anziani), ne deriviamo una necessità di adeguamento di circa 111-500 mila posti per allineare il nostro paese al valore medio Ocse. Considerando che l'attuale rapporto lavoro/posti letto è di uno a uno, anche qui ci troviamo di fronte a una crescente domanda di lavoro dell'ordine di 100-500 mila posti di lavoro.

Queste previsioni devono indurre i diversi soggetti impegnati nel settore dell'assistenza domiciliare alla non autosufficienza (pubblici, privati e del terzo settore) a fare uno sforzo straordinario per organizzare l'offerta di lavoro in modo molto più efficiente, efficace, trasparente e affidabile di quanto non sia oggi. Non è pensabile che le famiglie debbano affrontare l'eventuale prospettiva della non autosufficienza ricorrendo ancora al "badantato" che, se pur utile per una fase, continua comunque a caratterizzarsi per poca trasparenza, bassa qualificazione, precarietà, scarsa affidabilità.

VII - Qualificare la condizione abitativa per la domiciliarità

Una domiciliarità rivolta al futuro non può non fare della condizione abitativa in cui vivono milioni di anziani il suo punto di partenza. Questo deve indurre ad accelerare la messa a punto di una strategia fondata su una più chiara percezione del problema che, come indica il rapporto *Anziani e casa nell'Unione europea*[42] a cura dell'Osservatorio europeo del social housing, comporta di ripensare profondamente le relazioni degli anziani con la casa e il contesto di quartiere, in quanto è sui caratteri di queste relazioni che si fonderà in futuro la qualità della vita nella terza e quarta età.

Gli interventi dovrebbero riguardare diversi ambiti:

- stabilizzare le misure di sostegno alle ristrutturazioni del patrimonio immobiliare privato condizionandolo al rispetto di standard di qualità commisurati ai problemi di una crescente popolazione anziana;
- aggiornare la normativa su standard e barriere adeguandoli alla nuova domanda sociale; aggiornare il quadro tecnico normativo (edilizio: agibilità e sicurezza; tecnologico: ascensori, domotica);
- sostenere le esperienze innovative e le buone pratiche come la badante di condominio, la coabitazione solidale;
- impegnare i detentori di quote di patrimonio "pubblico" in programmi di riqualificazione.

VIII - L'invecchiamento attivo come "valore urbano generale"

A conclusione dell'editoriale della guida dell'Oms *Global Age-friendly cities*[43] si dice: «Il vero problema consiste allora nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessari, da un lato per il suo benessere e dall'altro per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo».

Si tratta, in altre parole, di assumere l'obiettivo dell'invecchiamento attivo come "valore urbano generale" rispetto al quale valutare la qualità delle politiche, sapendo che così si viene incontro ai bisogni dell'intera popolazione urbana.

Le linee di azione prioritarie per politiche urbane per la non autosufficienza sono:

- adeguamento degli standard urbanistici;
- adeguamento della normativa sulle barriere architettoniche;
- rete di prossimità dei servizi socioassistenziali;
- tipologie abitative per la residenzialità leggera;
- *smart city* e servizi di tecnoassistenza;
- trasformazione della casa da costo a fonte di reddito;
- istituzione di sportelli "Anziani abitare sicuri" presso i quali gli anziani e i loro familiari possono trovare risposte alle problematiche che riguardano la casa e l'abitare.

IX - Maggiori risorse per la domiciliarità

Garantire un flusso di risorse adeguato a dare risposte alla crescente domanda di servizi per la non autosufficienza e per l'invecchiamento attivo più in generale, è l'unica prospettiva che potrà consentire di valorizzare la risorsa "anziani" e contrastare l'idea che la Ltc possa essere ridotta sempre più a mera erogazione di singole prestazioni e a prendersi sempre meno carico della persona. Non tener conto di questa esigenza produrrà nel tempo un triplo danno: insicurezza per l'anziano, impoverimento delle famiglie e, al dunque, indebitamento pubblico.

La situazione è ben fotografata dalla dichiarazione del presidente dell'Inps nell'ambito della presentazione della ricerca Auser *Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo.* Dice Boeri: «La spesa per la non autosufficienza tenderà ad aumentare fortemente nei prossimi anni

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 62

passando dall'attuale 1,9 per cento del Pil al 3,2 per cento da qui al 2060». Per questo, per il presidente dell'Inps, occorre «trovare più risorse per un intervento pubblico sulla non autosufficienza. Oggi noi diamo alle famiglie in condizione di povertà e di bisogno un'assistenza del tutto insufficiente: i 512 euro al mese per dodici mesi per l'indennità di accompagnamento non sono certamente sufficienti per una famiglia con bassi livelli di reddito per sostenere i problemi della non autosufficienza. La non autosufficienza è un problema che deve essere affrontato per tempo».

Come rispondere a questa necessità è il principale interrogativo.

Da più parti – in Italia e non solo – come messo in evidenza da Cristiano Gori nel *Sesto rapporto sulla non autosufficienza*[44] «la strada per uscire dalla stretta tra vincoli di bilancio e pressioni demografiche viene individuata nello sviluppo di fondi privati. Questi ultimi si articolano in varie tipologie, che spaziano da forme di assicurazione collettiva (le principali, delle quali beneficiano gli appartenenti alle categorie professionali che le inseriscono nel proprio contratto collettivo) ad assicurazioni di natura individuale. Il dibattito scientifico internazionale, tuttavia, ha mostrato – in maniera univoca – che non si può trovare qui la principale risposta alla crescente domanda di assistenza». E ancora, prosegue Gori (citando lo studio dell'Ocse, *Health Economics*, 2011) «i fondi assicurativi privati hanno alcune potenzialità, ma paiono destinati a rimanere prodotti di nicchia».

Dunque, secondo Gori ma anche secondo l'Ocse, non ci si può aspettare che i fondi possano raggiungere la parte maggioritaria della popolazione, anche mettendo in campo tutti i possibili incentivi (a partire dalle agevolazioni fiscali): non a caso questo non avviene in nessun paese occidentale, compresi quelli dove si investe da più tempo. Là dove avviene i fondi tendono a coprire per lo più alcuni tra i segmenti della società che già versano nelle migliori condizioni socioeconomiche.

Ne consegue che la principale risposta al crescente bisogno di Ltc non può che provenire da un adeguato finanziamento pubblico.

Sempre secondo Cristiano Gori «per quanto questo costituisca un obiettivo evidentemente complicato, bisogna accettare il fatto che non esistono alternative. D'altra parte, poiché l'impegno pubblico potrà comunque coprire una quota circoscritta dei bisogni, è necessario costruire un mix di finanziamenti ben congegnato con le risorse private».

La strada da seguire è dunque quella di una strategia impostata su una combinazione di risorse agendo su diversi fronti:

- facendo del Fondo per la non autosufficienza un volano adeguato, in consistenza e tempi, a costruire una politica per la Ltc a 360°. In questo ambito andrà prestata attenzione alla modulazione degli interventi pubblici, come indicato anche dal presidente dell'Inps, capace di tenere meglio in considerazione condizioni e possibilità degli utenti, ad esempio con riferimento a indennità di accompagnamento e spese di cura;
- sostenendo forme di risparmio che contribuiscano ad affrontare il rischio di futura non autosufficienza, a partire dai fondi assicurativi (individuali e/o collettivi);
- sviluppando le opportunità offerte dal welfare contrattuale e da quello aziendale;
- impegnando risorse delle amministrazioni locali per attrezzare il territorio con servizi di prossimità per la domiciliarità, eliminare le diverse forme di barriere, adeguare gli ambienti di vita dei non autosufficienti;
- valorizzando le disponibilità economiche degli anziani, spesso dotati di redditi contenuti ma di significativi patrimoni (soprattutto casa e altri beni immobili).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 64

Note

19 Istat, *Il futuro demografico del paese - Previsioni regionali della popolazione residente al 2065*, 2017.

20 Sara Della Bella e Mario Lucchini, *La non autosufficienza in Italia: un'analisi multivariata,* in *Ripensare le politiche per la non autosufficienza*, Il Mulino, 2015.

21 Istat, *Contesto e forme familiari,* Portale anziani, 2015.

22 L'*Oldest support ratio* (Osr) è un indicatore adottato dalle Nazioni unite definito come il numero di persone di età compresa tra 50 e 74 anni per ogni persona dagli 85 anni in su. Nel nostro caso, al fine di tener conto di una soglia di età in cui iniziano a insorgere problemi familiari di assistenza (età dei genitori e dei nonni) e della consolidata soglia statistica dei 65 anni, viene assunto a riferimento il numero di persone di 40-65 anni in rapporto agli over 65.

23 Ocse, *Pensions at a Glance*, 2013.

24 Istat, *Report sulla povertà*, 2017.

25 Censis, *L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti*, 2015.

26 Censis, *Rapporto sulla situazione sociale del paese*, 2017.

27 Tasso di attività: è dato dal rapporto tra popolazione attiva e totale della forza lavoro nella classe di riferimento. I tassi specifici per età permettono da un lato di seguire determinate fasce della popolazione ma anche di comprendere l'evoluzione del tasso complessivo in funzione all'evolversi della struttura demografica della popolazione (aspetto molto importante per via delle classi di età del *baby boom*).

28 Neet: giovani tra i 15 e i 34 anni che non lavorano e che non sono più inseriti in un percorso di studio (Not in education, employment or training).

29 Italia Longeva, *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa,* 2017.

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

31 Censis - Ismu, Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera per conto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel corso del 2012.

32 Abitare e Anziani, *Secondo rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia che vivono in case di proprietà,* 2015.

33 Istat, *Gli incidenti domestici, report,* 2014.

34 Oms, *Città a misura di anziani: una guida*, in *Quaderni di sanità pubblica*, marzo 2008.

35 Abitare e Anziani, *Standard edilizi e urbanistici per l'invecchiamento attivo*, 2018.

36 *Osservatorio sul bilancio del welfare delle famiglie italiane,* 2017.

37 In questa voce sono aggregate le spese familiari per la cura residenziale e domiciliare degli anziani, per l'aiuto domestico (le colf) e per la cura a domicilio dei bambini (*baby sitter*).

38 Comma 6c dell'articolo 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà".

39 Proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza del sindacato unitario presentata in Parlamento nel 2006.

40 *Carta europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine*, 2010.

41 Chiara Saraceno, *Non autosufficienza. L'indennità di accompagnamento non basta,* Ti con zero, 2017.

42 Osservatorio europeo del social housing, *Anziani e casa nell'Unione europea*, Cecodhas research briefing, anno 1, numero speciale, aprile 2008.

43 World Health Organization, *Global Age-friendly cities: a guide,* 2007.

44 Cristiano Gori, *L'età dell'incertezza,* in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti*, 6° rapporto, 2018.

3. I problemi della domiciliarità

3.1. Dinamiche demografiche

Problema n. 1 - Le dinamiche demografiche del paese sono sicuramente il principale problema con cui fare i conti ai fini della valutazione dell'adeguatezza del servizio di domiciliarità per gli anziani non autosufficienti. Le previsioni demografiche Istat attestano che nel volgere di pochi decenni andremo incontro a una seria contrazione demografica della popolazione e a un corrispondente incremento delle persone con più di 65 anni passando da un rapporto attuale di un anziano ogni cinque residenti a un anziano ogni tre residenti nel 2065.

3.1.1. Nuovi equilibri e priorità sociali

«In tutto il mondo, le società stanno invecchiando – ci sono meno persone giovani e molte più persone anziane. I numeri sono impressionanti: in Giappone nel 1963 solo una persona su sedici aveva 65 anni o più; mezzo secolo più tardi, nel 2013, la proporzione è di uno a quattro. Nello stesso periodo, l'Italia ha visto la sua popolazione anziana raddoppiare da meno di uno su dieci a più di uno su cinque. Questi paesi non sono soli. Oggi ci sono oltre 900 milioni di persone in tutto il mondo di età superiore ai 60 anni, entro il 2050 il numero dovrebbe aumentare a 2,4 miliardi».

Queste le parole usate nell'introduzione della pubblicazione dell'Ocse del 2015 *Ageing: debate the issues*[45].

Tutta la ricerca dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico è un invito agli Stati a non prendere sottogamba il fenomeno

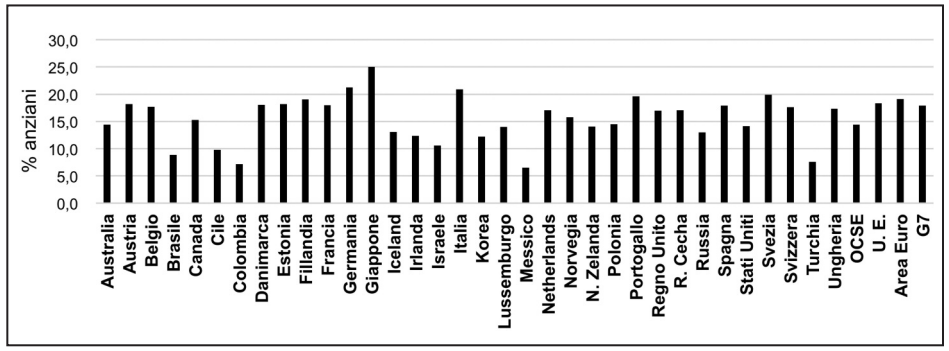
Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 68

dell'invecchiamento della popolazione. Già oggi il 12 per cento della popolazione mondiale è di persone ultrasessantenni con proiezioni che si spingono verso i 2,4 miliardi per il 2050, quando 21 persone su cento avranno più di 60 anni. Tra trentacinque anni ci saranno più ultrasessantenni che ragazzi sotto i 16 anni e sarà la prima volta nella storia dell'umanità (grafico 1).

Un fenomeno al quale non sono estranee le nazioni in via di sviluppo, dove già adesso vive oltre il 62 per cento degli ultrasessantenni del mondo. Lo scenario demografico in molti paesi dell'Asia e del Sud America sta evolvendo così rapidamente da non dar tempo ai governi di adeguarsi. L'esercito degli over 65 è sempre più nutrito in tutto il mondo e infatti, non a caso, l'agenda delle Nazioni unite *Sustainable development goal (Sdg) per il 2030*[46] ha per la prima volta riconosciuto gli anziani come parte integrante del processo di sviluppo: occuparsi dei diritti e delle necessità degli anziani è infatti imprescindibile se si vuole perseguire l'obiettivo del «non lasciare nessuno indietro».

C'è da rilevare, inoltre, che il generale processo di invecchiamento si accompagna a rilevanti movimenti migratori e a progressiva concentrazione urbana. Nel 2007, per la prima volta nella storia, la popolazione urbana mondiale ha superato quella rurale[47]. Nel 1950 più di due terzi (70%) di persone in tutto il mondo vivevano in insediamenti rurali e meno di un terzo (30%) in insediamenti urbani. Nel 2014 la popolazione urbana ha raggiunto i 3.900 milioni, pari al 54 per cento della popolazione

Grafico 1
Popolazione con più di 65 anni sul totale della popolazione nei paesi dell'Ocse nel 2013. Valori percentuali



Fonte: elaborazione Auser su dati Ocse

mondiale. Questo dato è destinato a crescere ulteriormente e si prevede che entro il 2050 il mondo sarà per un terzo rurale (34%) per due terzi urbano (66%), più o meno il contrario della distribuzione globale della popolazione rurale e urbana della metà del Ventesimo secolo.

Oggi quasi la metà degli abitanti della Terra risiede in insediamenti relativamente piccoli, con meno di 500.000 abitanti, mentre quasi uno su otto vive in una delle 28 megalopoli con più di 10.000.000 di abitanti. Dal 1990 il numero di megalopoli è quasi triplicato e si prevede che nel 2030 ben 41 agglomerati urbani saranno destinati a ospitare almeno 10.000.000 di abitanti ciascuno. A differenza di solo alcuni decenni fa, quando la maggior parte dei più grandi agglomerati urbani del mondo si trovava nelle regioni più sviluppate, oggi questi si concentrano nel Sud del mondo e gli agglomerati a più rapida crescita sono quelli di medie dimensioni, con 500.000 e fino a 1.000.000 di abitanti, situati in Asia e in Africa.

Le ragioni di questi processi sono numerose e non sono nuove. Nei paesi ancora arretrati la ricerca di migliori condizioni di vita e di reddito, che in non pochi casi significa fuga dalla fame. Nei paesi a economia avanzata la spinta all'urbanizzazione viene dalla progressiva sostituzione del lavoro agricolo con le macchine. In tutti i casi vi è la speranza di maggiori opportunità di formazione e di ascesa sociale per se stessi e soprattutto per la prole, di livelli più elevati di consumi, di maggiori comodità, più divertimento, vita sociale più intensa. Oggi nei paesi sottosviluppati anche le baraccopoli poste ai margini delle città offrono maggiori vantaggi rispetto alle arretrate campagne. Così le masse rurali continuano ad affluire in città, pur sapendo che pochi troveranno lavoro e molti saranno gli esclusi e gli emarginati.

Questa ricerca di condizioni di vita più umane spesso si intreccia in modo inestricabile con l'aspirazione a una maggiore sicurezza a causa dei numerosi scenari di guerra e, in non pochi casi, con ragioni per cause ambientali (siccità, carestie, alluvioni). In estrema sintesi le città sono viste come una naturale via di uscita da condizioni di povertà e insicurezza in quanto la vita urbana favorisce livelli più alti di alfabetizzazione e di educazione, migliori condizioni di assistenza sanitaria e di accesso ai servizi sociali e maggiori opportunità di partecipazione culturale e politica.

La crescita urbana, tuttavia, se avviene in modo caotico, se non governata con intelligenza e lungimiranza, se non viene tutelato l'ambiente in cui le città sorgono, se non si realizzano le infrastrutture materiali

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 70

e immateriali necessarie o se non vengono attuate politiche che garantiscano che i benefici della vita cittadina siano equamente condivisi, il rischio è di vanificare gli enormi prezzi sociali pagati con l'abbandono della campagna. Oggi, infatti, nonostante i vantaggi offerti dalle città siano in teoria indubbiamente maggiori, le aree urbane sono più diseguali rispetto a quelle rurali e milioni di poveri "urbanizzati" vivono in condizioni molto al di sotto degli standard. In alcune città, la rapida espansione urbana non pianificata o inadeguata ha portato con sé inquinamento, degrado ambientale e aumento dei consumi insostenibile. Si stima che le megalopoli in tutto il mondo (città con oltre 10.000.000 di abitanti) consumino il 75 per cento delle risorse energetiche e naturali del pianeta, generando l'80 per cento delle emissioni di gas serra a livello globale[48].

È del tutto evidente che la rilevanza di questi fenomeni e la loro pervasività richiede, su più fronti, un importante e delicato lavoro di adeguamento in rapporto alle mutate esigenze a partire dai sistemi di welfare.

Un primo esempio di questa esigenza si può ricavare da rapporto Ocse del 2006, *Live longer. Work longer*[49], che stima come in assenza di modifiche degli attuali schemi di lavoro e pensionamento, il rapporto anziani inattivi per lavoratore attivo sia destinato a raddoppiare, passando dal 38 per cento del 2000 al 70 per cento entro il 2050. In questo stesso lasso di tempo in Europa il rapporto potrebbe diventare uno a uno. Restando così le cose, il Pil pro capite in area Ocse si ridurrà dell'1,7 per cento l'anno nell'arco delle prossime tre decadi, riducendosi di circa il 30 per cento rispetto al tasso registrato tra il 1970 e il 2000.

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

Il motto *live longer, work longer* va però declinato nelle realtà delle singole nazioni. Per questo l'Ocse ha lanciato una serie di studi nazionali chiamati *Working better with age*. Che non significa tornare alla realtà degli Usa di fine 1800, quando il 68 per cento degli uomini over 65 erano ancora al lavoro, ma trovare soluzioni per far lavorare meglio le per-

sone di età compresa tra i 55 e i 64 anni. In area Ocse il 57,5 per cento di questa fascia d'età è ancora al lavoro, anche se le percentuali variano sensibilmente da una nazione all'altra. A guidare la classifica degli anziani più stacanovisti è l'Islanda, con l'83,6 per cento ancora al lavoro, seguita da Nuova Zelanda (76,3%), Svezia (74%), Norvegia (72,2%) e Svizzera (71,5%). Sul versante opposto la Turchia, con appena il 31,4 per cento di questa fascia d'età ancora al lavoro, la Grecia (33,7%) e la Slovenia (35,8%) (grafico 2).

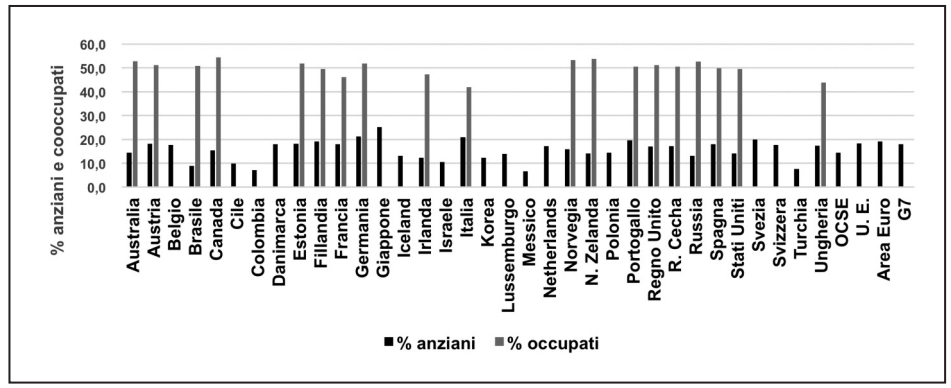
Un secondo esempio sono i sistemi pensionistici che, com'è noto, non godono certo di buona salute a livello planetario e la crescente longevità li sta mettendo a dura prova, tant'è che negli ultimi anni proliferano gli studi dell'Ocse. Di seguito si fa riferimento ad alcuni di questi studi.

Il rapporto Ocse *Pensions Outlook*[50] del 2014 analizza le varie modalità messe in atto dalle diverse nazioni per affrontare le sfide quali quella demografica. Le generazioni *baby boom* sono destinate pian piano a scomparire, lasciandosi dietro elementi più permanenti quali l'allungamento dell'aspettativa di vita.

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

Grafico 2

Popolazione anziana e popolazione occupata sul totale della popolazione nei paesi dell'Ocse nel 2013. Valori percentuali



Fonte: elaborazione Auser su dati Ocse

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 72

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

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

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

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

In un altro rapporto dell'Ocse, *Roadmap for the Good Design of DC Pension Plans*[51], vengono prese in considerazione per fondi pensione e *provider* di rendite, le possibili strategie per proteggersi dal rischio longevità. Suggerimenti sono contenuti anche nel rapporto Ocse *Mortality Assumptions and Longevity Risk*[52].

Un terzo esempio può essere fatto in rapporto ai sistemi sanitari non ancora pronti per popolazioni sempre più anziane.

Secondo il rapporto Ocse sull'*ageing* (vedi nota 46), gli attuali modelli di assistenza sanitaria non tengono conto delle variazioni epidemiologiche e delle reali necessità assistenziali della popolazione. Il principale obiettivo a tutt'oggi rimane quello di costruire nuovi ospedali, acquistare attrezzature innovative e costose, migliorare sempre più i servizi per gli

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

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

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

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

Per tutte queste ragioni si comprende perché le problematiche connesse all'invecchiamento della popolazione attraversino trasversalmente l'Agenda globale per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni unite approvata nel 2015: un documento che fissa 17 obiettivi, suddivisi in 169 *target*, da raggiungere entro il 2030[53].

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 74

I 17 obiettivi dell'Agenda globale delle Nazioni unite per lo sviluppo sostenibile

Obiettivo 1. Porre fine a ogni forma di povertà nel mondo.
Obiettivo 2. Porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un'agricoltura sostenibile.
Obiettivo 3. Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età.
Obiettivo 4. Fornire un'educazione di qualità, equa e inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti.
Obiettivo 5. Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze.
Obiettivo 6. Garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile dell'acqua e delle strutture igienico-sanitarie.
Obiettivo 7. Assicurare a tutti l'accesso a sistemi di energia economici, affidabili, sostenibili e moderni.
Obiettivo 8. Incentivare una crescita economica, duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti.
Obiettivo 9. Costruire un'infrastruttura resiliente e promuovere l'innovazione e un'industrializzazione equa, responsabile e sostenibile.
Obiettivo 10. Ridurre le disuguaglianze all'interno e fra le nazioni.
Obiettivo 11. Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili.
Obiettivo 12. Garantire modelli sostenibili di produzione e di consumo.
Obiettivo 13. Adottare misure urgenti per combattere i cambiamenti climatici e le loro conseguenze.
Obiettivo 14. Conservare e utilizzare in modo durevole gli oceani, i mari e le risorse marine per uno sviluppo sostenibile.
Obiettivo 15. Proteggere, ripristinare e favorire un uso sostenibile dell'ecosistema terrestre, gestire sostenibilmente le foreste, contrastare la desertificazione, arrestare e far retrocedere il degrado del terreno, fermare la perdita di diversità biologica.
Obiettivo 16. Promuovere società pacifiche e più inclusive per uno sviluppo sostenibile; offrire l'accesso alla giustizia per tutti e creare organismi efficaci, responsabili e inclusivi a tutti i livelli.
Obiettivo 17. Rafforzare i mezzi di attuazione e rinnovare il partenariato mondiale per lo sviluppo sostenibile.

3.1.2. Il futuro demografico dell'Italia

Anche la popolazione italiana sta rapidamente invecchiando, anzi è tra le più longeve a livello planetario.

Come ampiamente documentato dall'Istat[54] (tabella 16) il processo di modernizzazione e di secolarizzazione sociale, da un lato, e il progresso medico-scientifico dall'altro, negli ultimi decenni hanno profondamente inciso sulle due principali determinanti demografiche della crescita della popolazione (o della sua decrescita): fecondità e mortalità.

La persistenza del tasso di fecondità ben al di sotto della soglia naturale di sostituzione (2,1 figli per donna) e il raggiungimento di traguardi un tempo insperati della speranza di vita per le donne e per gli uomini, fanno dell'Italia uno dei paesi con il più alto indice di vecchiaia al mondo.

Tabella 16
La situazione di popolazione e famiglie nel 2015

Indicatore	Valore	Variazione percentuale sul 2005
Età media della popolazione	44,4	+ 4,5
Numero medio di figli per donna	1,35	+ 0,7
Indice di vecchiaia	157,7	+ 14,2
Indice di dipendenza degli anziani	33,7	+ 14,6
Speranza di vita alla nascita - maschi	80,1	+ 2,6
Speranza di vita alla nascita - femmine	84,7	+ 1,4
Speranza di vita a 65 anni - maschi	18,7	+ 7,5
Speranza di vita a 65 anni - femmine	22,0	+ 4,3

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

3.1.2.1 Struttura demografica

Come negli altri paesi a sviluppo avanzato, l'Italia si presenta oggi con una struttura per età fortemente squilibrata.

Se già nel 2005 la popolazione con 65 anni e più (19,5%) superava di cinque punti percentuali la popolazione fra 0 e 14 anni (14,1%), nel successivo decennio tale gap si è accentuato: nel 2015 le persone con 65 anni e più costituiscono il 21,7 per cento della popolazione e quelle fra 0 e 14 anni il 13,8 per cento.

L'Italia sconta un crescente "debito demografico" nei confronti delle generazioni future in termini di sostenibilità (previdenza, spesa sanitaria, assistenza, welfare): in appena un decennio, l'indice di dipendenza degli

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 76

anziani passa dal 29,4 del 2005 al 33,7 del 2015 (+14,6%); l'indice di vecchiaia cresce da 138,1 anziani ogni cento giovani di 0-14 anni del 2005 a 157,7 del 2015 (+14,2%).

La presenza di una quota estremamente significativa di persone nelle età più avanzate della vita è dovuta principalmente all'innalzamento dei livelli di sopravvivenza e alla riduzione della fecondità.

Riguardo l'innalzamento della sopravvivenza:
- in appena un secolo la speranza di vita alla nascita è più che raddoppiata e nel 2015 le donne già potevano contare su un'aspettativa di vita di 84,7 anni e gli uomini di 80,1;
- il continuo spostamento del livello di sopravvivenza negli ultimi dieci anni è stato in particolare determinato dalla riduzione della mortalità nelle età senili: nel 2015 la speranza di vita a 65 anni si attestava infatti a 22 anni per le donne e a 18,7 anni per gli uomini;
- il percorso d'incremento della sopravvivenza è stato omogeneo fra le regioni, pur persistendo importanti differenze territoriali.

Riguardo la bassa fecondità:
- l'incoraggiante trend di crescita e parziale recupero della natalità e della fecondità registrato dal 1999, con una riproduttività nazionale transitata da 1,23 figli per donna a 1,45 nel 2008, si è poi interrotto in coincidenza della deflagrazione della crisi economico-finanziaria;
- anche il tasso di fecondità delle donne con cittadinanza straniera si attestava nel 2014 al di sotto della soglia di sostituzione (1,97 figli per donna);
- le donne in età feconda continuano a posticipare e a comprimere il loro calendario riproduttivo, con un'età media al parto che nel 2015 ha raggiunto i 31,6 anni;
- le coorti di donne in età feconda sono sempre più numerose;
- le regioni meridionali, un tempo roccaforti della fecondità, negli ultimi vent'anni sono state anch'esse incessantemente interessate dal declino della fecondità.

Tali elementi comportano un costante aumento dell'età media della popolazione, che nel 2015 si attesta a 44,4 anni (42,5 anni nel 2005).

3.1.2.2. Previsioni demografiche

La popolazione italiana è destinata a invecchiare: è questo lo scenario centrale delle previsioni demografiche Istat con orizzonte ultimo l'anno 2065[55].

Nell'ottica di un sistema demografico interconnesso, le previste tendenze evolutive della fecondità, della mortalità e dei movimenti migratori anticipano infatti una struttura per età della popolazione sempre più lontana da quella rappresentazione grafica a "piramide" tanto cara ai demografi che in passato osservavano popolazioni con basi larghe (alti tassi di natalità) e vertici stretti (alti tassi di mortalità in età avanzate).

La longevità crescente e la riproduttività sotto la soglia di sostituzione delle generazioni sono ormai da decenni le determinanti di una riconfigurazione della struttura per età della popolazione italiana ad "anfora" prima (per il progressivo invecchiamento delle generazioni del *baby boom*), "rettangolare" poi e a "piramide rovesciata" in un futuro a medio e lungo termine in vista di un ulteriore e progressivo sbilanciamento in favore delle età più anziane.

L'invecchiamento della popolazione, quale tratto caratteristico della dinamica demografica dei decenni a venire può essere opportunamente colto dalla lettura della tabella 17 che riporta il dato della popolazione nazionale nei prossimi decenni con traguardo al 2065.

Tabella 17
Popolazione residente per ripartizione geografica.
Scenario mediano anni 2016-2065 al 1° gennaio - Dati in milioni

	2016	2025	2035	2045	2055	2065
Nord-Ovest	16,1	16,2	16,3	16,2	16,0	15,5
Nord-Est	11,6	11,7	11,7	11,7	11,4	11,0
Centro	12,1	12,2	12,2	12,2	12,0	11,5
Sud	14,1	13,7	13,2	12,5	11,6	10,6
Isole	6,7	6,6	6,3	5,9	5,5	5,1
Italia	**60,7**	**60,4**	**59,7**	**58,6**	**56,4**	**53,7**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

I caratteri salienti di quello che sarà il nostro futuro demografico sono così riassunti dall'Istat:
- la popolazione residente, stimata secondo lo scenario mediano, sarà di 58,6 milioni nel 2045 e 53,7 milioni nel 2065. La perdita rispetto al 2016 (60,7 milioni) sarebbe di 2,1 milioni di residenti nel 2045 e di sette milioni nel 2065. Tenendo conto della variabilità associata agli eventi demografici, la stima della popolazione al 2065 oscilla da un

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 78

minimo di 46,1 milioni a un massimo di 61,5. La probabilità di un aumento della popolazione al 2065 è pari al 7 per cento;

- sempre secondo lo scenario mediano, mentre nel Mezzogiorno il calo di popolazione si manifesterebbe lungo l'intero periodo, per il Centro-Nord, superati i primi trent'anni di previsione con un bilancio demografico positivo, un progressivo declino della popolazione si compirebbe soltanto dal 2045 in avanti. La probabilità che la popolazione del Centro-Nord nel 2065 sia più ampia rispetto a oggi è pari al 31 per cento, mentre nel Mezzogiorno è pressoché nulla;
- nel periodo considerato si verificherà uno spostamento del peso della popolazione dal Mezzogiorno al Centro-Nord del paese. Secondo lo scenario mediano, nel 2065 il Centro-Nord accoglierebbe il 71 per cento di residenti contro il 66 per cento di oggi; il Mezzogiorno invece arriverebbe ad accoglierne il 29 per cento contro il 34 per cento attuale;
- le future nascite non saranno sufficienti a compensare i futuri decessi. Nello scenario mediano, dopo pochi anni di previsione il saldo naturale raggiunge quota meno 200.000, per poi passare la soglia meno 300.000 e meno 400.000 unità nel medio e lungo termine;
- la fecondità è prevista in rialzo, da 1,34 a 1,59 figli per donna nel periodo 2016-2065 secondo lo scenario mediano. Tuttavia, l'incertezza aumenta lungo il periodo di previsione. L'intervallo di confidenza proiettato al 2065 è piuttosto alto e oscilla tra 1,25 e 1,93 figli per donna;
- la sopravvivenza è prevista in aumento. Entro il 2065 la vita media crescerebbe fino a 86,1 anni per gli uomini e fino a 90,2 anni per le donne (80,1 e 84,6 anni rispettivamente nel 2015). L'incertezza associata assegna limiti di confidenza compresi tra 84,1 e 88,2 anni per gli uomini e tra 87,9 e 92,7 anni per le donne;
- nella stima della popolazione residente un contributo determinante è esercitato dalla previsione delle migrazioni con l'estero. Il saldo migratorio con l'estero è previsto positivo, essendo mediamente superiore alle 150.000 unità annue (133.000 nel 2015) seppure contraddistinto da forte incertezza. Non si esclude l'eventualità, ma con bassa probabilità di concretizzarsi, che nel lungo termine esso possa diventare negativo;
- il saldo naturale della popolazione trae parziale sollievo dalle migrazioni. Nello scenario mediano l'effetto addizionale del saldo migratorio sulla dinamica di nascite e decessi comporta 2,5 milioni di residenti aggiuntivi nel corso dell'intero periodo previsivo;
- le migrazioni interregionali favoriranno ancora il Centro-Nord, ma seguiranno un'evoluzione di leggero declino man mano che le generazioni di giovani e adulti, le più interessate ai movimenti migratori, tenderanno numericamente a ridursi;
- l'età media della popolazione passerà dagli attuali 44,7 a oltre 50 anni del 2065. Considerando che l'intervallo di confidenza finale varia tra 47,8 e 52,7 anni, il processo di invecchiamento della popolazione è da ritenersi certo e intenso;
- parte del processo di invecchiamento in divenire è spiegato dal transito delle coorti del *baby boom* (1961-75) tra la tarda età attiva (40-64 anni) e l'età senile (65 e più). Il picco di invecchiamento colpirà l'Italia nel 2045-50, quando si riscontrerà una quota di ultrasessantacinquenni vicina al 34 per cento.

Calo progressivo della popolazione: 53,7 milioni di residenti nel 2065

Sulla base dello scenario di previsione mediano la popolazione residente è prevista in lieve decrescita nel prossimo decennio: da 60,7 milioni al 1° gennaio 2016 (punto base delle previsioni) a 60,4 milioni nel 2025 per un tasso di variazione medio annuo pari a -0,5 per mille. In una prospettiva di medio termine, invece, la diminuzione della popolazione risulterebbe già molto più accentuata: da 60,4 milioni a 58,6 milioni tra il 2025 e il 2045, pari a un tasso di variazione medio annuo che, triplicandosi rispetto a quello della prima fase, si porta a -1,5 per mille. È nel lungo termine, tuttavia, che le conseguenze della dinamica demografica prevista nello scenario mediano sulla popolazione totale si fanno più importanti. Tra il 2045 e il 2065, infatti, la popolazione diminuirebbe di ulteriori 4,9 milioni di unità, registrando una riduzione media annua del 4,4 per mille. Sotto tale ipotesi la popolazione totale ammonterebbe a 53,7 milioni nel 2065, conseguendo una perdita complessiva di sette milioni di residenti rispetto a oggi.

Le previsioni demografiche sono, per definizione e costruzione, incerte e tale caratteristica è tanto più rilevante quanto più ci si allontana dall'anno base. La futura evoluzione della popolazione totale rispecchia in pieno tale principio di elevata incertezza già dopo pochi anni di previsione. Nel 2025 l'intervallo di confidenza al 90 per cento della popolazione totale (ovvero che il suo presunto valore cada tra due estremi con proba-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 80

bilità pari al 90 per cento) oscilla tra 59,8 e 61 milioni. Venti anni più tardi è tra 54,9 e 58,6 milioni, mentre al termine del ciclo di previsione la forchetta va da 46,1 a 61,5 milioni di residenti. Così, se dal lato meno favorevole la popolazione potrebbe subire una perdita di 14,6 milioni tra il 2016 e il 2065, dall'altro non è nemmeno esclusa l'ipotesi di un suo possibile incremento, sebbene di modesta entità (+800.000). Pur in un quadro di profonda incertezza rispetto a quello che si prospetta essere la sua futura entità numerica, risulta altamente probabile che la popolazione andrà incontro a una progressiva diminuzione. Infatti, sebbene non sia esclusa l'eventualità che la dinamica demografica possa condurre a una popolazione nel 2065 più ampia di quella odierna, la probabilità empirica che ciò accada è piuttosto bassa risultando pari al 7 per cento (percentuale di casi favorevoli all'evento sul totale delle simulazioni condotte).

Nello sviluppo previsto per il Centro-Nord e per il Mezzogiorno le dinamiche della popolazione risultano inizialmente contrapposte. Secondo lo scenario mediano nel breve termine si prospetta che Nord-Ovest (+0,6 per mille annuo fino al 2025), Nord-Est (+0,7) e Centro (+1,1) possano godere di una variazione medio annua positiva mentre per Sud (-2,9) e Isole (-3) si prospetta fin da subito un calo della popolazione. Nel periodo intermedio di previsione (2025-2045) Nord-Ovest, Nord-Est e Centro registrano una sostanziale stazionarietà mentre nel Sud e nelle Isole il calo demografico subisce un'ulteriore accelerazione nella misura di un -4,8 per mille annuo. Nel lungo termine (2045-2065) il bilancio demografico negativo di queste due ripartizioni tende a farsi ancor più rilevante. Il ritmo annuo di diminuzione passa a -8,3 per mille nel Sud e a -7,9 per mille nelle Isole. Nel 2065 i residenti risulterebbero pari a 10,6 milioni nel Sud e a 5,1 nelle Isole, ben un quarto in meno per entrambi rispetto a oggi. Il Centro-Nord, superati i primi trent'anni di previsione con un bilancio demografico positivo, conoscerebbe anch'esso, dal 2045 in avanti, un progressivo declino della popolazione: del -2,4 per mille all'anno nel Nord-Ovest, del -3 per mille nel Nord-Est e del -2,8 per mille nel Centro. A conclusione del ciclo previsivo anche in queste ripartizioni risiederebbe un numero inferiore di individui rispetto a oggi: 15,5 milioni nel Nord-Ovest, 11 milioni nel Nord-Est e 11,5 milioni nel Centro.

L'evoluzione della popolazione totale nelle ripartizioni geografiche è contrassegnata da una profonda incertezza. Per il Centro-Nord tale incertezza si traduce nell'impossibilità di poter determinare con sicurezza la direzione del cambiamento demografico, se cioè orientato alla crescita, come indicato dai limiti superiori dell'intervallo di confidenza al 2065, ovvero alla decrescita guardando a quelli inferiori. La popolazione prevista nel Nord-Ovest al 2065, ad esempio, è compresa in un intervallo che va da 13,1 a 17,9 milioni, ossia tra due valori rispettivamente ben al di sotto e al di sopra di quello nell'anno base. Inoltre, nonostante lo scenario mediano indichi come più probabile una popolazione del Nord-Ovest in diminuzione nel lungo termine, la probabilità empirica che la popolazione di tale ripartizione abbia un completo cammino di crescita è pari al 33 per cento. Analoghe considerazioni valgono anche per il Nord-Est e per il Centro, con probabilità empiriche di crescita della popolazione pari, rispettivamente, a 31 e 26 per cento (solo 7 per cento a livello nazionale).

In nessun caso, al contrario, si potrebbe verificare che le popolazioni del Sud e delle Isole possano intraprendere un percorso di crescita. Appare certa, in altri termini, una loro riduzione ma con margini di variazione abbastanza ampi: tra 9,3 e 11,9 milioni i residenti previsti nel Sud al 2065, tra 4,5 e 5,7 milioni quelli nelle Isole. Ciò che risulterebbe altamente probabile, invece, è un progressivo spostamento del peso della popolazione dal Mezzogiorno al Centro-Nord del paese. Secondo lo scenario mediano, ad esempio, nel 2065 il Centro-Nord accoglierebbe il 70,8 per cento dei residenti contro il 65,6 per cento di oggi, mentre il Mezzogiorno arriverebbe ad accoglierne il 29,2 per cento contro il 34,4 per cento.

3.1.2.3. Futura struttura per età della popolazione

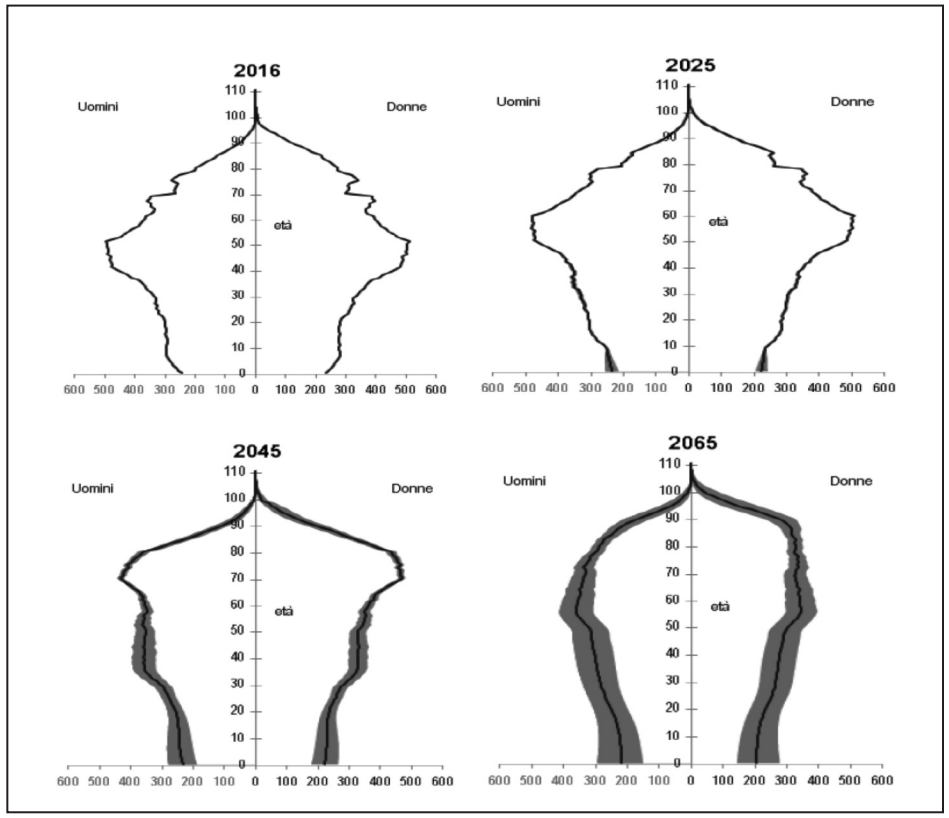
A fronte di questo scenario ai fini della nostra ricerca interessa capire come evolveranno le classi di età con particolare riferimento a quella superiore ai 65 anni. Dall'analisi dell'Istat si ricava come la struttura per età della popolazione potrebbe cambiare in futuro a partire dall'età media che passerà dagli attuali 44,7 a oltre 50 anni del 2065.

I cambiamenti leggibili dalle piramidi della popolazione (grafico 3), indicano a distanza di anni (2016, 2025, 2045, 2065) l'impatto dei fattori demografici di invecchiamento, determinati dall'azione delle nascite, dei decessi e dei movimenti migratori.

La piramide al 2016 evidenzia come già nell'anno base la struttura per età risulti piuttosto sbilanciata, con un'età media che si avvicina ai 45 anni e una quota di ultrasessantacinquenni superiore al 22 per cento. I valori più bassi che si rilevano nelle classi di età della prima infanzia riflettono il calo delle nascite registrato negli ultimi anni. Invece, tra i valori più

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 82

Grafico 3
Piramide della popolazione residente in Italia.
Scenario mediano e intervallo di confidenza al 90%.
Anni 2016-2065, 1° gennaio - Dati in migliaia



Fonte: elaborazione Istat

alti figurano quelli relativi alle coorti superstiti tra i nati del 1961-1975, che oggi presidiano la popolazione in tarda età attiva.

Nel 2025 le medesime coorti, che nel frattempo transitano a un'età compiuta di 49-63 anni, sono ancora le più numericamente consistenti. La popolazione in età attiva, oltre che a invecchiare, comincia anche a ridursi, scendendo al 63 per cento del totale rispetto all'iniziale 64,3 per cento. Il tutto in un quadro che, perlomeno fino al 2025, presenta blandi livelli di incertezza, fatta salva quella presente nelle prime coorti di nascita per via delle diverse ipotesi sulla fecondità (che in tale anno dovrebbe ricadere tra 1,31 e 1,57 figli per donna).

Il periodo più critico sotto il profilo della composizione per età della popolazione è molto probabilmente quello a ridosso del 2045. Intorno a tale anno la popolazione in età attiva scenderebbe al 54,3 per cento del totale, con un'età media della popolazione salita nel frattempo a 49,7 anni (scenario mediano). Lo sbilanciamento strutturale in favore delle età anziane raggiunge il suo culmine con il 33,7 per cento di ultrasessantacinquenni, grazie al fatto che le coorti del *baby boom* nazionale, ancora quelle numericamente più rilevanti, transitano in tale fase nelle classi di età comprese tra i 69 e gli 83 anni.

L'incertezza associata, che a questo punto del ciclo previsivo comincia a farsi significativa in prossimità delle classi di età dell'infanzia e di quelle giovanili-adulte, non pare tuttavia alterare il quadro prospettico evidenziato nello scenario mediano. Qualunque possa essere la futura evoluzione demografica, non si potrà prescindere da un aumento progressivo della popolazione in età anziana, in un *range* compreso tra il 31,9 e il 35,6 per cento del totale. Parallelamente, la popolazione in età attiva oscillerebbe tra il 52,8 e il 55,8 per cento mentre i giovani fino a 14 anni di età tra il 10,4 e il 13,4 per cento.

Nel lungo termine, per quanto l'incertezza raggiunga livelli tali da invitare alla massima cautela nell'uso delle informazioni, la piramide della popolazione tende a recuperare un migliorato equilibrio strutturale. Al punto che l'età media della popolazione, in seguito al raggiungimento di un massimo di 50,3 anni nel 2057 secondo lo scenario mediano, tenderebbe a riabbassarsi fino a 50,1 nel 2065.

Ciò si deve a diversi fattori, tra cui la progressiva estinzione delle coorti nate tra il 1961 e il 1975. La popolazione in età attiva, dopo il raggiungimento del suo livello percentuale minimo nel 2050 (53,9%), recupera peso fino al 54,8 per cento entro il 2065 nello scenario mediano, con margini di incertezza compresi tra il 52,6 e il 56,8 per cento. La popolazione in età anziana, a sua volta, raggiungerebbe il proprio massimo intorno al 2051 (34,1%) e poi si avvierebbe a una fase di diminuzione tale da ridiscendere al 33,1 per cento entro il 2065. Piuttosto ampio, tuttavia, risulterebbe il probabile campo di variazione per tale componente: dal 30,2 per cento nell'ipotesi più favorevole al riequilibrio strutturale, fino al 36,7 per cento sotto quella meno favorevole. Un grande impatto sul piano dell'incertezza sarà, infine, quello determinato dalle ipotesi sulla fecondità. La quota di giovani fino a 14 anni di età, che nel lungo termine dello scenario mediano tende a stabilizzarsi in-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 84

torno a valori del 12 per cento, nasconde in realtà un grande arco di possibilità che va da un minimo del 9,7 per cento a un massimo del 14,3 per cento nel 2065.

Il Mezzogiorno invecchia più rapidamente

La trasformazione della struttura per età della popolazione comporterà un marcato effetto sui rapporti intergenerazionali che verrebbe propagato in modo diverso sul territorio. Le regioni del Nord-Ovest, del Nord-Est e del Centro potrebbero sperimentare un percorso di convergenza simile: dagli oltre 45 anni di età media attuali, agli oltre 47 entro il 2025, fino agli oltre 49 anni entro il 2045, periodo dopo il quale il livello di invecchiamento si stabilizza (tabella 18).

Tabella 18
Popolazione per classi di età per ripartizione geografica. Scenario mediano e intervallo di confidenza al 90%. Anni 2016-2065

Anni	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Italia
Popolazione 0-14 anni (%)						
2016	13,5	13,7	13,3	14,2	13,7	**13,7**
2025	12,2	12,3	12,1	12,5	12,4	**12,3**
2045	12,5	12,5	12,1	11,2	11,1	**12,0**
2065	12,6	12,6	12,2	11,0	11,0	**12,0**
Popolazione 15-64 anni (%)						
2016	63,2	63,5	63,9	65,9	65,7	**64,3**
2025	62,3	62,5	62,9	64,2	63,4	**63,0**
2045	54,0	53,4	54,9	54,9	54,4	**54,3**
2065	55,5	55,2	55,9	53,2	53,0	**54,8**
Popolazione 65 anni e più (%)						
2016	23,3	22,8	22,9	19,9	20,7	**22,0**
2025	25,4	25,2	24,9	23,3	24,2	**24,7**
2045	33,5	34,1	33,0	33,9	34,5	**33,7**
2065	31,9	32,2	31,9	35,8	35,9	**33,1**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Nel Sud e nelle Isole, invece, la popolazione passerebbe da un'età media iniziale compresa tra i 43 e i 44 anni, quindi più bassa di quella registrata nel Centro-Nord, a una vicina ai 46 anni entro il 2025 e quindi a una

superiore ai 50 entro il 2045. Intorno a tale periodo il Mezzogiorno risulterebbe così l'area del paese a più forte invecchiamento, con un'ulteriore prospettiva di aumento dell'età media che, pur decelerando, perverrebbe al livello di 51,6 anni entro il 2065.

Pur non trascurando il significativo margine di incertezza, che potrebbe sfatare l'eventualità di un Mezzogiorno a velocità potenziata sulla strada dell'invecchiamento come si evidenzia dallo scenario mediano, non vi è dubbio che il quadro prospettico complessivo di tale ripartizione geografica ponga in essere una questione di sostenibilità strutturale, per se stessa e per l'intero paese.

Analizzando la composizione della popolazione per grandi classi di età, si rileva come nel Mezzogiorno potrebbe aversi una riduzione più rilevante della quota di giovani fino a 14 anni di età: da circa il 14 per cento nel 2016 all'11 per cento nel 2065 con un ventaglio di ipotesi che li potrebbe veder scendere fin sotto il 9 per cento o arrestarne la diminuzione poco sopra il 13 per cento.

Nel Centro-Nord la popolazione in età giovanile dovrebbe invece subire una contrazione di minore entità: da una quota largamente superiore al 13 per cento a una largamente superiore al 12 per cento entro il 2065, ma anche in tal caso va sottolineato quanto ampio si presenti nel lungo termine il ventaglio delle ipotesi: da valori inferiori al 10 per cento (nel Centro) a valori vicini al 15 per cento (nel Nord).

Nel Mezzogiorno sono, inoltre, più accentuate la prevista riduzione della popolazione in età da lavoro e la concomitante crescita della popolazione in età anziana. La prima dovrebbe infatti ridursi di circa 13 punti percentuali nell'intero arco previsivo sulla base dello scenario mediano (da circa il 66 per cento nel 2016 al 53 nel 2065). La seconda dovrebbe invece crescere di almeno 15 punti percentuali (dal 20-21 per cento attuale a circa il 36 per cento finale). Da entrambi i processi, tanto il calo dei potenzialmente attivi quanto l'aumento degli anziani, non sono esenti né il Centro né il Nord del paese ma, come si è già visto dalle precedenti analisi, in un contesto leggermente più favorevole. Per la popolazione in età attiva di tali aree del paese si prospetta, infatti, una riduzione di circa otto punti percentuali mentre la crescita di quella in età anziana si aggira mediamente intorno ai nove punti percentuali. Molto, probabilmente la maggior parte, di quanto si prevede possa essere il futuro della popolazione residente nella sua articolazione territoriale dipende dalla struttura per età che si osserva oggi.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 86

Il resto dipende dall'entità dei valori medi previsti e dalla variabilità delle ipotesi riguardo ai comportamenti demografici. Un'entità dei valori medi di previsione che, come si è visto, avvantaggerebbe il Centro-Nord per via delle più favorevoli ipotesi riguardo sia ai comportamenti riproduttivi sia migratori (tanto con l'estero quanto con l'interno) ma che non esenta tale area dalle problematiche demografiche comuni a tutto il paese. Una variabilità delle ipotesi, infine, che aiuta non solo a definire i contorni dello sviluppo demografico futuro ma che restituisce delle misurazioni specifiche sull'attendibilità (certezza) di determinati scenari o sulla sistematica incertezza rispetto ad altri.

3.2. Longevità e limitazioni funzionali

Problema n. 2 - Le progressive limitazioni funzionali delle persone anziane, conseguenti al passare degli anni, sono il secondo problema con cui fare i conti[56]. La maggiore longevità della popolazione non si tradurrà in un simmetrico aumento del numero di anziani con limitazioni funzionali: questo dipenderà molto dalla qualità del processo di invecchiamento. In tutti i casi va messo nel conto il loro relativo incremento che secondo i due scenari che seguono toccherà un massimo nel 2045, dai 3.900.000 ai 3.500.000, per assestarsi tra i 3.500.000 e i 3.200.000 nel 2065.

Come conseguenza diretta della maggiore aspettativa di vita e il conseguente aumento delle persone anziane è certamente da mettere nel conto il probabile aumento (almeno in termini assoluti) di quel segmento di anziani che necessitano assistenza di tipo continuativo.

Se da una parte è certo che vi sarà un numero sempre maggiore di anziani destinati a vivere più a lungo, dall'altra si tratta di capire quanti di questi avranno bisogno di assistenza continuativa. In teoria si possono verificare tre possibili condizioni: «Nella prima ipotesi, se gli anziani in futuro andranno incontro a un numero di anni vissuti in stato di cattiva salute minore di oggi, il bisogno di assistenza per il singolo si ridurrà, e il bisogno globale per tutta la popolazione potrebbe non dover crescere di molto; nella seconda ipotesi, se gli anziani affronteranno un numero di anni vissuti in stato di cattiva salute pari a quello di oggi, il bisogno di cure per il singolo resterà costante, mentre quello globale crescerà, a causa

dell'invecchiamento della popolazione; nella terza ipotesi si prevede che il numero di anni vissuti in cattiva salute dagli individui sia destinato ad aumentare, con conseguente aumento della necessità di cure sia per il singolo individuo che per la collettività»[57].

Per verificare quali di queste tre condizioni caratterizzerà gli anni a venire è necessario fare delle previsioni su quale sarà il numero di anziani disabili previsto per il futuro. Queste previsioni si possono ottenere moltiplicando il numero di coloro che hanno una certa età per le probabilità di andare incontro a una qualche forma di limitazione funzionale e, quindi, di avere bisogno di assistenza[58]. Qui di seguito si propongono due possibili percorsi:

- il primo adotta un approccio statico e fornisce i risultati dei semplici cambiamenti demografici (della popolazione anziana). In altri termini si suppone che in futuro non vi siano variazioni dei tassi di disabilità o di istituzionalizzazione (ricovero in case di cura), ma vari solo il numero degli anziani. Il riferimento statistico è la stima aggiornata al 2013 del numero di anziani con limitazioni funzionali che necessitano di cure e assistenza realizzata dall'Istat;
- il secondo adotta un approccio dinamico che consiste nel proiettare nel futuro i trend passati, variando i tassi di disabilità o quelli di istituzionalizzazione (oltreché il numero degli anziani). La base statistica sono i dati Istat relativi al numero degli anziani con limitazioni funzionali negli ultimi due decenni in rapporto al totale della popolazione residente e a quella anziana.

3.2.1. Previsione degli anziani con limitazioni funzionali: scenario statico

Nell'indagine *Condizioni di salute, condizioni di rischio e prevenzione*[59] del 2014, l'Istat ha prodotto stime aggiornate al 2013 del numero di anziani con limitazioni funzionali che necessitano di cure e assistenza. Secondo tali stime circa 2,5 milioni di anziani sono affetti da una qualche forma di limitazione funzionale[60], con picchi significativi al Sud (Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia) e tassi più bassi nel Nord Italia. Le limitazioni più frequenti sono quelle delle attività della vita quotidiana (*activities of daily living, Adl*) che interessano 1,6 milioni di anziani, con un tasso nazionale del 12,8 per cento, a seguire quelle relative al movimento con 1,3 milioni, con un tasso del 10,2 per cento, e il confinamento con 1,2 milioni, con un tasso del 9,4 per cento (tabella 19).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 88

Tabella 19
Persone di 65 anni e più con limitazioni funzionali per Regione di residenza nel 2013. Valori percentuali

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Assumendo dalla tabella Istat che la percentuale di anziani con limitazioni funzionali sia del 19,8 per cento al 2013 e ipotizzando che rimanga costante (scenario statico) applicandola alle previsioni demografiche Istat (capitolo precedente) nei prossimi decenni avremo la seguente situazione (tabella 20).

Tabella 20
Previsione anziani con limitazioni funzionali a livello nazionale al 2065 secondo lo scenario statico. Valori assoluti e percentuali

Anni	2013	2016	2025	2045	2065
Tot. Res.	60.800.000	60.700.000	60.400.000	58.600.000	53.700.000
% > 65	21,2	22,0	24,7	33,7	33,1
Tot. > 65	12.900.000	13.400.000	14.900.000	19.800.000	17.800.000
% L. F.	19,8	19,8	19,8	19,8	19,8
Tot. L. F.	2.500.000	2.650.000	2.950.000	3.900.000	3.500.000

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Il numero degli anziani con limitazioni funzionali a livello nazionale passerà dai 2,5 milioni del 2013 ai 2,95 nel 2025, raggiungerà un picco di 3,9 milioni nel 2045 per tornare a decrescere a 3,5 milioni nel 2065.

Andando a verificare come gli anziani con limitazioni funzionali si distribuiscono per area geografica (tabella 21) applicando la media di anziani per area del 2016 alle previsioni (scenario statico) si riscontra un incremento nelle regioni del Nord e del Centro e una riduzione nelle regioni del Sud e insulari. Nel dettaglio le regioni del Nord-Ovest dal 22 passano al 23 per cento, quelle del Nord-Est dal 17,8 al 19 per cento, nel Centro dal 18,6 al 22 per cento, mentre nel Sud dal 27 al 23 per cento e nelle Isole dal 14,6 al 13 per cento.

3.2.2. Previsione degli anziani con limitazioni funzionali: scenario dinamico

Per le previsioni secondo lo scenario dinamico vengono presi a riferimento i dati statistici Istat sul numero degli anziani con limitazioni funzionali negli ultimi due decenni in rapporto al totale della popolazione residente e a quella anziana. Questo consente di calcolare la misura di come sia mutata la percentuale di anziani con limitazioni funzionali (tabella 22). Da questa tabella si ricava che negli ultimi ventidue anni gli anziani con limitazioni funzionali sono diminuiti mediamente dello 0,1 per cento annuo rispetto alla popolazione con più di 65 anni. Considerando che questo dato esprime il trend dinamico dei ultimi due decenni, lo assumiamo a riferimento di quanto, molto probabilmente, potrà accadere

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 90

Tabella 21
Previsione anziani con limitazioni funzionali per area geografica al 2065 secondo lo scenario statico. Valori assoluti e percentuali

	2016	2025	2045	2065
Nord-Ovest				
Tot. anziani	3.500.000	4.000.000	5.500.000	5.100.000
% L.F.	15,5	15,5	15,5	15,5
Tot. L.F.	540.000	620.000	850.000	790.000
Nord-Est				
Tot. anziani	2.500.000	2.900.000	3.900.000	3.700.000
% L.F.	17,3	17,3	17,3	17,3
Tot. L.F.	430.000	500.000	675.000	640.000
Centro				
Tot. anziani	2.700.000	2.700.000	4.100.000	3.800.000
% L.F.	19,4	19,4	19.4	19,4
Tot. L.F.	520.000	520.000	795.000	740.000
Sud				
Tot. anziani	3.100.000	3.400.000	4.200.000	3.500.000
% L.F.	22,4	22,4	22,4	22,4
Tot. L.F.	695.000	760.000	940.000	785.000
Isole				
Tot. anziani	1.500.000	1.600.000	2.000.000	1.700.000
% L.F.	25,5	25,5	25,5	25,5
Tot. L.F.	380.000	410.000	510.000	435.000

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

nei prossimi due decenni e, con le incertezze dovute a questo tipo di previsioni, ai due decenni successivi.

Il quadro di previsione che se ne ricava è riportato nella tabella 23 dove, assumendo il dato del 19,8 per cento del 2013 come riferimento base, si valutano le previsioni per il 2025, 2045 e 2065, traguardo di riferimento nelle previsioni demografiche Istat, sottraendo al tasso base il tasso di riduzione medio annuo del numero di anziani con limitazioni funzionali dello 0,1 per cento moltiplicato per il numero degli anni dell'intervallo temporale considerato, al tasso base del 2013 del 19,8 per cento.

Tabella 22
Anziani con limitazioni funzionali nel periodo 1994-2013. Valori assoluti e percentuali

	1994	1999	2005	2013
Pop. res.	53.500.000	57.600.000	58.500.000	60.800.000
% > 65	16,8	17,4	19,5	21,2
Tot. > 65	8.900.000	10.050.000	11.400.000	12.650.000
% L. F.	21,7	20,5	18,8	19,8
Tot. L.F.	1.875.000	2.370.000	2.000.000	2.500.000

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 23
Previsione del numero di anziani con limitazioni funzionali. Valori assoluti e percentuali

	2013	2025	2045	2065
Tot. Res.	60.800.000	60.400.000	58.600.000	53.700.000
% > 65	21,2	24,7	33,7	33,1
Tot. > 65	12.900.000	14.900.000	19.800.000	17.800.000
% L. F.	19,8	19,8-1,2=18,6	19,8-2=17,8	19,8-2=17,8
Tot. L. F.	2.500.000	2.800.000	3.500.000	3.200.000

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Come si vede anche in questo quadro di previsioni si verifica un trend di crescita del numero di anziani con limitazioni funzionali che raggiunge un picco nel 2045 e un successivo decremento nel 2065. Dal confronto degli incrementi registrati nello scenario dinamico con quelli dello scenario statico si possono verificare ordini di grandezza abbastanza simili, anche superiori per lo scenario statico. I "migliori" dati dello scenario dinamico possono essere interpretati, con una qualche giustificazione, come conseguenza degli interventi di cura e prevenzione delle limitazioni funzionali che in qualche misura sono stati realizzati nei decenni passati. Da questo se ne può ricavare l'indicazione che a fronte di un incremento di anziani questo non debba necessariamente coincidere con un equivalente incremento delle limitazioni funzionali. E infatti confrontando gli incrementi percentuali del numero di anziani con gli incrementi degli an-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 92

ziani con limitazioni funzionali negli anni 2025, 2045, 2065, con base 2013, verifichiamo che le percentuali di anziani con limitazioni funzionali rispettivamente del 12, 40 e 28 per cento sono sempre sensibilmente inferiori a quelle corrispondenti all'aumento del numero totale di anziani del 15,5, 53,5 e 38 per cento.

3.2.3. Tipo e grado di limitazioni funzionali

Se è importante valutare come si sviluppa il rapporto quantitativo tra longevità e limitazioni funzionali è altrettanto utile comprendere le dinamiche relative alle loro diverse tipologie. Al riguardo riprendiamo qui di seguito alcuni dei risultati di indiscutibile interesse contenuti nello studio realizzato da Sara Della Bella e Mario Lucchini[61]. La base statistica utilizzata nello studio è l'indagine multiscopo Istat *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari* del 2012-2013. La valutazione di tipologia e dimensione delle limitazioni funzionali è realizzata con l'applicazione di modelli di regressione a sottogruppi statistici organizzati in base al loro grado di autosufficienza.

Nello studio viene utilizzato un insieme di indicatori che fanno riferimento alle cosiddette attività della vita quotidiana *(activities of daily living – Adl*)[62] e attività strumentali della vita quotidiana *(instrumental activities of daily living – Iadl)*[63]. A partire da questi indicatori vengono costruiti degli indici e i punteggi derivanti indicano la salute funzionale e il grado di autosufficienza. Diversi studi hanno dimostrato che Adl e Iadl rappresentano bene la misura in cui una persona è autosufficiente. Mentre le Adl (alzarsi dal letto, vestirsi, lavarsi, mangiare) sono costituite da attività di cura di sé che richiedono abilità basilari, le Iadl (come per esempio cucinare, fare la spesa, usare il telefono) richiedono competenze e abilità maggiori.

Nell'indagine multiscopo dell'Istat, realizzata su un campione di 60.000 famiglie, è contenuto un insieme di domande che tendenzialmente va a rilevare le Adl (vedi box alla pagina a fianco). I sedici indicatori fanno riferimento a una serie di capacità, di diversa natura, che mettono in grado la persona che le possiede di soddisfare i suoi bisogni essenziali da solo e, dunque di essere autosufficiente. Una persona può avere solo alcune di queste abilità o può averle solo in una certa misura; in entrambi i casi sarà una persona non totalmente non autosufficiente, ma la sua qualità di vita può variare molto a seconda delle varie combinazioni di valori assunti dagli indicatori prescelti e quindi dal grado e dal tipo di abilità rimaste.

Indicatori relativi alle capacità della persona anziana di svolgere in modo autonomo funzioni necessarie a soddisfare bisogni essenziali. Indagine multiscopo Istat

1. È costretto a rimanere sempre a letto anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per alzarsi (Sì/No)
2. È costretto a rimanere sempre seduto su una sedia o una poltrona (non su una sedia a rotelle) anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per camminare (Sì/No)
3. È costretto a rimanere sempre nella sua abitazione senza poter uscire per motivi fisici o psichici (Sì/No)
4. Distanza più lunga che può percorrere camminando da solo senza fermarsi e senza stancarsi troppo (1= 200 metri o più; 2 = più di qualche passo ma meno di 200 metri; 3 = qualche passo soltanto; 4 = no perché sempre a letto)
5. Può scendere o salire da solo una rampa di scale senza fermarsi (1 = sì, senza difficoltà; 2 = sì, con qualche difficoltà; 3 = sì, con molta difficoltà; 4 = no non è in grado; 5 = no perché sempre a letto)
6. Può mettersi a letto e alzarsi dal letto da solo (1 = senza difficoltà; 2 = con qualche difficoltà; 3 = solo con l'aiuto di qualcuno; 4 = no perché sempre a letto)
7. Può sedersi e alzarsi da una sedia da solo (1 = senza difficoltà; 2 = con qualche difficoltà; 3 = solo con l'aiuto di qualcuno; 4 = no perché sempre a letto)
8. Può vestirsi e spogliarsi da solo (1 = senza difficoltà; 2 = con qualche difficoltà; 3 = può farlo solo con l'aiuto di qualcuno; 4 = no perché sempre a letto)
9. Può farsi il bagno o la doccia da solo (1 = senza difficoltà; 2 = con qualche difficoltà; 3 = può farlo solo con l'aiuto di qualcuno; 4 = no perché sempre a letto)
10. Può lavarsi le mani e il viso da solo (1 = senza difficoltà; 2 = con qualche difficoltà; 3 = può farlo solo con l'aiuto di qualcuno)
11. Stando in piedi è in grado di chinarsi per raccogliere una scarpa da terra (1 = sì senza difficoltà; 2 = sì con qualche difficoltà; 3 = sì con molta difficoltà; 4 = no non è in grado; 5 = no perché sempre a letto)

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 94

12. Può mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo (1 = senza difficoltà; 2 = con qualche difficoltà; 3 = solo con l'aiuto di qualcuno)
13. Riesce a masticare (1 = sì senza difficoltà; 2 = sì con qualche difficoltà; 3 = sì con molta difficoltà; 4 = no non è in grado)
14. Sente abbastanza per seguire una trasmissione televisiva a un volume che non disturbi gli altri considerando l'uso eventuale di apparecchi acustici (sì/no)
15. Vede abbastanza da riconoscere un amico a quattro metri di distanza considerando l'uso eventuale di occhiali (sì/no)
16. Riesce a parlare senza difficoltà (1 = sì senza difficoltà; 2 = sì con qualche difficoltà; 3 = sì con molta difficoltà; 4 = no non è in grado)

Nello studio gli indicatori riportati nel box sono stati organizzati secondo quattro aree di autonomia:

- l'area della mobilità ampia (indicatori 4, 5 e 11) che implica abilità motorie superiori a quelle minime;
- l'area della mobilità circoscritta (indicatori 1, 2, 3, 6, 7), cui fanno riferimento le abilità motorie minime per avere un certo grado di autonomia almeno nell'ambiente domestico;
- la cura di sé, ovvero le capacità necessarie per la vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, mangiare, ovvero gli indicatori 8, 9, 10, 12, 13);
- le capacità sensoriali (vista, udito, abilità di linguaggio, di cui agli indicatori 14, 15, 16) ovvero quelle che aiutano a rimanere autosufficienti, ma anche a interagire con gli altri e a partecipare attivamente alla vita.

Applicando i criteri individuati nelle quattro aree sul monte del campione lo studio di Sara Della Bella e Mario Lucchini riporta i risultati sintetizzati nel box che segue.

Perfetta autosufficienza: la prima area comprende il 42,6 per cento del campione (11.281 persone). Si tratta di anziani che godono di una situazione di benessere e sono pienamente in possesso di quelle abilità (motorie, sensoriali, di auto-cura) che consentono di essere totalmente autosufficienti. Riescono a camminare per oltre 200 metri, a fare le scale, ad alzarsi da soli dal letto o dalla sedia, a chinarsi fino a terra, a vestirsi e spogliarsi, a lavarsi, a mangiare tagliando il cibo da soli, inoltre sentono e vedono relativamente bene. Uomini e donne sono equamente presenti in quest'area (il 48,5 per cento sono donne) e si tratta di soggetti relativamente giovani: l'età media è di 71,6 anni). I due terzi circa (69,5%) sono coniugati e conviventi. Si tratta di anziani piuttosto istruiti: il 52 per cento ha almeno la licenza media. Da notare che, nonostante sia l'area del maggior benessere funzionale, il 36,1 per cento soffre di malattie croniche.

Autosufficienza: comprende il 27,5 per cento del campione. Gli appartenenti a quest'area non hanno difficoltà per quanto riguarda la mobilità circoscritta, ma presentano difficoltà negli indicatori di mobilità ampia: il 20,8 per cento riesce a compiere meno di 200 metri da solo, solo il 12,6 per cento è in grado di scendere/salire una rampa di scale e il 50 per cento circa ha qualche/molta difficoltà a chinarsi per raccogliere una scarpa. Solo una minoranza, invece, ha importanti deficit di udito (il 22,7 per cento non riesce a seguire una trasmissione a un volume che non disturbi gli altri anche con l'ausilio di appositi apparecchi) e vista (l'8,6 per cento non è in grado di riconoscere un amico a quattro metri di distanza neanche con gli occhiali). Il 55,8 per cento del totale sono donne e il 58,5 per cento sono coniugati/conviventi. L'età media è di 75 anni. Una persona su tre (35%) ha almeno la licenza media. Sale al 52,8 per cento la quota di persone con malattie croniche.

Parziale non autosufficienza: comprende il 15,7 per cento del campione. Gli appartenenti a quest'area hanno evidenti difficoltà per quanto riguarda la mobilità ampia: quasi la metà riesce a compiere

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 96

al massimo 200 metri da solo, il 45,8 per cento è in grado di scendere/salire una rampa di scale senza fermarsi solo con qualche difficoltà e solamente il 5,9 per cento non ha difficoltà a chinarsi per raccogliere una scarpa da terra. In questo gruppo si manifestano anche difficoltà nella mobilità ridotta: il 5,3 per cento è costretto a rimanere sempre nella sua casa e rispettivamente il 48,3 e il 27,8 per cento hanno qualche difficoltà nell'alzarsi dal letto/sedia da soli. Ci sono problemi anche nelle attività di cura di sé: il 35,4 per cento ha qualche difficoltà a vestirsi/spogliarsi da solo e il 56,5 per cento a farsi la doccia o il bagno. Per quanto riguarda i deficit sensoriali non ci sono grandi differenze rispetto alla seconda area: il 24,5 per cento non riesce a seguire una trasmissione televisiva a un volume che non disturbi gli altri anche con l'ausilio di appositi apparecchi e il 15,9 per cento non è in grado di riconoscere un amico a quattro metri di distanza neanche con gli occhiali. La maggioranza degli appartenenti a questo gruppo è donna (66,2%) e l'età media è di 78,4 anni. Il 25,3 per cento ha almeno la licenza media, il 47 per cento è coniugato, ma ben il 42 per cento è vedovo. La netta maggioranza 86,3 per cento soffre di malattie croniche.

Non autosufficienza grave: comprende il 12,1 per cento del campione. Gli appartenenti a quest'area hanno importanti difficoltà non solo nelle attività relative alla mobilità più ampia, ma anche in quelle attività che richiedono abilità motorie basilari. Il 37,5 per cento è costretto a stare sempre in casa e il 46,4 per cento riesce a fare solo qualche passo da solo. Il 28,4 e il 16,4 per cento rispettivamente non sono in grado di mettersi/alzarsi dal letto o sedersi/alzarsi dalla sedia. Una quota significativa non è in grado di vestirsi/spogliarsi da solo (33,4%), di farsi il bagno o la doccia da solo (64,6%) e, rispettivamente, l'11,5 e il 12,1 per cento non riescono a lavarsi o a mangiare senza l'aiuto di qualcuno. Raddoppia la quota con importanti deficit visivi (34,2%) e di udito (42,7%). L'età media è 82,3 anni. La netta maggioranza è costituita da donne (71,3%) e vedovi (56,4%). Solo il 18,5 per cento ha almeno la licenza media e ben il 29,5 per cento non ha conseguito la licenza elementare. L'88 per cento soffre di malattie croniche.

Totale non autosufficienza: l'ultima area è quella della non autosufficienza più grave o, potremmo dire, della non autosufficienza totale. Comprende il 2,1 per cento del campione. Non sono in grado di alzarsi dal letto e/o dalla sedia nemmeno con l'aiuto di qualcuno e sono costretti a rimanere sempre in casa. Conservano solo delle capacità minime: il 26,6 per cento è in grado di lavarsi il viso o le mani da solo, il 35,8 per cento è in grado di mangiare da solo tagliando anche il cibo, tuttavia il 17,4 per cento non è nemmeno in grado di masticare. Forti i deficit sensoriali: il 56,2 per cento non riesce a seguire una trasmissione televisiva a un volume che non disturbi gli altri anche con apparecchi acustici, il 50,6 per cento non è in grado di riconoscere un amico a quattro metri di distanza neanche con gli occhiali. Il 16,5 per cento non è nemmeno nelle condizioni di poter parlare senza difficoltà. Il 69,8 per cento sono donne e l'età media e di 83,4 anni. Oltre la metà sono vedovi/e (54,2%) e ben uno su tre (32,5%) non ha conseguito nessun titolo scolastico e solo il 16,3 per cento ha almeno la licenza media. Il 95 per cento, infine, soffre di malattie croniche.

3.3. La famiglia e la donna nel lavoro di cura

Problema n. 3 - Ancora oggi la famiglia svolge un ruolo centrale nel lavoro di cura. Le trasformazioni passate e in corso dei nuclei familiari ne stanno mutando profondamente i caratteri. A fronte di queste trasformazioni e della crescente domanda di assistenza è più che legittimo domandarsi in che misura sarà in grado di sostenere in modo soddisfacente l'impegno che gli si richiede. Questo anche in considerazione delle sollecitazioni che spingono le donne, vero pilastro del ruolo di assistenza della famiglia, a un più ampio impegno nel mercato del lavoro. Considerando che il tasso di occupazione delle donne a livello nazionale si attesta nel 2017 a circa il 48,9 per cento e l'ambizione è quanto meno raggiungere il livello medio europeo del 61,5 per cento, cioè circa 2.500.000 in più di occupate, risulta chiaro che il tempo che le donne dedicano al lavoro di cura in ambito familiare potrà subire un drastico ridimensionamento.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 98

L'assistenza pubblica in Italia, con particolare riferimento al pilastro domiciliare della Ltc, ma non solo, ha tutt'oggi una forte dipendenza dalla famiglia. Le ragioni di questo vanno ricercate nel profondo dei legami parentali che ancora inducono la maggioranza a privilegiare l'assistenza domiciliare. Non si può tuttavia non rilevare come tale orientamento, considerato come "naturale", abbia indotto e induce a ignorare le ricadute che l'assistenza continuativa verso un proprio membro fragile comporta sull'intero sistema familiare, sia per l'anziano – costretto a una forzata dipendenza mutuata da ragioni affettive e parentali – sia per la famiglia, obbligata a sobbarcarsi gli oneri di un'attività impegnativa e totalizzante.

Il fardello dell'assistenza al familiare fragile, nella maggior parte dei casi gravante sulle spalle di un unico parente (*caregiver*), per lo più donna, costringe a operare rinunce considerevoli sia sul piano professionale sia su quello familiare. In particolare, nel caso di anziani, a essere coinvolti sono il consorte/partner dell'anziano o la figlia; più raramente si tratta di un parente remoto o di figure che gravitano nella sfera delle conoscenze o nell'ambito amicale.

L'impegno richiesto dalle prestazioni di assistenza è in genere significativo, tanto che il *caregiver* è spesso costretto a vivere nella stessa dimora dell'anziano per poter far fronte a ogni evenienza e l'attività di cura si attesta per lei/lui come unica attività possibile dato l'elevato quantitativo di ore da essa richiesto.

Indubbiamente a fronte del processo di invecchiamento e del conseguente incremento che induce nella domanda di assistenza che si scarica su di essa, è più che logico domandarsi, al di là della disponibilità soggettiva dei *caregiver*, in che misura l'attuale ruolo della famiglia come pilastro centrale della Ltc sia in grado di sostenere in modo soddisfacente l'impegno che gli si richiede.

Per rispondere a questa domanda è necessario andare a verificare quali trasformazioni hanno coinvolto le famiglie italiane negli ultimi decenni e quali quelle prevedibili. È necessario, inoltre, comprendere quale potrà essere il punto di equilibrio dell'impegno della donna tra lavoro di cura e proiezione nel mercato del lavoro.

"Contesto e forme familiari". L'Istat fotografa la situazione in cui vivono le persone anziane nel 2015[64]

- Presenza maggioritaria di coppie senza figli fino alla soglia degli 84 anni: è così per il 48,0 per cento delle persone fra i 65 e i 74 anni, per il 40,4 per cento delle persone fra i 75 e gli 84 anni;
- significativa presenza (19,9%) di famiglie con coppia fra i 65 e i 74 anni in cui sono presenti figli non ancora usciti dal nucleo genitoriale;
- famiglie con tutti anziani: dal 21,9 per cento del 2003 al 23,9 per cento del 2012-2013 per le famiglie di over 65 e dal 10,4 per cento del 2003 al 12,7 per cento del 2012-2013 per le famiglie di over 75;
- una notevole percentuale di famiglie composte da persone sole: il 48,7 per cento delle famiglie composte da persone sole sono anziani di 65 anni e più, di cui il 17 per cento ha un'età compresa fra i 65 e i 74 anni; il 20,7 per cento fra i 75 e gli 84 anni; l'11,1 per cento ha più di 85 anni;
- condizione prevalente di persona sola dopo gli 84 anni: è così per il 52,2 per cento delle persone;
- accentuato gap di genere nell'esperienza della solitudine in età avanzata: fra gli uomini la percentuale di persone sole di 65 anni e più è del 30 per cento, mentre fra le donne raggiunge il 62,5 per cento (gap di genere di 32,5 punti percentuali); le donne vivono una straripante esperienza della vedovanza: l'83,5 per cento delle persone vedove fra i 65 e gli 89 anni sono donne.

3.3.1. Le trasformazioni delle famiglie

A distanza di quarant'anni dall'avvio della seconda trasformazione demografica il paese si presenta profondamente modificato. La famiglia tradizionale composta da coppia coniugata con figli non è più il modello dominante e rappresenta nel 2014-2015 il 32,9 per cento del totale delle famiglie. Al contrario, aumentano le nuove forme familiari: le famiglie unipersonali di giovani e adulti (non vedovi) sono più che raddoppiate e riguardano il 7 per cento della popolazione; le libere unioni sono oltre un milione e per oltre la metà riguardano convivenze *more uxorio* tra partner celibi e nubili; le famiglie ricostituite superano il milione (tabella 24).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 100

Tabella 24
Nuove forme familiari – Medie 1993-1994 e 2014-2015 (famiglie e numero di persone in famiglia, numero di persone per 100 abitanti)

Forme familiari	1993-1994			2014-2015		
	N. famiglie (migliaia)	N. persone che ci vivono (migliaia)	N. persone che ci vivono x 100 abitanti	N. famiglie (migliaia)	N. persone che che ci vivono (migliaia)	N. persone che ci vivono x 100 abitanti
Single non vedovi	2.164	2.164	3,8	4.772	4.772	7,9
Monogenitori non vedovi	624	1.522	2,7	1.548	3.815	6,3
Di cui:						
Padre non vedovo	92	232	0,4	277	656	1,1
Madre non vedova	532	1.290	2,4	1.271	3.159	5,2
Libere unioni	227	635	1,1	1.159	3.223	5,3
Di cui:						
Celibi e nubili	67	160	0,3	674	1.836	3,0
Famiglie ricostituite non coniugate	160	475	0,8	485	1.388	2,3
Famiglie ricostituite coniugate	443	1.325	2,3	547	1,649	2,7
Totale	**3.458**	**5.646**	**9,8**	**8.026**	**13.459**	**22,2**

Fonte: Istat, *Indagine aspetti della vita quotidiana*

A partire dagli anni Settanta la popolazione perde la sua capacità di crescita e rimane sostanzialmente stabile, tanto che al censimento del 2001 l'ammontare dei residenti è di poco al di sotto dei 57 milioni rispetto ai 56,5 milioni del 1981. La popolazione perde la sua dinamica endogena, quella dovuta alla componente naturale. La vita media continua ad aumentare, ma la fecondità è sempre più bassa e tardiva.

Invece di crescere, la popolazione invecchia: da un lato per effetto dei progressivi guadagni di sopravvivenza che riguardano sempre più anche le età senili, dall'altro per l'erosione dei contingenti delle nuove generazioni dovuta al protrarsi della denatalità. La piramide delle età inizia a rovesciarsi. L'indice di vecchiaia passa dal 50,4 per cento nel 1976 al 161,1 per cento nel 2016.

Negli anni recenti l'Istat ha introdotto il concetto di terza transizione demografica per fornire uno scenario teorico di sviluppo della popolazione in cui si osserva una compresenza di bassa fecondità, elevata immigrazione e un'accelerazione nei livelli di emigrazione della popolazione autoctona. Nel tempo questo processo potrebbe portare a un cambiamento di rilievo nella struttura della popolazione, sia per cittadinanza sia per età, che a lungo andare condurrebbe a una riduzione della popolazione autoctona progressivamente "rimpiazzata" dalla popolazione di origine straniera. Si tratta in parte di una provocazione, mentre senz'altro non è una provocazione lo scenario di declino demografico che si può immaginare per il nostro paese sulla base delle tendenze recenti.

3.3.2. La dinamica familiare nella fase adulta e anziana

Negli ultimi venti anni sono intervenute importanti modifiche nel ruolo che uomini e donne rivestono in famiglia nelle diverse fasi della vita, in particolar modo in quella adulta e, in misura minore, in quella anziana. Da un lato, diminuisce la quota dei genitori in coppia, dall'altro, aumenta quella dei *single*, dei partner in coppia senza figli e dei genitori soli (tabella 25).

Nella fascia di età 40-44 anni diminuisce la percentuale di uomini e donne in coppia con figli (rispettivamente 20,4 e 18,3 punti percentuali in meno), a vantaggio di un aumento della quota di *single* (+9,6 punti percentuali per gli uomini e +6 per le donne) e di persone in coppia senza figli (+2,6 punti percentuali per gli uomini e +4,4 punti per le donne). In questa fascia di età aumenta di 3,3 punti percentuali la quota di donne in condizione di genitore solo, mentre quella degli uomini rimane stabile.

Nelle classi di età successive (45-49 e 50-54) si osserva un'analoga dinamica familiare: riduzione delle quote di genitori in coppia (comunque maggioritari), aumento di quelle di *single*, di coppie senza figli e di madri sole.

Una donna su quattro di 55-59 anni è in coppia senza figli (2,7 punti percentuali in meno), contro il 16,9 per cento degli uomini (1,9 punti in meno), mentre le quote di persone sole aumentano per entrambi i sessi, in particolare per gli uomini che raddoppiano e arrivano agli stessi livelli delle donne (13 per cento circa).

Tra i 60 e i 64 anni la condizione di genitore in coppia è ancora prevalente tra gli uomini ma non più maggioritaria, mentre tra le donne prevale la condizione di coppia senza figli. In forte aumento la quota di *single* tra gli uomini (6,7 punti percentuali in più), più stabili e su quote più elevate le *single*.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 102

Tabella 25

Persone di 40 anni e più per contesto familiare, sesso e classe di età. Medie 1993-1994 e 2014-2015 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi di età	Anni	Persona sola	Altro senza nucleo	Coppia con figli come membro aggregato	Coppia senza figli come membro aggregato	Nucleo monogenitore come membro aggregato		Coppia con figli come genitori	Coppia con figli come figlio	Nucleo monogenitore come genitore	Nucleo monogenitore come figlio	Coppia senza figli	Famiglie con più nuclei	Totale
Maschi														
40-44	1993-94	6,1	1,2	0,2	0,4	0,3		77,4	2,3	1,0	3,4	6,0	1,8	100
	2014-15	15,7	2,6	0,7	0,6	0,4		57,0	5,8	1,0	5,5	8,6	2,0	100
45-49	1993-94	6,0	1,0	0,1	0,2	0,1		80,2	0,7	1,8	2,8	5,4	1,6	100
	2014-15	14,8	2,1	0,3	0,6	0,4		61,7	3,3	1,4	4,7	8,6	2,1	100
50-54	1993-94	5,7	1,3	0,1	0,2	0,1		76,8	0,6	1,6	2,2	9,5	1,9	100
	2014-15	13,6	1,7	0,3	0,5	0,1		62,1	1,5	3,9	3,3	10,8	2,2	100
55-59	1993-94	6,4	1,2	0,3	0,2	0,2		66,6	0,1	2,1	1,5	18,8	2,6	100
	2014-15	13,1	1,8	0,4	0,5	0,4		58,5	0,3	3,5	2,0	16,9	2,5	100
60-64	1993-94	6,4	1,2	0,3	0,3	0,0		48,2	-	2,2	0,9	37,3	3,2	100
	2014-15	13,1	2,2	0,2	0,1	0,4		44,5	0,1	3,6	1,7	31,1	2,9	100
65-69	1993-94	8,4	1,8	0,6	0,4	0,1		33,1	-	2.0	0,3	50,1	3,2	100
	2014-15	13,2	1,5	0,3	0,2	0,3		31,5	-	2,4	0,2	47,9	2,5	100
70-74	1993-94	9,5	2,2	1,1	0,5	0,1		19,6	-	1,8	-	61,0	4,2	100
	2014-15	13,6	1,5	0,4	0,5	0,4		20,7	-	2,6	-	57,4	2,8	100
+ 75	1993-94	20,9	2,3	2,6	1,0	0,4		10,1	-	3,7	-	54,3	4,8	100
	2014-15	20,3	2,5	1,0	0,5	0,4		12,0	-	2,5	-	58,5	2,4	100
Totale	1993-94	8,1	1,4	0,6	0,4	0,2		56,3	0,6	1,9	1,6	26,2	2,7	100
	2014-15	15,0	2,1	0,5	0,4	0,3		44,6	1,6	2,5	2,4	28,1	2,4	100
Femmine														
40-44	1993-94	3,5	0,4	0,1	0,1	0,1		79,7	1,5	6,2	1,9	4,6	1,9	100
	2014-15	9,5	0,7	0,1	0,3	0,1		61,4	3,4	9,5	2,8	9,0	3,2	100
45-49	1993-94	4,1	1,2	0,2	0,1	0,1		74,4	0,7	7,2	2,1	7,6	2,3	100
	2014-15	9,2	1,4	0,2	0,3	0,1		60,7	2,1	12,2	2,6	9,0	2,2	100
50-54	1993-94	6,5	1,2	0,2	0,0	0,0		63,3	0,3	10,4	2,0	13,8	2,2	100
	2014-15	10,3	1,1	0,5	0,4	0,3		57,0	0,9	11,7	1,7	13,9	2,3	100
55-59	1993-94	8,8	2,5	0,5	0,4	0,2		46,1	0,3	8,8	1,6	27,5	3,3	100
	2014-15	13,2	2,0	0,7	0,2	0,7		43,8	0,4	9,6	1,4	24,8	3,1	100
60-64	1993-94	14,9	2,6	0,9	0,3	0,1		29,7	-	8,7	1,0	39,1	2,6	100
	2014-15	16,0	2,0	1,0	0,2	0,6		29,7	-	8,0	1,2	38,5	2,8	100
65-69	1993-94	23,4	3,8	1,9	0,4	0,6		14,6	-	8,5	0,7	43,3	2,7	100
	2014-15	20,5	2,9	1,1	0,3	0,9		18,8	0,1	7,4	0,4	45,3	2,4	100
70-74	1993-94	35,7	5,8	4,9	0,8	1,2		6,5	-	7,7	-	35,8	2,5	100
	2014-15	27,9	3,2	1,8	0,5	0,9		11,5	-	7,1	0,1	45,1	2,0	100
+ 75	1993-94	47,9	6,5	10,3	3,6	1,4		2,2	-	10,0	-	16,0	2,1	100
	2014-15	50,5	5,2	3,2	1,7	1,6		3,5	-	8,7	-	24,5	1,2	100
Totale	1993-94	17,9	3,0	2,4	0,8	0,5		40,9	0,4	8,4	1,2	22,1	2,4	100
	2014-15	21,9	2,5	1,2	0,6	0,7		34,9	0,9	9,4	1,3	24,3	2,3	100

Fonte: Istat, *Indagine aspetti della vita quotidiana*

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 104

Tra gli uomini di 65-69 anni diminuisce la quota di quanti vivono in coppia con o senza figli e aumenta quella dei *single*. Per le donne di 65-74 anni di età, grazie al miglioramento delle condizioni di vita, l'esperienza familiare muta profondamente: diminuisce la quota di donne che vivono sole e, più lievemente, di madri sole, mentre aumenta di oltre 10 punti percentuali quelle delle donne che vivono in coppia senza figli. Il vantaggio femminile in termini di vita media determina quote più che doppie di anziane di 70 anni e più che vivono sole rispetto a quelle degli anziani soli. Più in generale, il miglioramento delle condizioni di salute e della qualità della sopravvivenza comporta un aumento della quota di uomini di 75 anni e più in coppia senza figli.

Tra le donne di 75 anni e più è evidente un forte calo della quota di quante vivono come membri aggregati, mentre aumenta la quota delle *single* e delle donne in coppia senza figli. Questo cambiamento è attribuibile, in parte, alla progressiva diffusione del ricorso ai servizi privati di assistenza agli anziani: nel 1993 il 9 per cento delle persone di 75 anni e più che vivevano da sole o avevano dichiarato di avvalersi dell'assistenza domiciliare, nel 2015 la quota sale al 14,8 per cento; il fenomeno, inoltre, è dovuto al miglioramento delle condizioni di salute di questa fascia di età.

Tra gli eventi di rilievo che intervengono nella fase adulta e anziana vanno riconosciuti: la dissoluzione dell'unione, il passaggio al nido vuoto e il divenire nonni. Questi eventi determinano non solo una modifica delle condizioni abitative degli individui e delle loro famiglie, ma anche una ridefinizione dei rapporti e dei legami affettivi e di scambio tra le generazioni.

3.3.3. Le nuove generazioni di anziani

Le nuove generazioni di anziani, portatrici di un capitale umano più articolato, sono diverse sia rispetto a quelle del secolo scorso sia a quelle di cinquant'anni fa. L'aumento dei livelli di istruzione e di benessere economico, accompagnato dall'adozione di stili di vita via via più salutari, dalla prevenzione e dai notevoli progressi in campo medico ha avuto un ruolo rilevante sulle loro condizioni di vita, con guadagni consistenti non solo nella vita media, ma anche nella qualità della sopravvivenza.

All'inizio degli anni Novanta, oltre l'80 per cento degli anziani aveva conseguito al massimo la licenza elementare; a distanza di vent'anni la quota scende al 64,8 per cento. L'incremento più significativo dei livelli di istruzione riguarda i cosiddetti "giovani anziani", le generazioni del

primo *baby boom* (nati nel secondo dopoguerra), tra i quali è più che raddoppiata la quota di quanti hanno almeno un diploma (dal 9,7 per cento nel 1991 al 22,2 nel 2011).

La salute rappresenta uno dei pilastri della qualità della vita, in modo particolare nella fase anziana, quando si manifesta la gran parte delle patologie cronico-degenerative che possono comportare nel tempo riduzioni dell'autonomia personale. A fronte dell'allungamento della vita media, migliora anche la qualità della sopravvivenza: a 65 anni la speranza di vita senza limitazioni funzionali nel 1994 era pari a 12,7 anni per gli uomini e 14,2 per le donne; nel 2013 raggiunge rispettivamente 15,5 per gli uomini e 16,2 per le donne.

Gli indici sintetici dello stato fisico e psicologico, che hanno un andamento decrescente con l'età, mettono in luce nel tempo per gli anziani un miglioramento dello stato di salute fisica, in particolare per i maschi, e una sostanziale stabilità dell'indice psicologico. L'aspetto di rilievo è che tale indice resta invariato solo per gli anziani, seppure con livelli più bassi rispetto ad altre classi di età, mentre risulta in peggioramento per le altre classi, in particolare per i maschi giovani e adulti.

3.3.4. La generazione dei baby boom

La generazione dei *baby boom* nel 2013 arriva alla soglia dell'età anziana in condizioni di salute migliori rispetto alle generazioni precedenti: è più bassa la quota delle limitazioni funzionali e quella di chi dichiara di stare male o molto male. Il progressivo invecchiamento determina livelli complessivamente crescenti di patologie croniche nel totale degli anziani, anche se l'analisi per generazioni mette in mostra, in particolare tra i giovani anziani (65-74 anni), come la presenza di malattie croniche gravi si stia riducendo nel tempo.

Non mancano aspetti di fragilità, soprattutto tra chi ha un basso livello di studio. Questi gruppi infatti mostrano prevalenze doppie della cattiva salute percepita e della presenza di limitazioni funzionali rispetto ai coetanei istruiti. Inoltre, a parità di classe di età, genere e ripartizione geografica di appartenenza, queste diseguaglianze permangono, sebbene tendano lentamente a ridursi nel tempo per quanto riguarda la percezione della cattiva salute. È proprio sui soggetti più svantaggiati che maggiormente si cumulano gli ulteriori disagi di salute, e ciò anche per attività e comportamenti poco salubri nel corso della vita (ad esempio: lavori usuranti), scarsa prevenzione o difficoltà ad accedere alle cure (carenza di prestazioni sanitarie).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 106

Anche il contesto familiare ha una relazione con la dimensione della salute. A parità di fattori quali l'età, il genere, il territorio e il livello di istruzione, si conferma che gli anziani che vivono in coppia dichiarano migliori condizione di salute. Tra le tipologie familiari più diffuse a questa età, gli anziani che vivono in coppia ("nido vuoto") sono quelli che godono di migliori condizioni di salute, a differenza del membro aggregato che presumibilmente necessita di maggiore assistenza e sceglie o è costretto a spostarsi nell'abitazione dei figli. Questo fattore protettivo rappresentato dallo stare in coppia si conferma anche per quanto riguarda la presenza di limitazioni funzionali.

I miglioramenti delle condizioni di salute, e ancor più gli elevati tassi d'istruzione delle generazioni che passano nella fase anziana della vita, favoriscono l'invecchiamento attivo. Con la strategia dell'invecchiamento attivo promossa dall'Oms non si fa riferimento esclusivamente alla capacità di essere fisicamente attivi o di partecipare alla forza lavoro, ma anche alla partecipazione della vita sociale, economica, culturale e civile. Vivere in modo attivo la fase anziana della vita innesca a sua volta un circuito virtuoso che contrasta l'isolamento sociale e la cattiva salute, intesa nella più ampia accezione.

Per analizzare il fenomeno sono stati selezionati l'indicatore sintetico della partecipazione culturale, quello della partecipazione sociale e l'uso di internet come elementi connessi al rischio di esclusione sociale nelle fasi più anziane della vita. Il confronto tra i tre indicatori a distanza di dieci anni fa registrare un miglioramento per gli anziani, con la parziale eccezione della partecipazione culturale. L'evoluzione dei tre indicatori per classe di età mostra un andamento decrescente per gli anziani. Soprattutto per l'uso di internet, fortemente aumentato negli ultimi dieci anni, il gradiente per età è nettissimo, più sfavorevole per gli anziani, anche se l'aumento che si è registrato non esclude affatto questa fascia di popolazione. Gli anziani infatti si aprono alle nuove tecnologie, con la diffusione dell'uso di internet anche tra le donne che mostrano un ritmo di incremento superiore a quello degli uomini a parità di età, anche se lo svantaggio rispetto agli uomini rimane rilevante. Il cambiamento riguarda maggiormente la fascia di età 65-69 anni, in cui la percentuale di quanti usano internet è salita negli ultimi dieci anni dell'1,3 per cento.

3.3.5. I tempi di lavoro delle donne

L'Italia è un paese caratterizzato da forti differenze di genere sia nel mercato del lavoro sia nella distribuzione dei carichi di lavoro familiare. Quest'ultimo, insieme al lavoro retribuito, contribuisce al benessere delle famiglie, sia producendo beni e servizi (preparazione dei pasti, pulizia e manutenzione della casa eccetera) sia garantendo la cura di bambini e anziani.

Nonostante il maggiore livello di istruzione delle donne in età attiva (il 53,8 per cento delle donne ha un diploma o una laurea a fronte del 49,2 per cento degli uomini, soprattutto in ragione della maggiore incidenza di laureate), nel 2016 il tasso di occupazione femminile tra i 15 e i 64 anni si attesta al 48,1 per cento, con una distanza di 18,4 punti percentuali rispetto a quello maschile (66,5%) (tabella 26).

L'indicatore, limitato alla popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni, è ritenuto dall'Istat particolarmente utile per apprezzare le differenze nel livello di partecipazione femminile al mercato del lavoro perché consente di concentrarsi sulla parte di popolazione potenzialmente attiva, in cui la partecipazione al mercato del lavoro non è condizionata da variabili biologiche legate all'età.

I tassi di occupazione femminile sono molto diversificati nei gruppi: i valori più elevati si riscontrano nelle famiglie di impiegati, in quelle della classe dirigente e dei giovani colletti blu (tra il 67,3 e il 64,5 per cento), mentre sono particolarmente bassi quelli dei gruppi di anziane sole e giovani disoccupati e delle famiglie a basso reddito di soli italiani (rispettivamente 16,8 e 31,8 per cento) (tabella 27). La tenuta dell'occupazione femminile negli anni della crisi, parallelamente alla diminuzione dell'occupazione maschile, ha comportato una riduzione della distanza nei tassi di occupazione, che, nel 2008, era di 22,9 punti percentuali: la più forte riduzione del divario di genere si segnala nelle famiglie a basso reddito di soli italiani (nel 2016 il divario arriva a 22,5 punti percentuali, 8,6 in meno rispetto a otto anni prima).

In generale, il possesso di un titolo di studio elevato favorisce l'accesso delle donne al mondo del lavoro in tutti i gruppi sociali: in media, il tasso di occupazione passa dal 29,8 per cento per le donne con al massimo la licenza media al 73,3 per cento per quelle con la laurea; peraltro, il tasso di occupazione delle laureate supera l'80 per cento proprio nei gruppi con tassi di occupazione femminile più elevati. Il livello di istruzione incide fortemente anche sui tassi di inattività femminile, che si riducono

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 108

Tabella 26
Tasso di occupazione e tasso di inattività per la popolazione di 15-64 anni per caratteristiche sociodemografiche – Anni 2008-2016 (valori e differenze percentuali)

Caratteristiche	Maschi		Femmine		Differenze di genere	
	2008	2016	2008	2016	2008	2016
Tasso di occupazione 15-64 anni						
Ripartizione geografica						
Nord	76,1	73,6	57,6	58,2	-18,5	-15,4
Centro	73,0	69,9	52,8	54,4	-20.2	-15.6
Sud	61,0	55,3	31,3	31,7	-29,7	-23,6
Classe di età						
15-34 anni	58,0	45,5	42,5	34,1	-15,5	-11,3
35-49 anni	90,3	83,3	62,0	61,7	-28,3	-21,6
50 anni e oltre	60,0	69,8	34,8	46,9	-25,3	-22,8
Titolo di studio						
Licenza media	61,5	55,2	29,9	29,8	-31,7	-25,3
Diploma	77,0	72,9	58,7	54,7	-18,2	-18,2
Laurea e altro	84,3	83,3	73,9	73,3	-10,4	-10,0
Totale	70,1	66,5	47,2	48,1	-22,9	-18,4
Tasso di inattività 15-64 anni						
Ripartizione geografica						
Nord	21,6	21,0	39,3	36,2	17,6	15,1
Centro	23,4	22,3	42,5	38,6	19,1	16,3
Sud	32,1	32,2	62,8	59,2	30,7	27,0
Classe di età						
15-34 anni	35,5	42,3	50,7	54,9	15,2	12,6
35-49 anni	6,2	9,0	33,4	30,7	27,2	21,7
50 anni e oltre	38,1	25,2	64,0	50,1	26,0	24,9
Titolo di studio						
Licenza media	33,9	35,1	66,2	63,7	32,3	28,7
Diploma	19,1	19,2	36,3	37,3	17,3	18,1
Laurea e altro	12,8	11,9	21,6	20,2	8,8	8,3
Totale	25,7	25,2	48,4	44,8	22,7	29,6

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

dal 63,7 per cento tra le donne con al massimo la licenza media al 20,2 per cento tra le laureate. Tuttavia, nelle famiglie a basso reddito con stranieri e di soli italiani i tassi di inattività per la classe d'età 15-64 anni sono di oltre dieci punti superiori alla media anche tra le laureate.

Oltre al livello di istruzione, anche l'età incide sulla partecipazione delle donne al mercato del lavoro, con tassi di occupazione femminile più bassi di quelli maschili in tutte le classi di età e un divario che cresce all'aumentare dell'età: minimo tra le persone di 15-34 anni (-11,3%) e massimo (-22,8%) tra quelle di 50 anni e più. Tuttavia, tra le donne di 15-34 anni che fanno parte delle famiglie a basso reddito con stranieri e in misura minore di quelle che appartengono alle famiglie di operai in pensione e di giovani *blue collar*, i divari nei tassi di occupazione sono più elevati della media (da 25,9 punti tra le famiglie con stranieri a circa 16 punti negli altri due gruppi).

Le forti differenze territoriali che connotano il mercato del lavoro italiano condizionano i tassi di occupazione femminile, che passano dal 58,2 per cento nel Nord al 31,7 per cento nel Mezzogiorno. Ne consegue che il divario di genere nei tassi di occupazione è molto più basso nel Centro-Nord (circa 15 punti percentuali in meno) che nel Mezzogiorno (-23,6%). I gruppi che si caratterizzano per divario più elevato tra tassi di occupazione maschile e femminile nel Mezzogiorno sono quelli delle famiglie dei giovani colletti blu e di quelle degli operai in pensione. Il Mezzogiorno, peraltro, si caratterizza anche per la quota massima del tasso di inattività femminile (59,2%) e per la presenza di uno zoccolo duro di donne da sempre fuori dal mercato del lavoro: il 33,5 per cento delle donne tra 50 e 64 anni a fronte dell'11,8 per cento nel Centro e del 7 per cento nel Nord. Nei gruppi, le incidenze di donne di 50-64 anni che non hanno mai lavorato nella vita sono più elevate in quelli delle anziane sole, delle famiglie a basso reddito di soli italiani e di quelle tradizionali della provincia.

Gli ostacoli all'accesso e alla permanenza delle donne nel mercato del lavoro continuano a essere particolarmente forti per le madri. Infatti, nella fascia d'età tra 25 e 49 anni, in cui l'attività riproduttiva interagisce con la presenza delle donne nel mercato del lavoro, l'occupazione femminile è più elevata tra le donne che vivono da sole (79%), quelle in coppia ma senza figli (69,2%) o in altra condizione (57,4%). Invece, tra le madri di 25-49 anni, il tasso di occupazione si ferma al 54,1 per cento, con valori ancora più bassi per quelle presenti nei gruppi delle anziane sole e giovani disoccupati e delle famiglie a basso reddito sia con stranieri sia di soli

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 110

Tabella 27

Principali indicatori sulla condizione professionale 15-64 anni e i tempi di lavoro retribuito e familiare.
Anni 2008-2009, 2013-2014 e 2016 (valori e differenze percentuali)

Caratteristiche	Totale	Famiglie a basso reddito con stranieri		Famiglie a basso reddito con soli italiani	Famiglie tradizionali della provincia	Anziane sole e giovani disoccupati	Famiglie degli operai in pensione	Giovani colletti blu	Famiglie di impiegati	Pensioni d'argento	Classe dirigente
2016											
Indicatori del mercato del lavoro 15-64 anni											
Tasso di occupazione donne 14-64 anni	48,1	47,1		31,8	40,1	16,8	41,3	64,5	67,3	48,3	65,0
Tasso di occupazione uomini 14-64 anni	66,5	68,0		54,3	63,8	22,6	62,5	89,2	82,4	61,7	76,0
Tasso inattività femminile 14-64 anni	44,8	41,4		58,1	52,5	67,1	54,3	30,4	29,1	47,4	32,7
Tasso di occupazione donne 25-49 anni in coppia senza figli	60,2	55,2		-	-	27,6	63,8	73,4	82,9	78,9	85,5
Tasso di occupazione madre 25-49 anni in coppia	54,1	36,9		37,2	49,1	23,6	60,3	63,0	72,2	69,9	79,0
Donne 50-64 anni che non hanno mai lavorato	17,0	12,9		26,8	24,8	29,6	20,4	12,3	7,3	11,4	6,7
2013-2014											
Indicatori sui tempi di lavoro 15 anni e più											
Quota uomini sovraccarichi 15-64 anni	46,8	49,9		44,5	46,8	41,6	48,4	47,0	45,0	49,4	48,1
Quota donne sovraccariche 15-64 anni	54	58,0		52,6	50,3	41,5	53,3	53,4	58,1	50,3	52,2
Indice di asimmetria lavoro familiare nelle coppie (lei 25 anni e più)	68,8	66,2		66,9	72,7	69,5	71,4	68,2	66,0	67,1	68,7
Indice di asimmetria lavoro nelle coppie di entrambi occupati (lei 25 anni e più)	65,2	69,1		62,6	67,4	-	73,6	63,1	64,4	62,7	65,8
Opinione positiva su modello tradizionale uomo capofamiglia (coppie lei 25 anni e più)	49,1	66,0		53,3	61,6	58,3	59,0	45,3	35,1	42,0	32,8
Variazioni rispetto al 2008											
Indicatori sul mercato del lavoro 15-64 anni											
Tasso di occupazione donne 14-64 anni	-3,7	-11,6		-10,8	-3,7	-9,3	3,1	-2,9	-2,2	2,2	1,5
Tasso di occupazione uomini 14-64 anni	0,8	-5,4		-2,1	-0,6	-0,9	3,1	-0,3	1,2	2,0	4,8
Tasso inattività femminile 14-64 anni	-3,6	2,0		-1,4	-2,0	-4,7	-5,1	-0,9	-2,2	-3,8	-5,4
Tasso di occupazione donne 25-49 anni in coppia senza figli	-4,3	-4,0		-	-	-4,4	-1,5	-1,5	-1,9	3,0	-1,2
Tasso di occupazione madre 25-49 anni in coppia	-0,3	-4,8		-1,8	2,9	1,0	2,1	0,8	3,7	0,4	2,0
Donne 50-64 anni che non hanno mai lavorato	-3,3	0,4		-3,6	-1,6	-8,5	-1,5	-2,6	-1,5	-2,1	-0,4
Variazioni rispetto al 2008-2009											
Indicatori sui tempi di lavoro 15 anni e più											
Quota uomini sovraccarichi15-64 anni	-1,8	-7,1		-1,8	-4,0	3,1	2,5	2,4	-4,2	1,9	-8,0
Quota donne sovraccariche 15-64 anni	-3,7	-10,1		-10,8	-6,1	-12,9	1,1	-3,0	-0,5	-2,8	-6,6
Indice di asimmetria lavoro familiare nelle coppie (lei 25 anni e più)	-7,0	-15,0		-11,3	-7,4	-6,6	-3,0	-7,5	-8,1	-6,1	-6,0
Indice di asimmetria lavoro nelle coppie di entrambi occupati (lei 25 anni e più)	-8,0	-8,9		-9,0	-13,4	-	-5,1	-8,5	5,3	-10,2	-8,1

Fonte: Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 112

italiani. Di contro, nei gruppi a reddito più elevato, caratterizzati da maggiori tassi di occupazione, il possesso di elevati titoli di studio, che favorisce l'accesso a un lavoro più stabile, protegge i livelli di occupazione delle donne anche quando esse diventano madri. Le madri occupate nei gruppi delle famiglie di impiegati e della classe dirigente sono rispettivamente il 72,2 e il 79 per cento. In questi gruppi, inoltre, risultano particolarmente alti anche i tassi di occupazione per le donne in coppia senza figli tra i 25 e i 49 anni, rispettivamente l'82,9 e l'85,5 per cento.

Per le madri sole, tuttavia, la necessità di mantenere il ruolo di sostegno familiare assieme a quello di genitore comporta un più elevato tasso di occupazione, che arriva in media al 66,4 per cento.

3.3.6. - Gli squilibri nei carichi di lavoro in famiglia

Alla maggiore difficoltà delle donne rispetto agli uomini nel mercato del lavoro, si aggiunge anche uno squilibrio nella distribuzione dei carichi di lavoro complessivi. Tradizionalmente l'Italia esprime una forte asimmetria nella divisione dei ruoli nella coppia: l'organizzazione dei tempi delle persone, pur variando nel corso dell'esistenza, mantiene infatti una forte differenziazione di genere, a sfavore delle donne.

Tenendo conto del complesso della popolazione in età attiva (15-64 anni), in cui sono potenzialmente presenti tutte le componenti del lavoro (lavoro retribuito e lavoro familiare, ossia quello domestico e di cura), la settimana lavorativa media, considerando sia il lavoro retribuito sia quello familiare, è di 39 ore e 30 minuti per gli uomini e di 46 ore e 52 minuti per le donne. Particolarmente impegnativa la settimana lavorativa degli occupati, cioè della parte di popolazione che svolge entrambe le componenti del lavoro totale, che raggiunge 51 ore e 49 minuti per gli uomini e 57 ore e 59 minuti per le donne. Tra i non occupati è evidente il contributo apportato al benessere familiare dalle casalinghe, che con il loro lavoro producono beni e servizi per 49 ore a settimana.

La specializzazione dei ruoli di genere nella divisione dei carichi di lavoro connota i tempi di vita dei paesi mediterranei e in particolar modo dell'Italia, dove il lavoro familiare è ancora considerato una responsabilità prevalentemente femminile, non solo nelle famiglie che seguono il modello tradizionale del capofamiglia uomo, ma anche in quelle in cui anche la donna lavora. Tale considerazione viene corroborata dai risultati emersi da un approfondimento sugli stereotipi di genere realizzato nell'indagine Istat *Uso del tempo*[65] del 2013-2014, da cui risulta che il 53,4

per cento degli uomini e il 45,1 per cento delle donne in coppia sono molto o abbastanza d'accordo con l'affermazione secondo cui: «È meglio per la famiglia che l'uomo si dedichi prevalentemente alle necessità economiche e la donna alla cura della casa» (in media, nella coppia, 49,1 per cento).

Lo stereotipo dell'uomo capofamiglia resiste soprattutto nel Mezzogiorno (il 61,8 per cento degli uomini e il 52,8 per cento delle donne) e tra chi ha un basso titolo di studio (il 64,6 per cento degli uomini e il 59,9 per cento delle donne). Tuttavia, persino nelle coppie in cui entrambi i *partner* lavorano persiste una quota non indifferente di persone che giudica positivamente il modello tradizionale di divisione dei ruoli (il 38,8 per cento degli uomini e il 28,1 per cento delle donne). La persistenza di convinzioni così diffuse e radicate nel paese, insieme alla cronica mancanza di servizi sociali per l'infanzia, contribuisce a spiegare non solo la bassa partecipazione femminile al mercato del lavoro, ma anche il primato tutto italiano delle occupate più sovraccariche d'Europa in termini di lavoro totale.

Se si considera infatti l'indicatore di sovraccarico di lavoro, dato dalla quota di popolazione che svolge più di sessanta ore settimanali di lavoro totale (retribuito o familiare), la situazione delle donne occupate appare fortemente critica: il 54 per cento lavora infatti per un numero di ore che supera la soglia, contro il 46,8 per cento degli uomini occupati. Quando al lavoro domestico si aggiunge il lavoro di cura dovuto alla presenza di figli, le madri sovraccariche sono il 61,5 per cento contro il 50,1 per cento dei padri.

Analizzando la composizione delle ore di lavoro, tra familiare e retribuito, degli occupati secondo il ruolo ricoperto in famiglia emerge come per le donne occupate il ruolo di *partner* o di madre porti a ridimensionare l'impegno nel lavoro retribuito per lasciare spazio ai maggiori carichi di lavoro familiare, passaggio che invece avviene solo marginalmente per gli occupati maschi.

Segnali di riequilibrio

Nonostante le evidenze illustrate mostrino come il paese non abbia ancora superato una visione tradizionale dei ruoli di genere, tuttavia si registrano segnali positivi nell'ultimo quinquennio. Infatti, l'indice di asimmetria del lavoro familiare, che misura la parte del tempo dedicato al lavoro domestico e di cura svolto dalle donne (sul totale di quello della cop-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 114

pia), nelle coppie in cui entrambi i *partner* lavorano è sceso per la prima volta sotto la soglia del 70 per cento (arrivando al 65,2 per cento), un traguardo che cinque anni fa era stato raggiunto solo dalle coppie di occupati con donna laureata. Rispetto al 2008-2009, si osserva un calo dell'indice dell'8 per cento, con un'accelerazione dovuta per la prima volta più a un aumento importante del contributo maschile nel lavoro familiare, cresciuto mediamente di un'ora e 50 minuti a settimana, che al taglio operato dalle donne nei tempi dedicati al lavoro domestico, che ammonta a 19 minuti a settimana. Questo incremento generalizzato del contributo maschile al lavoro familiare nelle coppie di occupati è in parte conseguenza del calo delle ore di lavoro retribuito: la crisi non ha generato solo una perdita di occupazione, ma anche una diminuzione delle ore lavorate dagli uomini occupati (tre ore e 26 minuti a settimana), che per la prima volta sono state reinvestite anche in un maggior contributo al lavoro familiare.

L'Italia è quindi un paese che, seppure con difficoltà, si sta muovendo verso un modello più paritario di divisione del lavoro, sia nel senso di una maggiore possibilità di accesso al lavoro retribuito delle donne sia come più equa distribuzione dei carichi di lavoro familiare nelle coppie. Non si tratta però di un percorso univoco né omogeneo: la lettura della società italiana attraverso i gruppi sociali mostra che il percorso verso la parità è particolarmente complesso in alcuni di essi, dove c'è maggiore resistenza al cambiamento, mentre in altri le disparità di genere si sono già ridotte.

Per osservare le differenze di genere nei tempi di lavoro totale nei gruppi sociali, l'Istat ha concentrato l'attenzione sulla popolazione attiva tra i 15 e i 64 anni, e sulle famiglie al cui interno risiede almeno una coppia. Questo perché tale tipologia di famiglia è ben rappresentata in tutti i gruppi, tranne che in quello delle famiglie di anziane sole e giovani disoccupati, che, essendo caratterizzato da una forte prevalenza di famiglie unipersonali, presenta al suo interno almeno una coppia in circa un quarto dei casi. Considerando l'insieme dei tempi di lavoro (retribuito o familiare), gli occupati più sovraccarichi appartengono alle famiglie a basso reddito con stranieri per entrambi i generi: un uomo su due e quasi tre donne su cinque di questo gruppo lavorano più di sessanta ore a settimana tra lavoro retribuito e lavoro familiare.

Le coppie delle famiglie a basso reddito di soli italiani e quelle tradizionali della provincia sono soprattutto di tipo tradizionale, in cui lui è occupato e lei è casalinga (rispettivamente 39,5 e 35,2 per cento), mentre le coppie in cui sono occupati entrambi i *partner* sono circa il 28 per cento in entrambi i gruppi. Le famiglie a basso reddito con stranieri comprendono meno coppie, perché queste famiglie sono più spesso formate da persone sole, ma le coppie, quando sono presenti, sono altrettanto spesso di tipo tradizionale (34,4%). In quelle delle famiglie a basso reddito con stranieri e delle famiglie tradizionali della provincia in cui la donna è occupata, i carichi di lavoro familiare sono più sbilanciati: le donne infatti svolgono rispettivamente il 69,1 e il 67,4 per cento del lavoro familiare. In entrambi i gruppi la quota di persone in coppia che esprime un'opinione positiva riguardo al modello tradizionale del capofamiglia uomo è massima (oltre il 60 per cento in media nella coppia), a conferma della prevalenza di una visione molto conservatrice della divisione dei ruoli in base al genere.

Nelle famiglie a basso reddito di soli italiani, la divisione dei ruoli nelle coppie appare netta: gli uomini si concentrano maggiormente sul lavoro retribuito e le donne sul lavoro familiare. Tuttavia, quando i *partner* sono entrambi occupati, non si rilevano particolari problemi di asimmetria nella gestione dei carichi di lavoro familiare: le donne ne svolgono infatti il 62,6 per cento (2,6 punti percentuali in meno rispetto alla media nazionale).

Pertanto, se si considerano i tre gruppi a minor reddito, le situazioni di maggiore arretratezza in termini di parità di genere si registrano nelle famiglie a basso reddito con stranieri e nelle famiglie tradizionali della provincia, in cui nella maggioranza delle coppie le donne o si occupano esclusivamente del lavoro familiare oppure, quando lavorano, sono impegnate nel lavoro familiare per un tempo superiore alla media.

Anche tra le donne che fanno parte delle famiglie di impiegati (in cui il tasso di occupazione 15-64 anni è il più elevato) la quota di donne occupate sovraccariche è superiore alla media nazionale (58,1%), a causa della forte presenza di donne con figli che svolgono, all'interno del lavoro familiare, sia lavoro domestico sia di cura. Diversamente, la quota di donne sovraccariche appartenenti alla classe dirigente è al di sotto della media nazionale anche perché è maggiore il ricorso ai servizi privati per le famiglie: nel 27,8 per cento dei casi in queste famiglie ci si avvale dell'aiuto di una colf (contro una media nazionale del 7,1 per cento) e – quando vi sono figli di 0-13 anni – di una *baby sitter* nel 12,5 per cento dei casi (contro una media del 2,9 per cento).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 116

Il maggiore impegno nel lavoro retribuito delle donne si accompagna a una più equa divisione dei compiti nella coppia, in particolare nelle famiglie di impiegati in cui l'indice di asimmetria è leggermente al di sotto della media nazionale (64,4%). La presenza in questi gruppi di livelli di istruzione più elevati si traduce in una maggiore distanza dal modello tradizionale dell'uomo capofamiglia, che viene giudicato positivamente solo nel 32,8 per cento dei componenti delle coppie della classe dirigente e dal 35,1 di quelli delle famiglie di impiegati.

Nelle famiglie di giovani colletti blu gli indicatori di sovraccarico sono in linea col dato nazionale, mentre il livello di asimmetria è inferiore alla media: le donne svolgono il 63,1 per cento del lavoro della coppia. Tra le coppie di questo gruppo è meno radicato il modello tradizionale di divisione dei ruoli, tanto che la quota di quanti esprimono un giudizio positivo sul ruolo dell'uomo capofamiglia scende al 45,3 per cento, pur mantenendosi ancora elevata rispetto ai gruppi in cui alla giovane età si associa anche un titolo di studio più elevato.

In questi gruppi, quindi, la condizione delle donne è più vicina alla parità. Livelli di istruzione più alti, come nelle famiglie di impiegati e nella classe dirigente, o l'appartenenza a generazioni più giovani, come nel caso delle famiglie dei giovani *blue collar*, contribuiscono a scardinare un modello tradizionale di divisione dei ruoli nella coppia.

Infine, i gruppi delle anziane sole e dei giovani disoccupati, degli operai in pensione e delle pensioni d'argento sono accomunati da tassi di inattività superiori alla media. L'indice di asimmetria nel lavoro familiare rivela un forte squilibrio nella divisione dei carichi nelle coppie soprattutto nel gruppo delle famiglie di operai in pensione, l'unico a superare ancora la soglia del 70 per cento (71,4%), e in quello delle anziane sole e dei giovani disoccupati (69,5%). Al contrario, nel gruppo delle pensioni d'argento l'asimmetria di genere nelle coppie è al di sotto della media nazionale. L'opinione espressa sul modello tradizionale dell'uomo capofamiglia è coerente con questi andamenti: il giudizio positivo va dal massimo del 59 per cento delle persone in coppia nelle famiglie di operai in pensione al minimo del 42 per cento in quelle delle pensioni d'argento.

In conclusione, quindi, anche nelle famiglie caratterizzate da un'età media più elevata, in cui la persona di riferimento è inattiva, la presenza nel gruppo i titoli di studio mediamente più elevati fa la differenza rispetto alla distribuzione dei carichi di lavoro.

3.4. Il ricambio dei *caregiver* familiari

Problema n. 4 - Previsioni demografiche, incremento della domanda di assistenza di lunga durata, mutamenti della famiglia, auspicato maggiore impegno della donna nel mercato del lavoro sono tutte dinamiche da cui emerge con grande chiarezza che in breve nel paese si aprirà un serio problema di come garantire una crescente quota di *caregiver* per l'assistenza agli anziani in quanto il lavoro di cura fino a oggi garantito in ambito familiare subirà un drastico ridimensionamento.

Due dati a confronto rendono chiaro, più di altri, lo scenario: a fronte di una prevedibile crescita nei prossimi anni di più di un milione di anziani con limitazioni funzionali, 2.500.000 donne, che oggi garantiscono l'assistenza, dovrebbero entrare a pieno titolo nel mercato del lavoro e, quindi, con molto meno tempo a disposizione per le cure familiari. A conferma di queste tendenze l'*Oldest support ratio*, cioè il rapporto tra la popolazione appartenente alla classe 40-65 anni e la classe over 65, si riduce della metà nel 2045.

Il sistema di Ltc si è retto finora in larga parte sul contributo delle famiglie dei non autosufficienti: secondo l'Istat[66] in Italia ci sono circa 3,3 milioni di *caregiver* familiari, l'8,6 per cento della popolazione italiana adulta, che si prende cura di anziani, malati e disabili.

Come visto nel capitolo 3.2. su longevità e limitazioni funzionali, in prospettiva la situazione si presenta molto critica. Crescenti saranno le difficoltà innanzitutto per l'aumento di popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura che passerà dai circa 2,5 milioni valutati dall'Istat nel 2013 ai circa 3,5-3,9 milioni nel 2045.

A questo incremento sicuramente non potrà corrispondere un adeguato numero di *caregiver* familiari a causa dei profondi mutamenti che stanno vivendo le famiglie e il ruolo della donna nel mercato del lavoro.

Occorre inoltre considerare che stanno mutando anche quelle condizioni di contesto per il venir meno delle convenienze su cui si fondava l'esternalizzazione del servizio. In particolare: 1) per gli effetti della crisi che hanno colpito duramente tanto i redditi familiari (in non poche province risulta in crescita il numero di cittadini anziani in condizioni di indebitamento e di disagio sociale determinate da redditi scarsi) quanto le

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 118

risorse che i Comuni dedicano all'assistenza sociale; 2) per il crescente numero di anziani che vivono soli in abitazioni che, se pur di proprietà, sono spesso profondamente inadeguate alle loro esigenze; 3) per la crescente presa di coscienza da parte di lavoratori e lavoratrici "badanti" del ruolo che hanno assunto.

Interrogarsi, di conseguenza, su quale sarà il futuro fabbisogno di *caregiver* è un esercizio quanto mai necessario perché preliminare all'individuazione delle più opportune strategie necessarie a garantire un'offerta di assistenza adeguata alla crescente domanda.

3.4.1. Il futuro dei caregiver *familiari*

Per la valutazione delle potenzialità future dei *caregiver* familiari di garantire la cura degli anziani con limitazioni funzionali ci serviremo dell'indice *Oldest support ratio* (Osr) applicandolo alle previsioni demografiche Istat al 2065.

L'indice *Oldest support ratio* (Osr)[67] è definito come rapporto tra la popolazione appartenente alla classe 50-74 anni e la classe over 85. In sostanza l'indice fornisce informazioni sul numero di persone, figlie o figli, potenzialmente in grado di garantire cure informali per ciascuna persona over 85.

Nel nostro caso assumiamo che a fornire il lavoro di cura siano i familiari compresi nella fascia di età 40-65 a favore degli over 65 con riferimento alle previsioni demografiche dell'Istat al 2016, 2025, 2045 e 2065 (tabella 28). Si assumono come riferimento i familiari compresi tra i 40-65 anni in quanto c'è da ritenere che i loro genitori siano entrati nella fascia di età superiore ai 65 anni.

Valutandone l'andamento demografico, risulta che la classe di età compresa tra i 40 e i 65 anni, assumendo come base 100 il 2016, subisce una prima leggera contrazione dello 0,3 per cento nel 2025 per precipitare del 20,2 per cento nel 2045 e del 26,3 nel 2065.

Le classi di età superiori ai 66 anni, viceversa, fanno registrare un incremento dell'11,40 per cento nel 2015, un salto del 50 per cento nel 2045 e del 35,4 nel 2065.

Tabella 28

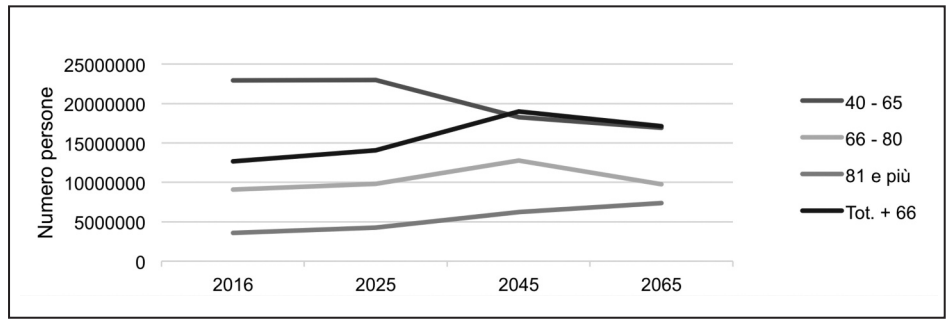
Popolazione tra 40-65, 66-80, +81 anni nel 2016, 2025, 2045, 2065. Valori assoluti e percentuali con base 100 nel 2016

	A - 2016	B - 2025	% B/A	C - 2045	% C/A	D - 2065	% D/A
40-65	22.943.545	23.010.509	0,3	18.272.057	-20,3	16.908.585	-26,3
66-80	9.065.250	9.817.985	8,30	12.763.743	40,8	9.763.705	7,7
+81	3.581.142	4.272.230	19,3	6.209.777	73,4	7.361.346	105,5
Tot. +66	12.646.392	14.090.215	11,40	18.973.520	50,0	17.125.051	35,4

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 4

Popolazione tra 40-65, 66-80, +81 anni nel 2016, 2025, 2045, 2065. Valori assoluti



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Verificando il futuro andamento demografico per le classi di età individuate e distinguendo tra donne e uomini (tabella 29), distinzione particolarmente significativa nel caso della Ltc in considerazione del ruolo delle donne, abbiamo che le donne tra i 40 e i 65 anni, con riferimento al 2016 diminuiscono dello 0,08 per cento nel 2025, per decrescere significativamente del 23 per cento nel 2045 e del 29,7 nel 2065. Situazione del tutto inversa per le classi di età superiore ai 66 anni che crescono del 9,7 per cento nel 2016, hanno un picco del 45,2 per cento nel 2045, per scendere al 30 per cento nel 2065. È da sottolineare come la classe di età di 81 anni e più abbia un più deciso incremento rispetto a quella di 66-80 anni. Le donne con età superiore agli 81 anni, in particolare, nel 2065 avranno una crescita del 92,2 per cento rispetto al 2016. Nel complesso, comunque, si confermano valori assoluti maggiori a favore delle donne.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 120

Tabella 29
Popolazione femminile tra 40-65, 66-80, +81 anni nel 2016, 2025, 2045, 2065 – Valori assoluti e percentuali con base 100 nel 2016

	A - 2016	B - 2025	% B/A	C - 2045	% C/A	D - 2065	% D/A
40-65	11.690.567	11.680.437	-0,08	8.999.094	-23,0	8.212.394	-29,7
66-80	4.907.819	5.268.765	7,3	6.729.418	37,1	4.938.591	0,6
+81	2.322.765	2.667.885	14,8	3.770.529	62,3	4.465.051	92,2
Tot. +66	7.230.584	7.936.650	9,7	10.499.947	45,2	9.403.642	30,0

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

L'andamento della popolazione maschile per la fascia di età 40-65 anni (tabella 30), a eccezione del 2025 quando aumenta leggermente, per gli anni successivi è simile a quello delle donne anche se con percentuali inferiori: del -17,5 per cento nel 2045 e del -22,7 per cento nel 2065. Per la fascia di età 66-80 anni la popolazione maschile fa registrare valori percentuali sensibilmente superiori a quelli delle donne sebbene sempre inferiori in termini assoluti. È da rilevare, in particolare, l'andamento maschile per la fascia di età superiore agli 81 anni dove si registrano percentuali di incremento rispetto al 2016 del 93,6 per cento nel 2045 e addirittura del 130,2 per cento nel 2065.

Tabella 30
Popolazione maschile tra 40-65, 66-80, +81 anni nel 2016, 2025, 2045, 2065 – Valori assoluti e percentuali con base 100 nel 2016

	A - 2016	B - 2025	% B/A	C - 2045	% C/A	D - 2065	% D/A
40-65	11.252.978	11.330.077	0,7	9.283.552	-17,5	8.701.404	-22,7
66-80	4.157.431	4.549.219	9,4	6.038.680	45,3	4.825.115	16,1
+81	1.258.378	1.604.346	27,5	2.436.015	93,6	2.896.298	130,2
Tot. +66	5.415.809	6.153.565	13,6	8.474.695	56,5	7.721.413	42,6

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

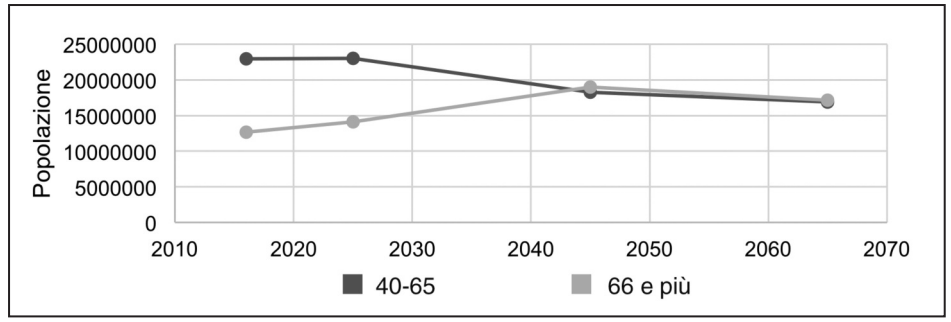
Andando a calcolare l'*Oldest support ratio* per il 2016, 2025, 2045 e 2065 (tabella 31 e grafici 5 e 6) otteniamo che il rapporto tra le due classi di età passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di età compresa tra 40 e 65 anni per ogni persona con età superiore ai 65 anni, a un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grosso modo si conferma anche nel 2065.

Tabella 31
Oldest support ratio nel 2016, 2025, 2045, 2065

	40-65	Più di 66	Osr
2016	22.943.545	12.646.392	**1,8**
2025	23.010.509	14.090.215	**1,6**
2045	18.272.057	18.973.520	**0,96**
2065	16.908.585	17.125.051	**0,98**

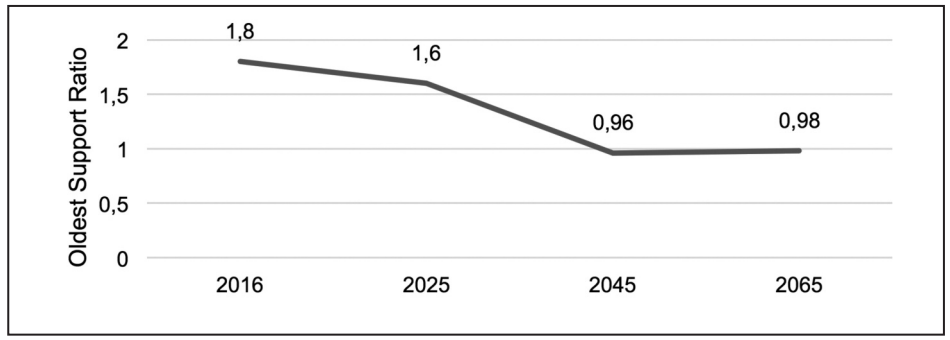
Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 5
Popolazione tra 40-65 anni e +66 negli anni 2016, 2025, 2045 e 2065. Valori assoluti



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 6
Oldest support ratio - Osr



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 122

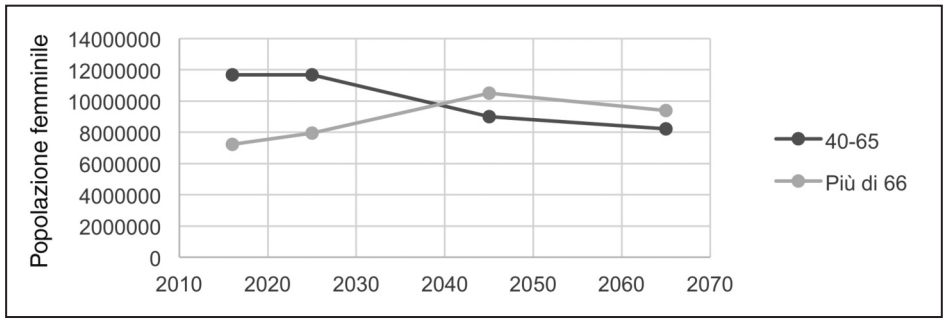
Calcolando l'indice Osr per le sole donne (tabella 32 e grafici 7 e 8) i valori sono pari a 1,6 e 1,5 per gli anni 2016 e 2025. Si riducono a 0,8 nel 2045 e a 0,9 nel 2065, praticamente una riduzione del 50 per cento come già registrato per il valore complessivo dell'indice.

Tabella 32
Oldest support ratio femminile nel 2016, 2025, 2045, 2065

	40-65	Più di 66	Osr
2016	11.690.567	7.230.584	**1,6**
2025	11.680.437	7.936.650	**1,5**
2045	8.999.094	10.499.947	**0,8**
2065	8.212.394	9.403.642	**0,9**

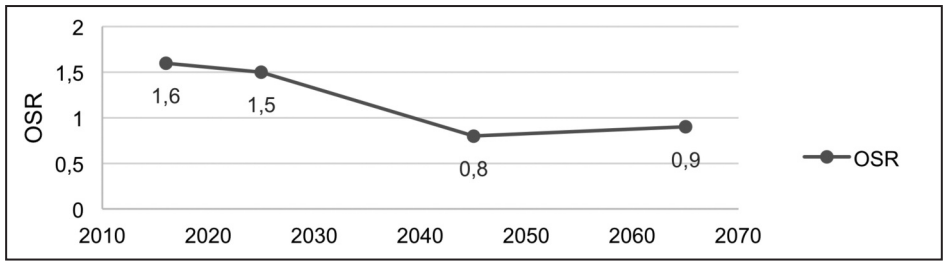
Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 7
Popolazione femminile tra 40-65 anni e +66 anni nel 2016, 2025, 2045 e 2065. Valori assoluti



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 8
Oldest support ratio femminile - Osr



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

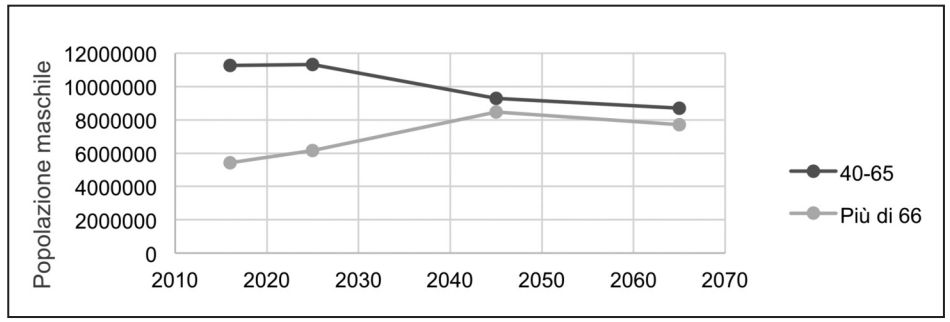
Dati leggermente diversi si hanno per l'indice riferito ai soli uomini (tabella 33 e grafici 9 e 10) che parte da una soglia di 2,0, leggermente più alta di quella delle donne, per scendere a 1,8 nel 2025 e dimezzarsi nel 2045 e 2065 quando raggiunge il valore di 1,1.

Tabella 33
Oldest support ratio maschile nel 2016, 2025, 2045, 2065

	40-65	Più di 66	Osr
2016	11.252.978	5.415.809	**2,0**
2025	11.330.077	6.153.565	**1,8**
2045	9.283.552	8.474.695	**1,1**
2065	8.701.404	7.721.413	**1,1**

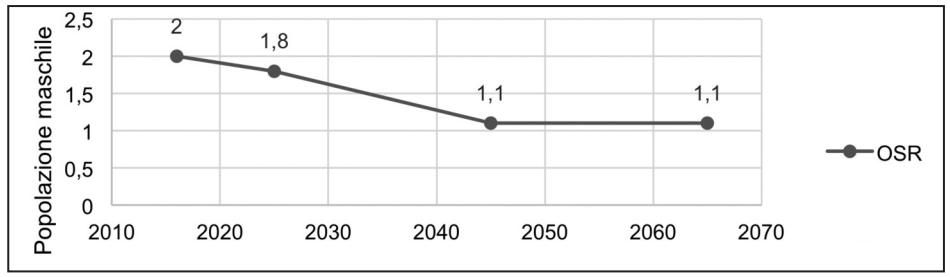
Fonte: elaborazione Auser su dati Ista

Grafico 9
Popolazione maschile tra 40-65 anni e +66 anni nel 2016, 2025, 2045 e 2065. Valori assoluti



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 10
Oldest support ratio maschile - Osr



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 124

Come si comprende, i dati rilevati stanno a significare che le famiglie saranno sempre meno in grado di garantire la cura diretta dei familiari anziani con la conseguenza di mettere a dura prova il pilastro della domiciliarità nella Ltc. Un rischio che indiscutibilmente induce forte preoccupazione per gli effetti sulle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e sui costi per le famiglie, se non interverranno profondi cambiamenti in seno al nostro sistema di welfare.

È probabilmente questa una delle ragioni più rilevanti che spingono a ritenere che il nostro sistema di Ltc sia oggi di fronte alla necessità di riformarsi in modo equo, appropriato e sostenibile sul lungo termine, dati i fattori demografici, sociali ed economici di contesto.

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

3.5. Longevità, pensioni e rischio impoverimento

Problema n. 5 - Di cosa c'è bisogno per vivere una vecchiaia felice? Fondamentalmente di una buona salute, una casa in cui vivere, famiglia, amici e naturalmente di un po' di soldi per essere sereni. Secondo i dati del rapporto Ocse *Pensions at a Glance 2013* la maggior parte dei pensionati ha uno standard di vita non dissimile da quello dei lavoratori attivi. Tutto vero in teoria, ma in pratica? Non è forse altrettanto vero che tanti pensionati già oggi (e ancor più in futuro) fanno fatica ad arrivare alla fine del mese? E come è pensabile affrontare una vecchiaia da non autosufficiente con una pensione lorda media Inps di circa 1.486 euro? E per questi anziani non è forse reale il rischio di ulteriore impoverimento?

Fra le diverse conseguenze che l'invecchiamento demografico determina a livello macroeconomico (sistema assistenziale, sanitario, mercato del lavoro, mercato dei beni), l'onda d'urto sul sistema previdenziale è certamente cruciale per la sostenibilità economico-finanziaria di un paese.

Secondo i dati del rapporto Ocse *Pensions at a Glance 2013*[68] oggi la maggior parte dei pensionati ha uno standard di vita non dissimile da quello dei lavoratori attivi. Almeno come regola generale. E non sorprende, perché il pensionato di oggi ha alle spalle una vita all'insegna del posto di lavoro fisso anche se, come si è visto, l'affacciarsi di forme di non autosufficienza può mutare e di molto questa condizione. Il posto fisso, comunque, è una sorta di miraggio per chi si affaccia oggi nel mondo del lavoro. Così i pensionati delle prossime generazioni saranno molto diversi; alcuni saranno stati disoccupati a lungo, altri avranno avuto lunghi periodi di bassi salari; solo alcuni continueranno a godere di buoni stipendi e di posti stabili. Il gap tra chi guadagna molto e chi poco si allarga sempre di più e parallelamente diverge la propensione al risparmio di questi due gruppi.

Essere povero significa, in genere, anche non godere di buona salute e arrivare alla vecchiaia con un bel carico di malattie e disabilità. Così la vecchiaia per i giovani di oggi potrebbe essere assai meno "dorata" di quella che osservano oggi nei loro genitori. Ma lasciare che la gente invecchi in maniera così dissimile non rappresenta una buona politica, oltre a essere eticamente scorretto. È dunque necessario intervenire prima che questa generazione entri nella terza età, cercando di prevenire al massimo i rischi per la salute ridisegnando i sistemi di protezione sociale. E, soprattutto, cercando di dare ai giovani migliori *chance* di mettere in atto tutte le loro potenzialità.

Come sappiamo il sistema pensionistico non gode certo di buona salute a livello planetario. Il rapporto Ocse *Pensions Outlook 2014*[69] analizza le varie modalità messe in atto dalle diverse nazioni per affrontare sfide, quali quella demografica, alla base di questa crisi. Le generazioni *baby boom* sono destinate pian piano a scomparire, lasciandosi dietro elementi più permanenti quali l'allungamento dell'aspettativa di vita.

Con la prospettiva di anziani sempre più longevi, mantenere invariati gli anni di versamenti pensionistici significherà trovarsi a spalmare i contributi accumulati su un maggior numero di anni, cioè in definitiva rassegnarsi ad avere pensioni più basse. Nel caso in cui invece i governi o i datori di lavoro dovessero addossarsi l'onere dei costi extra generati dal maggior numero di anni trascorsi in pensione, rispetto ai contributi versati durante gli anni di lavoro, probabilmente si troverebbero a fronteggiare problemi di solvenza o di sostenibilità fiscale.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 126

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

Non si può certo dire però, secondo gli autori del rapporto, che questo sia un approccio equo in quanto l'allungamento dell'aspettativa di vita non è distribuito uniformemente attraverso tutta la società. Fissando l'età pensionabile a 65 anni, ad esempio, un impiegato potrebbe contare su diversi anni di pensione in più rispetto a un operaio, che magari i contributi li ha cominciati a versare molto prima dell'impiegato, avendo iniziato a lavorare prima. L'operaio, in altre parole, con questo sistema verserebbe in proporzione più contributi e godrebbe della pensione per un minor numero di anni. Forse, riflettono gli autori, un approccio migliore potrebbe essere quello di collegare il numero degli anni di versamenti all'aspettativa di vita.

Su questa problematica si è aperto nel paese un dibattito pubblico serrato con un ruolo fortemente attivo dei sindacati confederali nei confronti del governo che hanno promosso forme di mobilitazione molto seguite nell'intero paese. I nodi da sciogliere non sono né pochi né semplici. Vanno dal rapporto tra aspettativa di vita ed età di pensionamento, che il Dl 6 dicembre 2011[70] prevede che intervenga in automatico per tutte le categorie di lavoratori al trattamento pensionistico delle donne in relazione al lavoro di cura e alla maternità; dal futuro pensionistico dei giovani al fine di garantire loro almeno un minimo previdenziale, a prescindere dalla loro storia lavorativa, al grave tema del rapporto tra lavori usuranti e pensione e, infine, all'equilibrio finanziario del sistema previdenziale con la necessità di stimolare le varie forme di previdenza integrativa.

3.5.1. Il reddito dei pensionati

Nel 2016 il sistema pensionistico italiano ha erogato a 16.057.861 pensionati un ammontare complessivo pari a 282.108 milioni di euro con un valore pari al 16,9 per cento del prodotto interno lordo e a un importo medio mensile lordo per prestazione pari a 1.465,90 euro[71] (tabella 34). Le pensioni a persone con più di 64 anni di età sono state il 78,4 per

cento a fronte del 18,1 per cento di pensionati con un'età compresa tra 40 e 64 anni e di un 3,5 per cento con meno di 40 anni. Nello stesso anno i pensionati Inps sono stati 15.660.434 di cui il 47 per cento maschi e il 53 per cento femmine per un ammontare complessivo pari a 277.339 milioni di euro. L'importo medio mensile è stato di 1.761 euro per i maschi e 1.245 euro per le femmine con una differenza negativa di circa il 30 per cento.

Tabella 34
Numero di pensionati e importo lordo del reddito pensionistico(01) **(complessivo e medio mensile) per sesso al 31 dicembre 2016***

Sesso	Numero pensionati		Importo lordo del reddito pensionistico		
	Valore assoluto	%	Complessivo annuo(2) (milioni di euro)	%	Medio mensile(3) (euro)
Pensionati complessivi (4)					
Maschi	7.598.813	47%	157.364	56%	1.725,75
Femmine	8.459.048	53%	125.108	44%	1.232,48
Totale	16.057.861	100%	282.471	100%	1.465,90
Di cui pensionati Inps (5)					
Maschi	7.252.087	47%	153.312	55%	1.761,70
Femmine	8.298.347	53%	124.027	45%	1.245,49
Totale	15.550.434	100%	277.339	100%	1.486,23

Fonte: Rapporto annuale Inps 2017

* Dati provvisori

1) Non comprende gli assegni di cura erogati dalla Provincia autonoma di Bolzano, le pensioni erogate dagli organi costituzionali dello Stato (Parlamento, Presidenza della Repubblica eccetera), gli assegni al nucleo familiare. Comprende tutti gli altri redditi pensionistici del pensionato, incluse le prestazioni di tipo complementare e integrativo, quelle assistenziali e le rendite di tipo indennitario.

2) L'importo complessivo annuo è dato dal prodotto tra l'importo mensile della prestazione pagata al 31 dicembre e il numero di mensilità annue per cui è prevista l'erogazione della prestazione (13 per le pensioni e 12 per le indennità di accompagnamento).

3) Calcolato dividendo l'importo complessivo annuo del reddito pensionistico per 12.

4) Comprendono, oltre ai pensionati Inps, anche quelli delle casse professionali o di enti minori, i pensionati di guerra e i beneficiari di rendite Inail.

5) Comprende le gestioni dei dipendenti pubblici (ex Inpdap) e dei lavoratori dello spettacolo e sport professionistico (ex Enpals).

In rapporto all'età dei percettori di pensione Inps (tabella 35) il 2,7 per cento ha meno di 40 anni, il 17,2 per cento è compreso tra i 40 e i 64, il rimanente 80,1 ha più di 65 anni con una quota significativa del 26,4 per

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 128

cento con età superiore agli 80 anni. Questi ultimi vedono una prevalenza di donne, il 31,2 per cento a fronte del 20,9 di uomini. Il rapporto medio di femminilità dell'1,14 per cento varia dal minimo dello 0,63 per cento per la classe di età compresa entro i 19 anni al massimo dell'1,69 per la classe di età superiore agli 80 anni.

In merito al reddito degli anziani, estremamente significativa è la tabella 36 che riporta gli importi lordi percepiti dai pensionati Inps. Il 10,8 per cento percepisce una pensione di importo lordo inferiore ai 500 euro, il 26,7 per cento percepisce una pensione inferiore ai 1.000 euro, il 39,7 per cento riceve una pensione che oscilla tra i 1.000 e i 2.000 euro mentre per il 16 per cento l'assegno di pensione varia da 2.000 a 3.000 euro. Il 6,8 per cento supera i 3.000 euro.

Interessante notare l'inversione del rapporto di femminilità rilevato in

relazione all'età. Nel caso del trattamento pensionistico il rapporto di femminilità varia da un massimo del 2,15 per la classe di pensioni comprese tra 500 e 1.000 euro e lo 0,37 per la classe che supera i 3.000 euro.

Riguardo alle diverse tipologie di pensione (tabella 37) il gruppo più numeroso (8.271.766 milioni) è quello di vecchiaia e anticipata che copre il 53,2 per cento del totale delle pensioni Inps con una prevalenza interna degli uomini del 70,9 per cento. L'importo medio mensile lordo di queste pensioni è di 1.671 euro.

Rispetto alla distribuzione geografica dei pensionati (tabella 38) il 47,1 per cento è nelle regioni del Nord, il 30,7 per cento in quelle del Centro e il 30,7 per cento nel Mezzogiorno. I trattamenti mensili lordi si differenziano a favore del Centro con 1.614 euro, 1.596 nel Nord e 1.332 nel Mezzogiorno con una differenza negativa di circa il 17,5 per cento.

Tabella 35

Numero di pensionati Inps(1) e importo lordo medio mensile del reddito pensionistico(2) per classe di età e sesso al 31 dicembre 2016 (importi in euro)*

Classe di età	Maschi			Femmine				Maschi e Femmine			
	Numero pensionati	%	Importo lordo mensile (3) del reddito pensionistico	Numero pensionati		%	Importo lordo mensile (3) del reddito pensionistico	Numero pensionati	%	Importo lordo mensile (3) del reddito pensionistico	Rapporto di femminilità (F/M)
Fino a 19 anni	148.941	1,9%	389,93	93.547		1,1%	393,75	242.488	1,4%	391,40	0,63
Da 20 a 39	116.019	1,6%	603,04	94.380		1,1%	587,24	210.399	1,3%	595,95	0,81
Da 40 a 59	520,168	7,3%	1.222,39	595.521		7,3%	823,74	1.115.689	7,3%	1.009,06	1,14
Da 60 a 64	721.094	10,8%	2.036,23	689.977		9,2%	1.425,12	1.411.071	9,9%	1.737,41	0,96
Da 65 a 69	1.539.375	22,2%	2.002,05	1.456.448		18,1%	1.313,52	2.995.823	20,0%	1.667,31	0,95
Da 70 a 79	2.643.642	35,3%	1.843,47	2.732.356		32,1%	1.218,43	5.375.998	33,6%	1.528,80	1,03
80 e oltre	1.562.841	20,9%	1.656,22	2.636.080		31,2%	1.338,02	4.198.921	26,4%	1.456,45	1,69
Non ripartibili	7	0,0%	943,66	38		0,0%	843,27	45	0,0%	858,89	5,43
Totale	**7.252.087**	**100%**	**1.761,70**	**8.298.347**		**100%**	**1.245,49**	**15.550.434**	**100%**	**1,486,23**	**1,14**

Fonte: Rapporto annuale Inps, 2017

* Dati provvisori

1) Comprende le gestioni dei dipendenti pubblici (ex Inpdap) e dei lavoratori dello spettacolo e sport professionistico (ex Enpals).

2) Non comprende gli assegni di cura erogati dalla Provincia autonoma di Bolzano, le pensioni erogate dagli organi costituzionali dello Stato (Parlamento, Presidenza della Repubblica eccetera), gli assegni al nucleo familiare. Comprende tutti gli altri redditi pensionistici del pensionato, incluse le prestazioni di tipo complementare e integrativo, quelle assistenziali e le rendite di tipo indennitario.

3) Calcolato dividendo l'importo complessivo annuo del reddito pensionistico per 12.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 130

Tabella 36

Numero di pensionati Inps(1) e importo lordo complessivo annuo del reddito pensionistico(2) per classe di importo e sesso al 31 dicembre 2016*. (Importi medi in euro; importi complessivi in migliaia di euro)

Classe di importo mensile (3)	Maschi				Femmine				Maschi e Femmine				
	Numero pensionati	%	Importo lordo annuo reddito pensionistico		Numero pensionati	%	Importo lordo annuo reddito pensionistico		Numero pensionati	%	Importo lordo annuo reddito pensionistico		Rapporto di femminilità
			Medio	Complessivo			Medio	Complessivo			Medio	Complessivo	(F/M)
Fino a 499,99	654.028	9,0	3.223,64	2.108,35	1.029.323	12,4	3.608,94	3.714,77	1.683.351	10,8	3.459,24	5.823,11	1,57
500,00 – 999,99	1.315.759	18,1	9.092,51	11.963,55	2.835.284	34,2	8.556,34	24.259,64	4.151.043	26,7	8.726,29	36.223,19	2,15
1.000,00 – 1.499,99	1.425.320	19,7	15.137,49	21.575,77	1.959.349	23,6	14.981,89	29.354,76	3.384.669	21,8	15.047,42	50.930,53	1,37
1.500,00 – 1.999,99	1.565.737	21,6	20.743,97	32.479,60	1.215.365	14,6	20.647,19	25.093,87	2.781.102	17,9	20.701,68	57.573,48	0,78
2.000,00 – 2.499,99	967.998	13,3	26.707,71	25.853,01	676.877	8,2	26.687,16	18.063,93	1.644.875	10,6	26.699,25	43.916,93	0,70
2.500,00 – 2.999,99	547.537	7,6	32.685,88	17.896,73	297.817	3,6	32.527,02	9.687,10	845.354	5,4	32.629,91	27.583,82	0,54
3.000,00 e oltre	775.708	10,7	53.415,70	41.434,98	284.332	3,4	48.719,41	13.852,49	1.060.040	6,8	52.156,02	55.287,47	0,37
Totale	**7.252.087**	**100**	**21.140,40**	**153.311,99**	**8.298.347**	**100**	**14.945,93**	**124.026,55**	**15.550.434**	**100**	**17.834,78**	**277.338,53**	**1,14**

Fonte: Rapporto annuale Inps, 2017

* Dati provvisori

1) Comprende le gestioni dei dipendenti pubblici (ex Inpdap) e dei lavoratori dello spettacolo e sport professionistico (ex Enpals).

2) Non comprende gli assegni di cura erogati dalla Provincia autonoma di Bolzano, le pensioni erogate dagli organi costituzionali dello Stato (Parlamento, Presidenza della Repubblica eccetera), gli assegni al nucleo familiare. Comprende tutti gli altri redditi pensionistici del pensionato, incluse le prestazioni di tipo complementare e integrativo, quelle assistenziali e le rendite di tipo indennitario.

3) Riferite all'importo del reddito pensionistico mensile dei pensionati, calcolato dividendo l'importo annuo per 12.

Tabella 37

Numero pensionati Inps(1) e importo medio mensile del reddito pensionistico(2) per tipo di pensionato (in base alla categoria di pensione) e sesso al 31 dicembre 2016* (importi in euro)

Tipo di pensionato	Maschi				Femmine			Maschi e Femmine		
	Numero pensioni	%	Importo lordo medio mensile(3) del reddito pensionistico		Numero pensioni	%	Importo lordo medio mensile(3) del reddito pensionistico	Numero pensioni	%	Importo lordo medio mensile(3) del reddito pensionistico
Solo vecchiaia/anticipata	5.138.749	70,9	1.937,21		3.136.017	37,8	1.235,42	8.274.766	53,2	1.671,24
Solo invalidità	424.506	5,9	1.362,88		216.348	2,6	965,73	640.854	4,1	1.228,81
Solo superstiti	71.357	1,0	835,03		1.342.811	16,2	976,42	1.414.168	9,1	969,28
Solo assistenziali	681.494	9,4	549,70		955.909	11,5	535,62	1.637.403	10,5	541,48
Almeno una pensione Ivs(4)	357.401	4,9	2.147,33		1.615.506	19,5	1.677,91	1.972.907	12,7	1.762,95
Almeno una Ivs + assistenziali	578.580	8,0	1.799,17		1.031.756	12,4	1.665,58	1.610.336	10,4	1.713,58
Totale	7.252.087	100	1.761,70		8.298.347	100	1.245,49	15.550.434	100	1.486,23

Fonte: Rapporto annuale Inps, 2017

* Dati provvisori

1) Comprende le gestioni dei dipendenti pubblici (ex Inpdap) e dei lavoratori dello spettacolo e sport professionistico (ex Enpals).

2) Non comprende gli assegni di cura erogati dalla Provincia autonoma di Bolzano, le pensioni erogate dagli organi costituzionali dello Stato (Parlamento, Presidenza della Repubblica eccetera), gli assegni al nucleo familiare. Comprende tutti gli altri redditi pensionistici del pensionato, incluse le prestazioni di tipo complementare e integrativo, quelle assistenziali e le rendite di tipo indennitario.

3) Calcolato dividendo l'importo complessivo annuo del reddito pensionistico per 12.

4) Invalidità, vecchiaia, superstiti.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 132

Tabella 38

Numero pensionati Inps(1) e importo medio mensile del reddito pensionistico(2) per area geografica e sesso al 31 dicembre 2016* (importi in euro)

Tipo di pensionato	Maschi				Femmine			Maschi e Femmine		
	Numero pensioni	%	Importo lordo medio mensile(3) del reddito pensionistico		Numero pensioni	%	Importo lordo medio mensile(3) del reddito pensionistico	Numero pensioni	%	Importo lordo medio mensile(3) del reddito pensionistico
Nord	3.375.758	46,6	1.924,09		3.949.946	47,6	1.316,76	7.325.704	47,1	1.596,62
Centro	1.408.818	19,4	1.933,25		1.625.438	19,6	1.337,47	3.034.256	19,5	1.614,09
Mezzogiorno	2.276.608	31,3	1.532,48		2.520.668	30,3	1.151,91	4.797.276	30,7	1.332,51
Estero	190.728	2,7	355,71		201.950	2,5	278,52	392.678	2,6	316,02
Non ripartibili	175	0,0	2.547,07		345	0,0	1.804,53	520	0,0	2.054,43
Totale	**7.252.087**	**100**	**1.761,70**		**8.298.347**	**100**	**1.245,49**	**15.550.434**	**100**	**1.486,23**

Fonte: Rapporto annuale Inps, 2017

* Dati provvisori

1) Comprende le gestioni dei dipendenti pubblici (ex Inpdap) e dei lavoratori dello spettacolo e sport professionistico (ex Enpals).

2) Non comprende gli assegni di cura erogati dalla Provincia autonoma di Bolzano, le pensioni erogate dagli organi costituzionali dello Stato (Parlamento, Presidenza della Repubblica eccetera), gli assegni al nucleo familiare.Comprende tutti gli altri redditi pensionistici del pensionato, incluse le prestazioni di tipo complementare e integrativo, quelle assistenziali e le rendite di tipo indennitario.

3) Calcolato dividendo l'importo complessivo annuo del reddito pensionistico per 12.

Riguardo il cumulo di più pensioni secondo il focus Istat *Condizioni di vita dei pensionati 2015-2016*[72], è frequente tra i pensionati superstiti, che lo percepiscono in circa due casi su tre (67,4%), con un peso pari al 46,6 per cento sul loro reddito pensionistico. Un caso peculiare è rappresentato dai pensionati di guerra, per i quali le altre tipologie pensionistiche, percepite nell'87 per cento dei casi, rappresentano ben il 69,8 per cento del reddito pensionistico. I pensionati di vecchiaia, invece, cumulano meno frequentemente altri tipi di redditi pensionistici: nel 2016 l'87,6 per cento del loro reddito pensionistico è rappresentato dalle sole pensioni di vecchiaia mentre solamente il 27,9 per cento cumula alla pensione di vecchiaia almeno un'altra pensione, in grandissima parte rappresentata da pensioni ai superstiti.

3.5.2. Le condizioni materiali di vita dei pensionati

L'intensità e la persistenza della crisi economica, insieme al progressivo indebolimento dell'efficacia dei sistemi di protezione sociale, hanno allargato negli ultimi anni l'area della povertà e della deprivazione materiale, estendendosi anche a gruppi di popolazione in precedenza meno interessati da condizioni di disagio economico. Le difficoltà delle famiglie emergono in maniera evidente: alla diminuzione del reddito disponibile e della ricchezza si accompagna un'importante perdita del potere d'acquisto e un calo significativo della spesa per consumi.

E le persone anziane? Sono più o meno colpite dalla povertà e dalla deprivazione materiale rispetto ad altre fasce di età e tipologie familiari?

L'Istat nel suo portale[73] riporta il seguente quadro della situazione anziana

Nel 2014, il 22,8 per cento delle persone sole con 65 anni e più risulta a rischio di povertà (vive cioè in famiglie che nel 2013 avevano un reddito familiare equivalente inferiore al 60 per cento del reddito mediano), a fronte del 19,4 per cento fra le persone residenti in Italia e del 9,1 per cento delle coppie senza figli con persona di riferimento con più di 65 anni:

- l'11,2 per cento delle persone sole con 65 anni e più si trova in condizioni di grave deprivazione materiale (mostra, cioè, almeno quattro segnali di deprivazione su un elenco di nove), supe-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 134

rando di 0,4 punti percentuali la media nazionale (11,6%). Più contenuta la percentuale di coppie senza figli con persona di riferimento di 65 anni e più che sperimenta una condizione di grave deprivazione materiale (6,3%);

- fra gli indicatori di deprivazione materiale, importante osservare come fra le persone sole di 65 anni e più il 43,1 per cento non riesca a sostenere spese impreviste pari a 800 euro; il 57 per cento non possa permettersi una settimana di ferie all'anno lontano da casa; il 5,4 per cento abbia arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o altri debiti; il 14,5 per cento non possa permettersi un pasto adeguato (cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano) ogni due giorni; il 20,8 per cento non possa riscaldare adeguatamente l'abitazione;
  • rispetto al 2013 sono in diminuzione le persone sole con più di 65 anni che non riescono a sostenere spese impreviste (-3,3%); che non possono permettersi un pasto adeguato ogni due giorni (-2,6%); che non possono riscaldare adeguatamente l'abitazione (-1,6%) e che hanno arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o altri debiti (-0,1%);
- fra le persone sole con più di 65 anni, l'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale raggiunge nel 2014 il 31,5 per cento, mentre fra le coppie senza figli con persona di riferimento sopra i 65 anni si attesta al 14,1 per cento, saldamente al di sotto della media nazionale pari al 28,3 per cento;
- rispetto al 2013, fra le persone sole con 65 anni e più l'indicatore sintetico "rischio di povertà o esclusione sociale" diminuisce di 2 punti percentuali, a seguito della riduzione osservata sia nell'indicatore relativo alla "grave deprivazione materiale" (-1,9%) sia dell'indicatore relativo al "rischio di povertà" (-0,7%);
- anche fra le coppie senza figli con persona di riferimento con più di 65 anni il "rischio di povertà o esclusione sociale" è diminuito di 2,8 punti percentuali tra il 2013 e il 2014, grazie al ridimensionamento degli indicatori relativi al rischio di povertà (-1,3%) e alla grave deprivazione (-1,6%);
- nel 2014 l'incidenza della povertà relativa fra le persone sole con più di 65 anni è pari al 7,4 per cento, attestandosi a un livello in-

feriore alla media nazionale. Si osservano tuttavia importanti differenze a livello territoriale: nel Mezzogiorno l'incidenza della povertà relativa raggiunge infatti il 19,8 per cento, mentre non supera l'1,9 per cento al Nord;
- tra le famiglie con due o più anziani l'incidenza della povertà relativa si attesta al 10,6 per cento, nascondendo anche in questo caso profonde disparità sul territorio: nel Mezzogiorno fra le famiglie con due o più anziani si registra infatti un'incidenza della povertà relativa del 22,7 per cento, nel Centro del 6,2 per cento e al Nord del 4,4 per cento;
- nel 2014 l'incidenza della povertà assoluta fra le famiglie composte da persone sole con più di 65 anni è pari al 4,9 per cento e al 3,5 fra le coppie con persona di riferimento con 65 anni o più.

3.5.3. Il rischio impoverimento

I costi diretti e indiretti che le famiglie devono sostenere per la cura dei propri cari non autosufficienti rappresentano sempre più uno stringente onere economico che influisce sulla qualità della vita su una crescente parte delle famiglie italiane.

Tuttavia, secondo i dati forniti nel report Istat sulla povertà in Italia del 2017[74], la popolazione anziana risulta essere tra le categorie meno colpite da questo rischio. Le famiglie composte da over 65 presentano valori di incidenza di povertà tra i più bassi.

Dal report risulta (tabelle 39 e 40) che nel 2016 sono 1.619.000 le famiglie residenti in condizione di povertà assoluta, nelle quali vivono 4.742.000 individui. Rispetto al 2015 si rileva una sostanziale stabilità sia per le famiglie sia per gli individui.

L'incidenza di povertà assoluta per le famiglie è pari al 6,3 per cento, in linea con i valori stimati negli ultimi quattro anni. Per gli individui, l'incidenza di povertà assoluta si porta al 7,9 per cento con una variazione statisticamente non significativa rispetto al 2015 (quando era del 7,6 per cento).

La povertà assoluta aumenta al Centro in termini sia di famiglie (5,9 per cento da 4,2 del 2015) sia di individui (7,3 per cento da 5,6), a causa soprattutto del peggioramento registrato nei Comuni fino a 50.000 abitanti al di fuori delle aree metropolitane (6,4 per cento da 3,3 dell'anno precedente).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 136

Tabella 39
Indicatori di povertà assoluta per ripartizione geografica. Anni 2015-2016, stime in migliaia di unità e valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Migliaia di unità								
Famiglie povere	613	609	225	311	744	699	1.582	1.619
Famiglie residenti	12.301	12.306	5.302	5.299	8.185	8.192	25.797	25.797
Persone povere	1.843	1.832	671	871	2.084	2.038	4.598	4.742
Persone residenti	27.600	27.562	12.014	12.001	20.827	20.763	60.441	60.326
Composizione percentuale								
Famiglie povere	38,8	37,6	14,2	19,2	47,0	43,2	100,0	100,0
Famiglie residenti	47,7	47,7	20,6	20,5	31,7	31,8	100,0	100,0
Persone povere	40,1	38,6	14,6	14,6	45,3	43,0	100,0	100,0
Persone residenti	45,7	45,7	19,9	19,9	34,5	34,4	100,0	100,0
Incidenza povertà assoluta (%)								
Famiglie	5,0	5,0	4,2	5,9	9,1	8,5	6,1	6,3
Persone	6,7	6,7	5,6	7,3	10,0	9,8	7,6	7,9
Intensità della povertà assoluta (%)								
Famiglie	19,6	21,8	13,2	18,6	19,9	20,5	18,7	20,7

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 40
Incidenza di povertà assoluta tra gli individui per classi di età. Anni 2015-2016, valori percentuali

	2015	2016
Sesso		
Maschio	7,9	7,8
Femmina	7,3	7,9
Classe di età		
Fino a 17 anni	10,9	12,5
18-34 anni	9,9	10,0
35-64 anni	7,2	7,3
65 anni e più	4,1	3,8

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Nel 2016 l'incidenza della povertà assoluta (tabella 41) sale al 26,8 per cento dal 18,3 del 2015 tra le famiglie con tre o più figli minori, coinvolgendo nell'ultimo anno 137.771 famiglie e 814.402 individui; aumenta anche fra i minori, da 10,9 a 12,5 per cento (1.292.000 nel 2016). Nelle famiglie con due o più anziani varia dal 3,4 nel 2015 al 3,5 per cento nel 2016.

Tabella 41
Incidenza di povertà assoluta per ampiezza, tipologia familiare, numero di figli minori e di anziani presenti in famiglia. Anni 2015-2016 - Valori percentuali

	2015	2016
Ampiezza della famiglia		
1	5,2	4,9
2	3,8	4,2
3	5,3	6,4
4	9,5	9,1
5 o più	17,2	17,2
Tipologia familiare		
Persona sola con meno di 65 anni	6,0	5,7
Persona sola con 65 anni o più	4,5	4,2
Coppia con p.r. (b) con meno di 65 anni	4,6	5,4
Coppia con p.r. (b) con 65 anni o più	2,7	2,7
Coppia con un figlio	4,9	5,5
Coppia con due figli	8,6	8,9
Coppia con tre o più figli	13,3	14,7
Monogenitore	6,5	7,9
Altre tipologie (con membri aggregati)	13,6	10,9
Famiglie con figli minori		
Un figlio minore	6,5	7,2
Due figli minori	11,2	10
Tre o più figli minori	18,3	26,8
Almeno un figlio minore	9,3	9,9
Famiglie con anziani		
Un anziano	4,7	4,2
Due o più anziani	3,4	3,5
Almeno un anziano	4,3	3,9

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 138

Persiste, a partire dal 2012, la relazione inversa tra incidenza di povertà assoluta ed età della persona di riferimento (aumenta la prima al diminuire della seconda). Il valore minimo, pari a 3,9 per cento, si registra infatti tra le famiglie con persona di riferimento con più di 65 anni, quello massimo tra le famiglie con persona di riferimento sotto i 35 anni (10,4%) (tabella 42).

Tabella 42
Incidenza di povertà assoluta per età della persona di riferimento. Anni 2015-2016 – Valori percentuali

Età	2015	2016
18-34 anni	10,2	10,4
35-44 anni	8,1	8,9
45-54 anni	7,5	7,6
55-64 anni	5,1	5,2
65 anni e più	4,0	3,9

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Anche la povertà relativa (tabella 43) risulta stabile rispetto al 2015. Nel 2016 riguarda il 10,6 per cento delle famiglie residenti (10,4 per cento nel 2015), per un totale di 2.734.000 famiglie e 8.465.000 individui, il 14 per cento dei residenti (13,7 per cento l'anno precedente).

In merito a sesso e classi di età la povertà relativa aumenta per le donne da 13,3 per cento nel 2015 al 14 nel 2016, mentre di 2,2 punti percentuali cresce la povertà per le classi di età comprese entro i 17 e diminuisce di 0,6 punti per gli over 65 (tabella 44).

Analogamente a quanto registrato per la povertà assoluta, nel 2016 (tabella 45) la povertà relativa è più diffusa tra le famiglie con quattro componenti (17,1%) o cinque componenti e più (30,9%).

La povertà relativa colpisce di più le famiglie giovani: raggiunge il 14,6 per cento se la persona di riferimento è un under 35 mentre scende al 7,9 per cento nel caso di persona con più di 65 anni (tabella 46).

Come si vede, tutti i dati su esposti, sia quelli riferiti alla povertà assoluta sia quelli sulla povertà relativa, indicherebbero che gli anziani sono i meno esposti al rischio povertà. Eppure, secondo la ricerca del Censis *L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficien-*

Tabella 43
Indicatori di povertà relativa per ripartizione geografica. Anni 2015-2016, stime in migliaia di unità e valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Migliaia di unità								
Famiglie povere	667	701	346	415	1.666	1.618	2.678	2.734
Famiglie residenti	12.301	12.306	5.302	5.299	8.185	8.192	25.789	25.797
Persone povere	2.261	2.303	1.160	1.280	4.885	4.882	8.307	8.465
Persone residenti	27.600	27.562	12.014	12.001	20.827	20.763	60.441	60.326
Composizione percentuale								
Famiglie povere	24,9	25,6	12,9	15,2	62,2	59,2	100,0	100,0
Famiglie residenti	47,7	47,7	20,6	20,5	31,7	31,8	100,0	100,0
Persone povere	27,2	27,2	14,0	15,1	58,8	57,7	100,0	100,0
Persone residenti	45,7	45,7	19,9	19,9	34,5	34,4	100,0	100,0
Incidenza della povertà (%)								
Famiglie	5,4	5,7	6,5	7,8	20,4	19,7	10,4	10,6
Persone	8,2	8,4	9,7	10,7	23,5	23,5	13,7	14,0
Intensità della povertà (%)								
Famiglie	19,9	24,7	18,8	23,7	25,2	24,3	23,1	24,3

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 44
Incidenza di povertà relativa tra gli individui per sesso e classe di età. Anni 2015-2016 – Valori percentuali

	2015	2016
Sesso		
Maschio	14,2	14,1
Femmina	13,3	14,0
Classe di età		
Fino a 17 anni	20,2	22,3
18-34 anni	16,6	16,8
35-64 anni	12,7	12,7
65 anni e più	8,6	8,2

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 140

Tabella 45

Incidenza di povertà relativa per ampiezza, tipologia familiare, numero di figli minori e di anziani presenti in famiglia, per ripartizione geografica. Anni 2015-2016 – Valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Ampiezza della famiglia								
1	2,9	2,2	*	2,5	13,2	12,9	5,4	5,3
2	2,6	4,0	4,5	6,7	18,6	17,5	7,6	8,4
3	5,9	6,1	9,4	10,2	23,8	21,2	12,5	12,2
4	10,7	12,2	13,7	16,1	23,5	23,4	16,6	17,1
5 o più	27,7	23,8	23,9	20,3	37,4	39,7	31,1	30,9
Tipologia familiare								
Persona sola con meno di 65 anni	2,6	2,0	*	*	12,4	14,6	4,7	5,3
Persona sola con 65 anni o più	3,2	2,3	*	*	13,9	11,5	6,2	5,2
Coppia con p.r. (b) con meno di 65 anni	*	3,3	*	*	15,9	16,4	6,2	7,5
Coppia con p.r. (b) con 65 anni o più	2,7	3,2	*	6,2	17,6	17,0	7,4	7,9
Coppia con un figlio	5,3	5,3	8,6	8,9	21,7	19,7	11,3	10,9
Coppia con due figli	9,4	12,0	14,0	16,5	22,7	22,4	15,8	16,8
Coppia con tre o più figli	20,8	22,3	*	*	36,4	34,8	28,0	28,1
Monogenitore	*	6,7	*	11,1	27,9	26,7	12,1	13,9
Altre tipologie (con membri aggregati)	22,2	15,3	14,1	11,1	31,2	30,5	23,4	19,9
Famiglie con figli minori								
Un figlio minore	7,1	8,4	8,1	11,7	21,4	20,8	12,2	13,2
Due figli minori	14,0	14,4	17,9	20,5	28,3	26,8	20,2	20,1
Tre o più figli minori	27,8	32,7	*	*	43,7	59,9	34,7	42,0
Almeno un figlio minore	11,4	12,8	14,0	15,5	26,1	26,9	17,2	18,2
Famiglie con anziani								
Un anziano	4,0	3,0	2,6	3,3	16,9	14,9	8,1	7,1
Due o più anziani	3,0	4,2	4,5	6,0	21,5	19,2	9,2	9,2
Almeno un anziano	3,7	3,4	3,3	4,3	18,4	16,3	8,5	7,8

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 46

Incidenza di povertà relativa per età della persona di riferimento e ripartizione geografica. Anni 2015-2016 – Valori percentuali

Età	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
18-34 anni	8,3	10,7	*	*	23,3	23,2	12,8	14,6
35-44 anni	8,2	9,3	12,5	12,3	22,4	24,4	13,5	14,6
45-54 anni	6,4	6,6	6,8	9,9	23,1	21,1	11,9	11,6
55-64 anni	4,6	3,6	5,5	6,9	18,4	19,2	9,0	9,4
65 anni e più	3,1	3,3	3,0	4,2	18,2	16,5	8,0	7,9

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

ti[75] del 2015, oltre 561.000 famiglie hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi o vendere l'abitazione (anche in nuda proprietà) o indebitarsi in altre forme per far fronte agli oneri dell'assistenza a un familiare non autosufficiente. Evidentemente l'analisi statistica sui mutamenti dei profili della povertà in Italia non riesce a catturare pienamente questa relazione.

Il dato di fatto di cui non si tiene conto è che un modello di assistenza fondato sulla domiciliarità comporta come conseguenza un'esposizione finanziaria delle famiglie impegnate nel garantire il *care* sia direttamente sia finanziando quello erogato da altri soggetti, come le badanti o gli infermieri.

Ancora con riferimento al Censis, il suo rapporto annuale riporta: «A ogni persona non autosufficiente è associato un flusso di risorse monetarie in uscita che si intrecciano e che nel complesso generano un ammontare molto elevato: l'esempio più eclatante è costituito dalla stima di nove miliardi di euro l'anno per la retribuzione delle badanti, a cui si aggiungono altre spese come quelle sanitarie private relative a una matrice complessa fatta di visite, analisi di laboratorio, trattamenti riabilitativi, farmaci eccetera con un valore stimato intorno a 4,6 miliardi di euro l'anno»[76].

Dal che ne consegue che, in media, una famiglia con una persona non autosufficiente ha una spesa sanitaria privata che è pari a più del doppio rispetto a quella delle altre famiglie italiane e, quindi, soggetta a una dinamica dagli effetti socialmente regressivi. E infatti come risulta dal Rapporto Censis 2017, il 51 per cento delle famiglie con un non autosuffi-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 142

Tabella 47
Famiglie che hanno avuto difficoltà a sostenere spese sanitarie di tasca propria per tipologia di famiglia. Valori percentuali

	Famiglie	
	Senza non autosufficienti	Con non autosufficienti
Sì	30,5	51,0
No	69,5	49,0
Totale	100,0	100,0

Fonte: Censis 2017

ciente ha avuto difficoltà a sostenere spese per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari e socioassistenziali, di contro al 31,5 per cento delle altre famiglie (tabella 47).

Dati che confermano quanto si sostiene nel sesto rapporto del Network non autosufficienza per cui «il nesso tra famiglie con ridotte disponibilità economiche, significativo incremento di spese dovuto alla non autosufficienza di un componente anziano e peggioramento delle proprie condizioni, non di rado con fenomeni di vero e proprio impoverimento, è presente in Italia di oggi in tutta la sua dirompente semplicità».

In questa prospettiva analizzare la relazione tra povertà e non autosufficienza con specifico riferimento alla popolazione anziana, acquista ben altro significato tanto per l'oggi, ma a maggior ragione in prospettiva. Questo per due ragioni:

1. la prima è la crescente incidenza della popolazione anziana sulla popolazione attiva, con la relativa crescente domanda di servizi di cura. Questo, se messo in relazione a ventilati percorsi di riforma che vorrebbero garantire l'incremento della sostenibilità economica dei sistemi di cura attraverso un contenimento della spesa pubblica non può non suscitare serie preoccupazioni per la tenuta delle famiglie con non autosufficienti;
2. la seconda ragione deriva dal fatto che la relazione tra povertà e non autosufficienza non si limita alla sola popolazione anziana, ma coinvolge anche i prestatori di cura informali, come ad esempio i figli adulti, ossia quella categoria di popolazione che assicura il ricambio di *cargiver* familiari.

È quindi necessario che quando si ragiona di rischio povertà si tenga conto della specificità delle famiglie con anziani non autosufficienti con-

siderando, oltre agli impatti diretti che la non autosufficienza può generare sulla popolazione anziana, anche gli impatti indiretti sul contesto familiare.

Tutto questo pone il sistema pubblico davanti a una duplice responsabilità: sostenere e proteggere gli anziani dai rischi connessi alla non autosufficienza e prevenire il rischio di povertà dei loro familiari, in particolare i figli adulti. I prossimi pensionati avranno infatti redditi nettamente inferiori rispetto agli attuali e saranno molti di più di oggi, e l'onere della cura e dell'assistenza spetterà a una sempre più ridotta popolazione in età lavorativa, che non avrà le forze necessarie per far fronte autonomamente a questo compito.

3.6. Precarietà nel lavoro e futuro previdenziale dei giovani

Problema n. 6 - La precarizzazione del mercato del lavoro è una sorta di bomba a orologeria per la possibilità dei futuri non autosufficienti di farsi carico degli oneri derivanti dalle cure di cui avranno bisogno. Il dato di fatto, accreditato da tutte le fonti, è che i lavoratori precari molto difficilmente potranno godere di prestazioni previdenziali adeguate a far fronte al rischio della non autosufficienza. Questo tanto più se viene ridimensionato l'intervento pubblico nella Ltc.

Nel capitolo dedicato al ricambio dei *caregiver* familiari abbiamo constatato come un insieme di dinamiche demografiche e sociali (maggiore longevità, mutamenti nelle strutture familiari, maggiore impegno delle donne nel mercato del lavoro) determineranno una progressiva riduzione delle autonome capacità delle famiglie di farsi carico dei propri anziani. Nel capitolo dedicato al rischio impoverimento si è visto come le famiglie con la presenza di anziani non autosufficienti siano particolarmente esposte.

In questo capitolo ci domandiamo come la progressiva precarietà del mercato del lavoro inciderà sulle capacità di far fronte ai propri bisogni di quella quota di giovani di oggi, compresa tra i 15 e i 34 anni, che dovrà affrontare in futuro un'eventuale anzianità in condizioni di non autosufficienza.

Il quadro di riferimento, evidentemente, non può essere altro che quel-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 144

lo del mercato del lavoro attuale da cui si evince che nel corso degli ultimi cinque anni la situazione dei giovani si è andata via via deteriorando. Solo negli ultimi mesi del 2017 le rilevazioni statistiche indicano piccolissimi segnali di inversione di tendenza, ma tutti da consolidare e, comunque, non tali da segnare un significativo cambio di tendenza. Il dato di fondo che ancora prevale è il lascito della crisi e della successiva recessione economica: una pluriennale battuta d'arresto alle prospettive occupazionali dei giovani.

3.6.1. La precarietà nel lavoro dei giovani tra 15 e 34 anni

Le seguenti tabelle illustrano la situazione tra gli anni 2012-2016 dei residenti tra i 15 e i 34 anni.

Il primo dato critico che emerge è il basso tasso di attività[77]: il 51,84 per cento nel 2012 che scende al 49,05 per cento nel 2016, di cui il 54,8 per cento maschi e il 43 per cento femmine, con una riduzione percentuale del 3,79 (tabella 48).

Tabella 48
Residenti tra 15 e 34 anni, forza lavoro e tasso di attività nel 2012 e 2016. Valori assoluti e percentuali

	2012			2016			2016/2012
	Tot. res. 15-34 anni	Tot. forza lavoro 15-34 anni	Tasso attivi	Tot. res. 15-34 anni	Tot. forza lavoro 15-34 anni	Tasso attivi	Variazione % tasso di attività
Maschi	6.869.498	3.986.937	58,03	6.778.107	3.717.641	54,84	**-3,92**
Femmine	6.697.057	3.047.297	45,50	6.510.098	2.801.312	43,03	**-3,67**
Totale	**13.566.555**	**7.034.233**	**51,84**	**13.288.205**	**6.518.953**	**49,05**	**-3,79**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Complementare al tasso di attività è il tasso di inattività[78] (tabella 49). Negli anni 2012 e 2016 si riduce leggermente dello 0,33 per cento quello femminile, mentre aumenta il tasso di inattività maschile del 3,7 per cento.

Il secondo dato di fondo è il basso tasso di occupazione[79]. Se nel 2012 era del 41,56 per cento (tabella 50) nel 2016 scende al 38,01 per cento con una perdita di ben 10,40 punti percentuali.

Tabella 49
Inattivi su popolazione 15-34 anni nel 2012 e 2016. Valori assoluti e percentuali

	2012			2016			2016/2012
	Totale residenti 15-34 anni	Totale inattivi	Variazione % tasso di attività	Totale residenti 15-34 anni	Totale inattivi	Tasso inattivi	Variazione % tasso di inattività
Maschi	6.869.498	2.631.495	38,30	6.778.107	2.729.927	40,27	**3,74**
Femmine	6.697.057	3.427.120	51,17	6.510.098	3.415.576	52,46	**-0.33**
Totale	**13.566.555**	**6.058.615**	**44,65**	**13.288.205**	**6.145.503**	**46,24**	**1,43**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 50
Residenti tra 15 e 34 anni, totale occupati e tasso di occupazione nel 2012 e 2016. Valori assoluti e percentuali

	2012			2016			2016/2012
	Totale residenti 15-34 anni	Totale occupati 15-34 anni	Tasso occupati	Totale residenti 15-34 anni	Totale occupati 15-34 anni	Tasso occupati	Variazione % occupati
Maschi	6.869.498	3.241.726	46,75	6.778.107	2.930.666	43,23	**-9,59**
Femmine	6.697.057	2.396.523	35,78	6.510.098	2.121.101	32,58	**-11,49**
Totale	**13.566.555**	**5.638.250**	**41,56**	**13.288.205**	**5.051.766**	**38,01**	**-10,40**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Il terzo dato è l'alto tasso di disoccupazione[80], che fornisce una misura dell'incidenza della disoccupazione tra i giovani attivi sul mercato del lavoro, escludendo cioè quanti non sono alla ricerca di un'occupazione (ad esempio, gli studenti). Nel 2012 il tasso di disoccupazione era del 10,28 per cento, salito all'11,04 nel 2016 (tabella 51).

Ma oltre all'alto tasso di inattività, al basso livello di occupati e all'alto tasso di disoccupati c'è da rilevare anche una generale condizione di precarietà. Sono aumentati, infatti, sia il lavoro *part time* sia l'incidenza del lavoro a termine.

Dalle tabelle 52 e 53, che riportano le ore settimanali lavorate, rileviamo che nel 2012 circa il 18 per cento lavorava meno di 25 ore settimanali, circa il 17 per cento tra le 26 e le 39 ore, mentre solo il 42 per cento lavorava 40 ore.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 146

Tabella 51
Disoccupati su popolazione 15-34 anni nel 2012 e 2016.
Valori assoluti e percentuali

	2012			2016			2016/2012
	Totale residenti 15-34 anni	Disoccupati	Tasso disocc.	Totale residenti 15-34 anni	Disoccupati	Tasso disocc.	Variazione % disocc.
Maschi	6.869.498	745.211	10,84	6.778.107	786.975	11,61	**5,60**
Femmine	6.697.057	650.773	9,71	6.510.098	680.211	10,44	**4,52**
Totale	**13.566.555**	**1.395.984**	**10,28**	**13.288.205**	**1.467.186**	**11,04**	**5,10**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 52
Occupati tra 15-34 anni per ore settimanali lavorate.
Valori assoluti 2012

	2012						
	1-10 ore	11-25 ore	26-39 ore	40 ore	41 ore e +	Assenti	Totale
Maschi	53.141	299.547	505.482	1.619.465	539.147	195.751	**3.241.725**
Femmine	97.439	582.489	500.783	751.305	200.371	251.450	**2.396.523**
Totale	**150.580**	**882.036**	**1.006.265**	**2.370.770**	**739.518**	**447.201**	**5.638.250**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 53
Occupati tra 15-34 anni per ore settimanali lavorate.
Valori percentuali 2012

	2012						
	1-10 ore	11-25 ore	26-39 ore	40 ore	41 ore e +	Assenti	Totale
Maschi	1,55	9,24	15,59	49,95	16,63	6,03	**3.241.725**
Femmine	4,06	24,30	20,89	31,34	8,36	10,49	**2.396.523**
Totale	**2,67**	**15,64**	**17,64**	**42,04**	**13,11**	**7,93**	**5.638.250**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Nel 2016 (tabelle 54 e 55) aumentano al 19 per cento quanti lavorano meno di 25 ore e al 18 per cento quanti lavorano tra le 26 e 39 ore, mentre diminuiscono al 40 per cento quelli che lavorano 40 ore. C'è da rilevare poi una quota di circa il 13 per cento di giovani che lavorano oltre le 41 ore che nel periodo rimane grosso modo stabile.

Nel passaggio dal 2012 al 2016 (tabella 56) si registra infine, una contrazione di occupati in tutte le fasce di ore di lavoro con un picco di meno 13,76 per cento per la fascia di 40 ore settimanali.

Tabella 54
Occupati tra 15-34 anni per ore settimanali lavorate.
Valori assoluti 2016

	2016						
	1-10 ore	11-25 ore	26-39 ore	40 ore	41 ore e +	Assenti	Totale
Maschi	48.903	302.877	472.628	1.406.110	515.422	136.404	**2.930.666**
Femmine	101.533	525.254	451.105	638.303	181.889	198.394	**2.121.101**
Totale	**150.436**	**828.131**	**923.733**	**2.044.413**	**697.312**	**334.797**	**5.051.766**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 55
Occupati tra 15-34 anni per ore settimanali lavorate.
Valori percentuali 2016

	2016						
	1-10 ore	11-25 ore	26-39 ore	40 ore	41 ore e +	Assenti	Totale
Maschi	1,66	10,33	16,12	47,97	17,58	4,65	**2.930.666**
Femmine	4,78	24,76	21,26	30,09	8,57	9,35	**2.121.101**
Totale	**2,97**	**16,39**	**18,28**	**40,46**	**13,80**	**6,62**	**5.051.766**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Tabella 56
Variazioni percentuali 2016/2012 occupati tra 15-34 anni per ore settimanali lavorate

	1-10 ore	11-25 ore	26-39 ore	40 ore	41 ore e +	Assenti	Totale
Maschi	-7,97	1,11	-6,49	-13,17	-4,4	-30,31	**-9,59**
Femmine	4,20	-14,14	-9,92	-15,04	-9,22	-21,10	**-11,49**
Totale	**-0,09**	**-6,11**	**-8,20**	**-13,76**	**-5,70**	**-23,13**	**-10,40**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Interessante rilevare anche l'andamento del tasso di mancata partecipazione[81] che rispetto al più noto tasso di disoccupazione fornisce una misura più ampia dell'offerta di lavoro in quanto al numeratore compren-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 148

de, oltre ai disoccupati, anche quanti non cercano lavoro ma sarebbero disponibili a lavorare, e al denominatore insieme a questi ultimi anche le forze di lavoro (occupati e disoccupati). Il tasso di mancata partecipazione, che nel 2012 era del 31,8, sale al 34,68 per cento nel 2016 (tabella 57).

Tabella 57
Tasso di mancata partecipazione della popolazione di 15-34 anni

	2012	2016
	Tasso mancata partecipazione	Tasso mancata partecipazione
Maschi	28,27	31,68
Femmine	35,22	38,42
Totale	31,80	34,68

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

A metà strada tra disoccupazione e inattività si collocano infine i Neet[82]. L'incidenza dei Neet in Italia è più elevata rispetto agli altri paesi europei. Tra il 2012 e il 2016 i Neet sono aumentati di circa un punto percentuale passando dal 23,9 al 24,4 per cento (tabella 58).

Tabella 58
Neet (giovani non occupati e non in istruzione e formazione) 15-34 anni nel 2012 e 2016. Valori assoluti e percentuali

	2012			2016			2016/2012
	Tot. res. 15-34 anni	Neet	% Neet	Tot. res. 15-34 anni	Neet	% Neet	Var. % Neet
Maschi	6.869.498	1.362.947	19,84	6.778.107	1.424.017	21,00	4,48
Femmine	6.697.057	1.880.198	28,07	6.510.098	1.852.703	28,45	-1,46
Totale	**13.566.555**	**3.243.145**	**23,90**	**13.288.205**	**3.276.720**	**24,65**	**1,03**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

3.6.2. Il futuro previdenziale dei giovani precari di oggi

I dati su esposti testimoniano in tutta evidenza quanto sia critica la condizione dei giovani. Trovare lavoro è il primo problema in un paese in cui il tasso di occupazione per gli under 34 si aggira intorno al 38 per cento. Tenerselo è la seconda sfida: nel giugno 2017, secondo l'Istat, i dipendenti a termine (leggi: precari) hanno toccato quota 2,69 milioni, il valore più alto da quando sono disponibili le serie storiche. Ma la vera impresa è viverci, con quel lavoro. Perché i figli dei *baby boomer* guadagnano, in media, il 36 per cento in meno dei padri. Ormai sono loro, insieme ai pensionati non autosufficienti, la fascia a maggior rischio di povertà. È una dinamica che non riguarda solo l'Italia, se nel rapporto pubblicato nel 2016 la società di consulenza McKinsey arrivava alla conclusione che nel decennio 2005-2014 «il 65-70 per cento dei nuclei familiari dei paesi avanzati ha visto i propri redditi restare al palo o calare rispetto a quelli delle generazioni precedenti»[83]. La differenza è che oggi, da noi, anche chi ha in tasca una laurea e ha conquistato un contratto deve accontentarsi per anni di un lavoro con stipendi da fame.

Lo scenario che emerge, quindi, mettendo insieme gli indicatori Istat sulla condizione lavorativa delle giovani generazioni è chiaro: stanno sempre peggio.

Per cercare di spiegare questa tendenza Eurofound nel suo ultimo *Jobs Monitor* ha analizzato i cambiamenti della struttura occupazionale e le disuguaglianze salariali. Dalla sua analisi risulta che in Italia per l'intero quinquennio 2011-2016 l'occupazione è cresciuta grazie a un aumento dei posti meno pagati, il "primo quintile" (cioè il 20 per cento dei lavori retribuiti con gli stipendi più bassi). In Germania, al contrario, il 2013 ha segnato uno spartiacque: fino a quell'anno i tedeschi hanno visto crescere soprattutto l'occupazione nel secondo quintile (che significa salari bassi, ma non i più bassi in assoluto), ma nei tre anni successivi sono stati creati 600.000 posti a stipendio alto, nel quinto quintile, contro circa 180.000 nel primo. Stessa tendenza in Gran Bretagna. E l'Unione europea nel suo complesso mostra che tra 2013 e 2016 il vecchio continente ha visto crescere le posizioni lavorative classificate nel quarto e quinto quintile più di quelle nelle fasce di stipendio inferiori. C'è da dire però che la particolarità italiana viene spiegata soprattutto con l'aumento dei lavoratori stranieri: su poco meno di 500.000 nuovi posti a basso salario creati tra il 2011 e il secondo trimestre 2016, circa 300.000 sono stati occupati da persone di origine extraeuropea e altri 100.000 da immigrati arrivati da altri Stati Ue.

L'aumento dei lavori umili, tuttavia, non basta a spiegare perché i giovani italiani guadagnino sempre meno. L'altro fattore è il calo delle retribuzioni anche per i posti ad alta specializzazione. In Italia, come evidenziato lo scorso anno in un opuscolo del Ministero dello sviluppo per gli investitori stranieri, «un ingegnere guadagna mediamente in un anno

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 150

38.500 euro, mentre in altri paesi lo stesso profilo ha una retribuzione media di 48.500 euro l'anno». Morale: anche le figure che negli anni del boom hanno costituito l'ossatura della classe media oggi sono poco più che *working poor*. Secondo l'ultimo rapporto di Alma Laurea[84], a cinque anni dalla fine dell'università l'84 per cento dei laureati ha un posto, ma lo stipendio mensile medio (netto) di un occupato in ambito letterario si ferma a 1.146 euro, quello dei giuristi è di 1.195, quello degli architetti non arriva a 1.300. I giovani medici ne prendono in media 1.500, i laureati in materie economiche e statistiche poco di più. Le retribuzioni più alte sono quelle di chi ha preso un titolo in ambito scientifico (1.649 euro mensili) e degli ingegneri, che superano i 1.700. Molto meno che all'estero, come vantato dal Mise nella speranza di attirare gruppi stranieri in Italia.

Non solo: negli ultimi dieci anni le buste paga dei neolaureati si sono progressivamente alleggerite. Nel 2007, attestano le indagini del consorzio interuniversitario, chi aveva finito di studiare l'anno prima (laurea triennale) prendeva mediamente quasi 1.300 euro. Oggi la cifra è scesa intorno ai 1.100 euro netti al mese, il 15 per cento in meno. Con la laurea magistrale la cifra sale pochissimo, nell'ordine delle decine di euro. Del resto, come ricordato di recente dal presidente Istat, Giorgio Alleva, ben il 35,4 per cento dei laureati ha un primo lavoro atipico, ovvero precario, contro il 21,2 per cento di quanti hanno finito solo la scuola dell'obbligo. Il risultato è che, fatta 100 la retribuzione di un diplomato, in media un neolaureato italiano guadagna 114: un "premio" inferiore di 23 punti rispetto alla media Ue.

Forse anche per questo le iscrizioni all'università, dopo aver toccato un picco di 337.000 nell'anno accademico 2003-2004, sono scese nel 2015-2016 a 271.000. Solo se si allarga l'analisi alle generazioni precedenti il gap di stipendio diventa corposo: l'Ocse calcola che gli introiti da lavoro di tutti i laureati italiani tra i 25 e i 64 anni sono in media superiori del 42 per cento rispetto a quelli dei lavoratori solo diplomati. Anche in questo caso, comunque, il titolo di studio frutta meno che negli altri paesi sviluppati. Nell'intera area Ocse il rapporto tra buste paga dei laureati e dei diplomati è di 155 a 100.

Chi è giovane e un lavoro ce l'ha è comunque privilegiato, visto che nella fascia 15-24 anni il tasso di occupazione è poco sopra il 16 per cento contro una media europea del 34 per cento e del 41 dei paesi Ocse. Le cose vanno meglio se si restringe il campo all'età postuniversitaria (dai 25 ai 34 anni): 60,5 per cento di occupati. Ma il confronto con il passato

anche su questo fronte è impietoso: nei primi anni Duemila gli occupati erano stabilmente sopra il 70 per cento. Andando ancora più indietro, a quando i padri dei *millennial* si affacciavano sul mondo del lavoro, si trovano numeri da Eldorado. Nel 1977 i 15-24enni occupati erano il 36,8 per cento, a fronte di un tasso di occupazione generale del 53,8 per cento. E oggi chi resta fuori non necessariamente sta cercando un posto o si sta formando per trovarlo. Anzi: secondo il rapporto *Employment and social developments in Europe* della Commissione Ue[85] del 2017, l'Italia è il paese europeo con la percentuale più alta di giovani Neet. Quelli che non lavorano né studiano né fanno uno *stage*. Sono il 24,6 per cento nella fascia 15-34. Più che in Bulgaria, in Romania e in Grecia.

Tutto questo porta necessariamente a porre l'interrogativo su cui negli ultimi mesi si è aperto un vivace dibattito: come saranno le pensioni dei giovani? La cosa certa è che saranno molto diverse da quelle dei loro genitori. I giovani, per avere la stessa pensione dei padri, spesso di importo modesto, dovranno lavorare molti anni in più. È cambiata la filosofia del sistema. Con l'introduzione del calcolo contributivo per tutti coloro che hanno cominciato a lavorare dopo il 31 dicembre 1995 la pensione non sarà più una "retribuzione differita", cioè una percentuale dello stipendio (metodo retributivo), ma il frutto dei contributi versati in tutta la vita lavorativa. Per una buona pensione, quindi, sarà essenziale lavorare costantemente, fino a tarda età e avere stipendi alti. Condizioni non facili. Rispetto alle generazioni passate, infatti, si entra nel mondo del lavoro generalmente più tardi, per ottenere un'occupazione stabile ci si mette più tempo e si cambia più spesso lavoro. Infine, rispetto al passato, non c'è più il paracadute dell'integrazione al minimo. Cioè il soccorso dello Stato che assicura comunque una pensione minima (oggi 500 euro) a chi con i contributi versati non raggiungerebbe neppure questa cifra. Un soccorso ampio, visto che su 16,4 milioni di pensionati ben 3,6 milioni beneficiano di una pensione integrata al minimo.

Ovviamente le cose andranno meglio per chi avrà una carriera lavorativa continua e lunga. Infatti, secondo le simulazioni della Ragioneria generale dello Stato, un lavoratore dipendente che andrà in pensione nel 2050 potrà prendere anche una pensione netta pari all'83,1 per cento dell'ultima retribuzione netta (tasso di sostituzione). Ma per riuscirci dovrà aver lavorato per quarant'anni e raggiunto settant'anni di età, che si prevede essere nel 2050 l'età per accedere alla pensione di vecchiaia (visto che il requisito attuale di 66,7 anni sarà periodicamente adeguato all'attesa di vita).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 152

È vero che per chi ha cominciato a lavorare dopo il 1996, la riforma Monti-Fornero ha introdotto la possibilità di andare in pensione fino a tre anni prima, ma lo si potrà fare solo avendo maturato un importo pari ad almeno 2,8 volte l'assegno sociale (oggi significherebbe più di 1.256 euro lordi), altrimenti si dovrà arrivare fino a settant'anni. Insomma, i giovani la flessibilità ce l'hanno già, a patto però di avere un buon lavoro. La Ragioneria ha fatto le stime anche per costoro. Nel 2050 il nostro giovane potrebbe quindi uscire a 67 anni con 37 di contributi prendendo una pensione netta pari al 71,5 per cento dell'ultimo stipendio netto. Un giovane, sempre nel 2050, potrebbe lasciare anche prima dei 67 anni, ma per farlo dovrebbe aver lavorato per almeno 46 anni. Supponendo che abbia cominciato a 19 anni, dice la Ragioneria, potrebbe quindi andare in pensione a 65 anni con l'82 per cento netto.

Tutte queste ipotesi sono fatte però con riferimento a uno scenario base che prevede una crescita media annua del prodotto interno lordo reale (al netto dell'inflazione) dell'1,5 per cento, un'inflazione del 2 per cento e una crescita delle retribuzioni reali dell'1,5 per cento. Tutti fattori decisivi per il calcolo del montante contributivo e poi della pensione. Parametri che però appaiono ottimistici, almeno stando all'andamento della nostra economia nell'ultimo quindicennio. Simulazioni diverse, fatte ad esempio da "Itinerari previdenziali" di Alberto Brambilla, ipotizzando un Pil medio dello 0,5 per cento mostrano un calo di circa dieci punti del tasso di sostituzione. Stime condotte da altri istituti di ricerca giungono a conclusioni ancora più pessimistiche, con tassi di sostituzione che scendono fino al 40 per cento dell'ultima retribuzione, scontando anche alcuni anni di buco contributivo a causa di licenziamenti e cambi di lavoro, ritenuti più probabili per le nuove generazioni. Va infine aggiunto che tutte le simulazioni prevedono tassi di sostituzione più bassi di cinque-dieci punti per i lavoratori autonomi, poiché questi versano un'aliquota contributiva inferiore (il 22 per cento contro il 33 del lavoro dipendente).

Quando il metodo di calcolo contributivo fu introdotto nel 1995 con la riforma Dini[86], ci si rese conto che l'equilibrio finanziario del sistema (tanto versi tanto avrai) veniva assicurato a scapito dei giovani che avrebbero preso, a parità di anni di contributi, molto meno dei loro genitori. Ma si disse che avrebbero potuto recuperare con la previdenza integrativa. Che però può permettersi solo chi ha un lavoro stabile e una retribuzione decente, destinando ai fondi anche il Tfr, cioè dicendo addio alla liquidazione che i loro padri prendevano andando in pensione. Con le riforme

successive alla Dini e l'aumento dell'età di pensionamento i tassi di sostituzione teorici sono saliti. Ma affinché si traducano in realtà non basterà lavorare di più, se l'economia non crescerà e la precarietà non diminuirà.

In conclusione si può sicuramente affermare che i giovani lavoratori hanno la certezza che non sanno se e per quanto tempo troveranno un'occupazione, ma sanno anche che questa situazione avrà riflessi negativi sul loro futuro di pensionati: se la loro instabilità lavorativa continuerà nel tempo il loro futuro sarà molto problematico perché la pensione pubblica sarà insufficiente a garantire loro un tenore di vita appropriato e non avranno i soldi per potersi assicurare un'adeguata previdenza complementare che permetta di colmare il loro gap previdenziale.

Un dato certo appare comune a tutte le simulazioni: la copertura previdenziale complessiva subirà un continuo decremento nel tempo, da cui consegue che i giovani di oggi, che in futuro dovranno affrontare un'anzianità da non autosufficienti, difficilmente avranno risorse adeguate a far fronte ai loro bisogni di cura.

3.7. I servizi pubblici di assistenza domiciliare

Problema n. 7 - I servizi domiciliari di cura sono uno dei pilastri su cui si fonda la Ltc in Italia. Dal loro funzionamento dipende in larga misura la soluzione domiciliare della non autosufficienza. Però, purtroppo, come ampiamente dimostrato tanto dalla ricerca dell'Auser *Domiciliarità e residenzialità* del 2017 quanto dallo studio sull'Adi di Italia Longeva, non pochi sono i problemi di efficienza ed efficacia che rendono inadeguato il sistema dei servizi di *care*.

I servizi domiciliari pubblici si articolano nel servizio di assistenza domiciliare (Sad) e nell'assistenza domiciliare integrata (Adi).

Il servizio di assistenza domiciliare (Sad) è a ridotta valenza sanitaria e relativamente continuativo nel tempo. Comprende interventi diretti a persone o a nuclei familiari che, in particolari contingenze o per una non completa autosufficienza, non siano in grado di soddisfare le esigenze personali e domestiche. Tale servizio è erogato dai Comuni attraverso le

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 154

figure professionali dell'assistente sociale, che rileva il bisogno e formula il progetto di intervento, e dell'operatore d'assistenza, il quale si reca a casa dell'anziano realizzando interventi di assistenza e di tutela igienico-sanitaria (pulizia della persona, mobilizzazione, aiuto nel vestirsi, nel mangiare eccetera), di governo e conduzione della casa (pulizia dell'alloggio, preparazione o fornitura pasti, servizio lavanderia), di segretariato sociale e interventi tendenti a favorire la vita di relazione.

Per ottenere questo servizio si deve presentare una domanda presso l'ufficio servizi sociali del Comune di residenza che, effettuata l'istruttoria per l'accertamento dei requisiti necessari, individua gli interventi più opportuni da attuare. Nella maggioranza dei Comuni tale servizio non è gratuito, ma prevede una compartecipazione economica da parte dell'utente in base alla sua condizione socioeconomica.

L'assistenza domiciliare integrata (Adi), a differenza del Sad, si caratterizza per la prevalenza delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, coordinate tra di loro in un programma personalizzato. L'Adi è gestito dalla Asl che assicura al paziente prestazioni infermieristiche (attività di prelievo, mobilizzazione, somministrazione di terapie) riabilitative, mediche (visite specialistiche, esami diagnostico-strumentali) terapeutiche (ossigenoterapia, nutrizioni enterali). Le prestazioni invece di natura socioassistenziale (igiene personale e dell'ambiente, sorveglianza per terapie farmacologiche, attivazione pasti a domicilio, trasporto) sono erogate dai servizi sociali comunali in accordo con il distretto.

In genere, la presa in carico della persona segnalata può iniziare a seguito di un'analisi della situazione presentata attraverso l'unità di valutazione geriatrica (o multidimensionale) che definisce il singolo programma di intervento assistenziale (tipologia, quantità e frequenza degli interventi sociali e sanitari) da prestare a domicilio.

3.7.1. Il servizio di assistenza domiciliare (Sad)[87]

Il servizio di assistenza domiciliare sociale dei Comuni (Sad) si può considerare l'origine della domiciliarità assistita di anziani e soggetti fragili. Negli ultimi anni, tuttavia, tutti gli indicatori fanno emergere come questa forma di intervento stia progressivamente perdendo attrattiva. La copertura del servizio, anche se in un quadro articolato, è in flessione nella maggior parte delle Regioni e le minime percentuali di anziani presi in carico, irrilevanti in rapporto al crescente numero dei non autosufficienti, mostrano la sempre maggior fatica dell'assistenza domiciliare a rispondere ai molteplici bisogni di una fascia di popolazione in continua espansione. La tendenza generalizzata alla diminuzione, iniziata ben prima, con la crisi sembra essere diventata una costante.

Le ragioni che stanno alla radice del progressivo declino di quello che andrebbe considerato il primo polo dell'offerta pubblica di *long term care* vanno ricercate nello squilibrio che si è venuto a determinare tra il profilo dell'offerta, anche se professionalmente qualificata, e le crescenti esigenze degli anziani e dei loro familiari.

Salvo le fisiologiche differenze locali, infatti, l'offerta prevalente del servizio Sad consiste in attività – circoscritte per intensità, quantità e durata – legate alle funzioni vitali (alzata, igiene personale, vestizione, mobilizzazione, cure diverse eccetera) di persone gravi e grandi anziani compromessi sul piano psicofisico e comportamentale, spesso indirizzati al servizio comunale dalle strutture sanitarie. Questo profilo del servizio con il tempo si dimostra inadeguato in rapporto alle esigenze quotidiane degli anziani in quanto qualunque sia il bisogno le risposte si basano sempre sull'offerta standardizzata di alcune prestazioni svolte in orari diurni, mentre la gestione complessiva della situazione è addossata alla famiglia oppure resta precaria, e in tutti i casi rappresentano una risposta del tutto marginale a fronte della crescente domanda dovuta alla crescente aspettativa di vita.

A ridurre il ricorso al Sad contribuiscono poi i criteri d'accesso molto specifici e stringenti; gli iter burocratici complessi; la necessità di presentare l'Isee per l'ammissione al servizio o per la determinazione dei costi; quote di compartecipazione elevate, introdotte *ex novo* o già esistenti e ritoccate verso l'alto. Quest'ultimo fattore, in particolare non solo ha pesato notevolmente nel contenere i fruitori del Sad ma ne ha ulteriormente modificato e selezionato la tipologia.

La conseguenza è che tra i richiedenti e le persone prese in carico aumentano soprattutto i casi "sociali", inseriti d'emergenza dai servizi in mancanza o in attesa di altre soluzioni, e gli anziani soli e/o a basso reddito o indigenti. Per chi deve corrispondere contribuzioni ridotte o nulle, infatti, usufruire del Sad è ancora conveniente. Le famiglie in condizioni economiche migliori, invece, scelgono di rivolgersi al *care* privato o direttamente ai gestori di assistenza domiciliare, talora spendendo meno ed evitando i relativi adempimenti.

Paradossalmente, malgrado la qualità del servizio sia migliorata sviluppando prassi e forme di erogazione più articolate, ampie e flessibili,

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 156

non riesce a incidere più di tanto sulle criticità intrinseche del servizio, dimostrandosi incapace di rispondere efficacemente alla domanda di assistenza e tutela avanzata dalle famiglie dei non autosufficienti che tendono a preferire le risposte interne al nucleo e/o il mercato privato di cura, anche quando poco qualificato.

In sostanza, oggi l'assistenza domiciliare pubblica viene percepita da fasce di potenziali interessati come non competitiva con altre forme di *care* e poco attrattiva. Il Sad comunale viene sempre più visto come un servizio per gli anziani poveri e soli.

Il servizio di assistenza domiciliare negli anni 2009-2013

Nel quinquennio 2009-2013 in Italia gli anziani sono aumentati dell'8,6 per cento, passando da 11.974.530 a 13.007.490 (tabella 59). Nello stesso arco temporale sono diminuiti del 21,4 per cento gli anziani che hanno beneficiato del servizio Sad. Nel 2013 sono stati 149.995, l'1,2 per cento della popolazione con più di 65 anni e il 5,8 per cento degli anziani con qualche forma di limitazione funzionale. Nel 2009 i beneficiari del Sad sono stati 190.908, l'1,6 per cento della popolazione anziana: il differenziale percentuale nazionale è di meno 0,4. Differenziale negativo che si registra in tutte le regioni con l'eccezione del Veneto e dell'Umbria dove la percentuale rimane costante.

Riguardo alla spesa per utente nel periodo 2009-2013 è aumentata mediamente del 15,7 per cento passando da 1.834 euro nel 2009 a 2.123 euro nel 2013. L'aumento interessa tredici regioni, anche se con intensità molto diversa. In particolare, Valle d'Aosta, Lazio e Basilicata registrano un incremento della spesa per utente superiore al 100 per cento. Anche le riduzioni di spesa sono differenziate tra le regioni con punte superiori al 30 per cento in Veneto, Umbria, Calabria e Sicilia.

Nel quinquennio 2009-2013 i Comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare agli anziani diminuiscono passando a livello nazionale dall'86,3 all'85,7 per cento.

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

Nel panorama regionale la situazione è più articolata. Il numero dei Comuni aumenta in Piemonte, rimane stazionario in Valle d'Aosta, dimi-

Tabella 59

Copertura dei servizi di assistenza domiciliare (Sad) per utenti anziani (+65 anni) e spesa per utente – Anni 2009-2013. Valori assoluti e percentuali

	2009				2013				Δ 2009 - 2013	
	Anziani	Utenti anziani	% utenti	Spesa per utente	Anziani	Utenti anziani	% utenti	Spesa per utente	Δ utenti %	Δ s pesa %
Piemonte	1.000.789	12.358	1,2	1.447	1.069.268	8.141	0,8	1.467	-0.4	+1,4
Valle d'Aosta	26.343	2.466	9,4	2.293	28.290	1.456	5,3	4.697	-4,1	+104,8
Lombardia	1.931.104	35.777	1,8	1.694	2.134.306	27.425	1,3	1.888	-0,5	+11,4
Liguria	427.992	5.191	1,2	1.937	440.967	4.947	1,1	1.880	-0,1	-2,9
Trentino A.A.	186.979	8.132	4,3	3.556	205.294	8.268	4,1	3.471	-0,2	-2,4
Veneto	958.062	13.183	1,4	2.263	1.049.412	14.247	1,4	1.438	=	-36,4
Friuli V.G.	283.681	6.422	2,7	1.691	303.652	6.482	2,1	2.135	-0,6	+26,2
E. Romagna	974.963	16.132	1,6	2.581	1.031.554	13.467	1,3	1.631	-0,3	-9,5
Toscana	856.357	6.913	0,8	2.099	915.124	5.911	0,7	2.738	-0,1	+30,4
Umbria	205.370	835	0,4	2.177	216.114	765	0,4	1.477	=	-32,1
Marche	346.900	2.822	0,8	2.598	363.434	2.013	0,7	2.631	-0,1	+1,3
Lazio	1.069.011	12.359	1,1	1.462	1.203.442	9.971	0,9	3.222	-0,2	+120,4
Abruzzo	279.793	5.631	2,0	956	296.134	3.605	1.3	1.730	-0,7	+81,0
Molise	69.447	1.932	2,8	1.319	72.072	1.446	2,1	1.068	-0,7	-19,0
Campania	911.209	14.568	1,6	1.401	1.009.633	7.718	0,8	2.046	-0.8	+46,0
Puglia	734.010	9.286	1,3	1.666	818.053	5.565	0,7	2.323	-0,6	+39,4
Basilicata	117.803	2.149	1,8	828	122.618	1.557	1,3	2.326	-0,5	+181,0
Calabria	367.925	5.585	1,5	1.562	392.145	3.265	0,9	966	-0,6	-38,1
Sicilia	915.796	20.529	2,2	2.912	998.607	14.311	1,4	1.804	-0,8	-38,0
Sardegna	310.996	8.638	2,8	2.263	351.074	9.147	2,6	3.165	-0,2	+39,8
Italia	**11.974.530**	**190.908**	**1,6**	**1.834**	**13.007.490**	**149.995**	**1,2**	**2.123**	**-0,4**	**+15,7**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

nuisce in Liguria e Lombardia. Nel Nord-Est è stazionaria al 100 per cento in Trentino Alto Adige, diminuisce in Veneto ed Emilia Romagna, aumenta al 100 per cento nel Friuli Venezia Giulia. Nel Centro aumenta in Toscana e Marche, diminuisce in Umbria e Lazio. Nel Sud l'offerta del servizio aumenta in tutte le regioni. Nelle Isole anche se di poco diminuisce sia in Sicilia che in Sardegna.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 158

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

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

Relativamente all'indice di presa in carico diminuisce sia a livello nazionale da 1,6 a 1,3 sia in tutte le aree geografiche. Lo stesso nelle regioni, con l'unica eccezione del Friuli Venezia Giulia dove aumenta dal 2,2 al 2,3 (tabella 60, grafici 11, 12, 13).

3.7.2. L'assistenza domiciliare integrata (Adi)[88]

L'assistenza domiciliare integrata (Adi) è un servizio organizzato dalle Asl, anche in collaborazione con i Comuni, dedicato all'erogazione presso il domicilio della persona non autosufficiente trattamenti sanitari e sociosanitari carattere multidisciplinare al fine di garantire la permanenza presso il proprio domicilio. Il servizio, che si realizza attraverso il piano di assistenza individualizzato (Pai), è previsto nei livelli essenziali di assistenza (Lea) e, come tale, dovrebbe essere garantito dal servizio sanitario nazionale (Ssn) su tutto il territorio nazionale alle persone con bisogni sanitari elevati. Tuttavia, questo diritto si scontra con la realtà dei fatti, che vede l'implementazione dipendere da logiche di pianificazione e gestione delle risorse sanitarie da parte delle Asl, che non permettono spesso un incontro ideale tra domanda e offerta.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;

c) il supporto alla famiglia;
d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
e) il miglioramento della qualità della vita anche nella fase terminale.

Tabella 60
Assistenza domiciliare socioassistenziale (Sad).
Valori per area geografica e regione

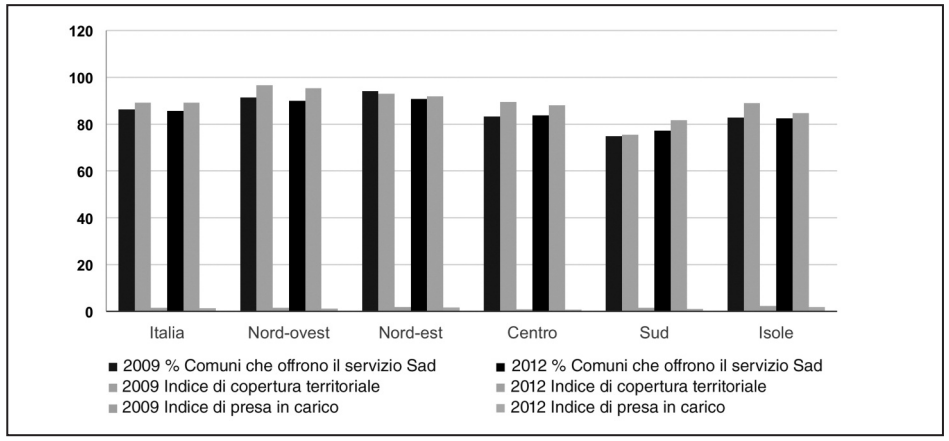
	2009			2012		
	% Comuni che offrono il servizio Sad	Indice di copertura territoriale	Indice di presa in carico	% Comuni che offrono il servizio Sad	Indice di copertura territoriale	Indice di presa in carico
Nord-Ovest	**91,3**	**96,7**	**1,6**	**89,9**	**95,3**	**1,2**
Piemonte	96,1	97,4	1,2	96,7	98,5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

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 160

Grafico 11

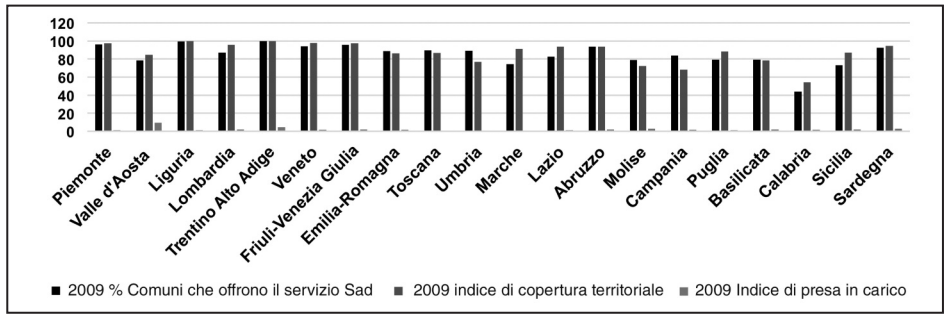
Servizio assistenza sociosanitaria (Sad). Valori per area geografica nel 2009 e 2012



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 12

Assistenza domiciliare socioassistenziale per anziani (Sad). Valori per Regione nel 2009

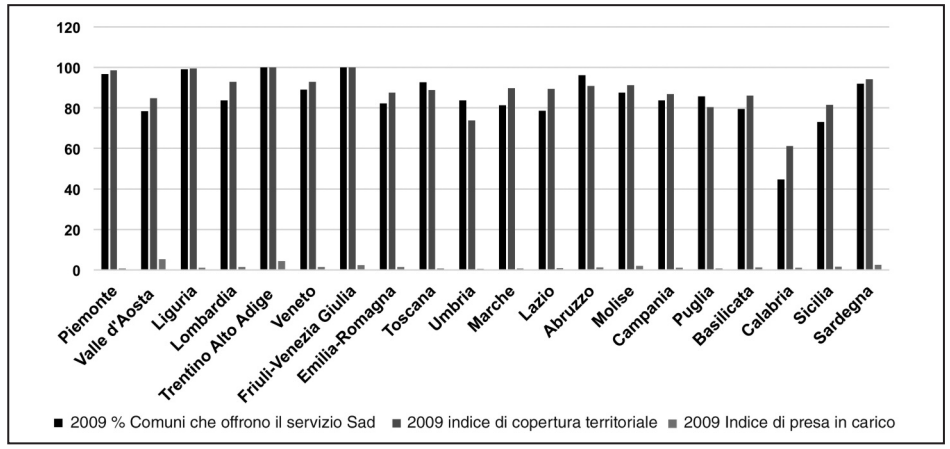


Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Per rispondere a questo mandato, l'assistenza domiciliare è articolata secondo quattro livelli assistenziali caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento necessario. La valutazione dell'intensità assistenziale si basa sul calcolo del coefficiente di intensità assistenziale (Cia), un indicatore pensato ad hoc per l'assistenza domiciliare. Il Cia si ottiene dal rapporto tra numero di giornate effettive di assistenza (Gea) e numero di giornate di cura (Gdc), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero

Grafico 13

Assistenza domiciliare socioassistenziale per anziani (Sad). Valori per Regione nel 2012



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

totale di giornate di presa in carico. Il valore del Cia può variare da zero (nessuna assistenza) a uno (assistenza quotidiana); tanto più il Cia è vicino a uno tanto maggiore è l'intensità assistenziale di cui il paziente necessita.

Le cure domiciliari di livello base (Cia inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico (come ad esempio eseguire a domicilio un prelievo, una somministrazione occasionale di farmaci per via parenterale). Questo livello di cure non necessita normalmente di un'integrazione sociosanitaria.

Gli altri tre livelli (Cia rispettivamente compreso tra 0,14 e 0,3: I livello; tra 0,31 e 0,5: II livello; maggiore di 0,5: III livello) riguardano esplicitamente cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. In questo caso i servizi sanitari al paziente si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, in linea con quanto previsto dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie".

Esiste poi una quinta area che riguarda specificamente le cure palliative domiciliari. Queste vengono distinte in cure palliative di livello base (Cia inferiore a 0,5), erogate con il coordinamento del medico di medicina generale (Mmg), e cure palliative di livello specialistico, erogate da personale specializzato e caratterizzate da un Cia superiore a 0,5.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 162

Origine dell'assistenza domiciliare integrata (Adi)

L'assistenza domiciliare integrata (Adi) viene per la prima volta declinata formalmente agli inizi degli anni Novanta nel Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995" presentato dal governo italiano. Lo scopo prioritario, in linea con i dettami della legge 833 del 1978 istitutiva del Ssn, è l'incremento graduale del numero di pazienti da trattare a domicilio, garantendo inoltre una effettiva integrazione dei servizi sociali, sanitari e assistenziali per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni dell'anziano.

In una concezione più estesa, rivolta quindi agli assistiti di ogni età, l'Adi rientra fin dal 2001 nei livelli essenziali di assistenza (Lea) e, in questi, viene inserita nella macroarea che riguarda l'assistenza distrettuale, sempre con una chiara vocazione all'integrazione sociosanitaria. In quest'ottica, il Dpcm del 14 febbraio 2001 aveva individuato, sulla base dei princìpi e criteri direttivi previsti nella legge di riordino del Ssn, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e quelle sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, precisandone i criteri di finanziamento da parte delle aziende sanitarie locali e dei Comuni.

Per quanto concerne l'Adi rivolta ai pazienti anziani e alle persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative, in linea con quanto previsto nel Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995", la spesa relativa alle prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica e l'assistenza infermieristica e di riabilitazione erano attribuite completamente al Ssn, mentre l'assistenza tutelare era ripartita a metà (50%) tra Ssn e Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale). L'aiuto domestico e familiare, invece, rimaneva totalmente a carico del Comune.

L'aggiornamento dei Lea del 2017 ha ulteriormente precisato che le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle Province autonome, sono interamente a carico del servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.

Nel 2013 gli anziani che accedono al servizio di assistenza domiciliare integrata sono 611.871, il 4,8 per cento della popolazione con +65 anni, e il 23,7 per cento degli anziani con limitazioni funzionali (tabella 61). Gli utenti Adi nel 2009 sono 448.641, il 3,7 per cento della popolazione con +65 anni. Dal 2009 al 2013 il servizio Adi ha un incremento di utenza del 36,4 per cento. L'aumento si registra in tutte le regioni con valori particolarmente significativi in Trentino Alto Adige, Toscana e Sicilia. Valori negativi sono limitati a Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria e Marche.

Si registra invece una riduzione media delle ore di cura che passano da 19 a 17. Riduzione che interessa la maggioranza delle regioni con casi particolarmente pesanti come il Piemonte, la Toscana e l'Emilia Romagna. Fanno eccezione Lombardia, Liguria, Umbria, Abruzzo, Basilicata e Sicilia che registrano tutte incrementi nelle ore di cura.

Nella tabella 62 vengono messi a confronto i dati regionali relativi al numero di anziani, agli anziani con limitazioni funzionali e al numero di utenti Adi. Quello che se ne ricava è particolarmente significativo del grado di inadeguatezza complessiva del servizio. Dei 2.575.483 anziani con limitazioni funzionali, il 19,8 per cento della popolazione anziana, nel 2013 ne accedono al servizio Adi solo 611.871, il 23,75 per cento degli anziani con limitazioni funzionali e il 4,8 del totale degli anziani. Il panorama regionale degli utenti Adi è notevolmente variegato sia a fronte del totale anziani che a quello degli anziani con limitazioni funzionali.

Nel primo caso tredici regioni sono sotto la media, con valori particolarmente bassi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige. Le regioni con valori sopra la media sono sette tra cui l'Emilia Romagna e la Toscana che raddoppiano il valore medio nazionale.

In rapporto invece agli anziani con limitazioni funzionali quindici regioni sono sotto la media nazionale con Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Umbria, Campania, Puglia, Sardegna e Calabria che registrano valori decisamente bassi. Le regioni che superano decisamente la media sono il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna e la Toscana.

A livello nazionale i Comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare integrata nel periodo 2009-2012 sono passati dal 41,9 al 41 per cento. Nel Nord-Ovest l'offerta del servizio aumenta passando dal 38,5 al 43,4 per cento dei Comuni; nel Nord-Est c'è una contrazione netta nel numero dei Comuni che passano dal 73,8 al 54,8 per cento; anche nel Centro diminuiscono i Comuni dal 51,7 al 43,3 per cento. Nel Meridione i Comuni aumentano dal 32,4 al 37,4 per cento, lo stesso nelle Isole dal 7,8 al 10,3 per cento.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 164

Tabella 61
Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (Adi) per anziani (65 anni e oltre) e media ore annuali di Adi per anziano. Valori assoluti e percentuali – Anni 2009-2013

	2009			2013			Δ 2009 - 2013	
	Utenti anziani	% utenti anziani	Ore per utente anziano	Utenti anziani	% utenti anziani	Ore per utente anziano	Δ % utenti anziani	Δ % ore per utente anziano
Piemonte	23.234	2,3	17	27.335	2,6	13	+17,6	-23,5
Valle d'Aosta	101	0,4	66	88	0,3	39	-12,9	-40,9
Lombardia	79.888	4,1	17	78.679	3,8	18	-1,5	+5,9
Liguria	14.922	3,5	20	14.728	3,4	29	-1,3	+45
Trentino A.A.	1459	0,8	19	4.093	2,0	n. d.	+180,5	—
Veneto	52.899	5,5	9	58.058	5,7	9	+9,7	=
Friuli V.G.	22.085	7,7	7	20.589	6,9	7	-6,8	=
Emilia Romagna	81.479	8,4	17	104.980	10,4	12	+28,8	-29,4
Toscana	19.187	2,2	21	95.020	10,6	8	+395,2	-61,9
Umbria	15.724	7,6	15	9.030	4,3	23	-42,6	+53,3
Marche	12.786	3,6	28	10.315	2,9	27	-19,3	-3,6
Lazio	44.241	4,0	18	55.536	4,8	17	+25,5	-5,5
Abruzzo	13.547	4,8	26	15.529	5,4	31	+14,6	+19,2
Molise	1.713	2,4	56	2.722	3,9	50	+59,0	-10,7
Campania	17.206	1,8	37	29.956	3,1	32	+74,1	-13,5
Puglia	15.058	2,0	43	18.245	2,3	39	+21,2	-9,3
Basilicata	6.016	5,0	39	7.575	6,3	44	+25,9	+12,8
Calabria	9.530	1,2	26	11.122	2,9	22	+16,7	-15,4
Sicilia	9.979	1,1	26	39.340	4,1	27	+294,2	+3,8
Sardegna	7.401	2,4	23	9.120	2,7	23	+23,2	=
Italia	**448.641**	**3,7**	**19**	**611.871**	**4,8**	**17**	**+36**	**-10,5**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

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

Tabella 62
Copertura del servizio di assistenza domiciliare integrata (Adi) per anziani con limitazioni funzionali. Valori regionali assoluti e percentuali e differenziale percentuale – Dati 2013

Regioni	Anziani + 65 anni	Anziani con limitazioni funzionali	% anziani con lim. funzionali su totale anziani	Utenti Adi anziani	% utenti Adi su tot. anziani	% utenti Adi su anziani con limitazioni	Δ % utenti Adi % anziani con lim. funzionali
Piemonte	1.069.268	157.182	14,7	27.335	2,6	17,4	-12,1
Valle d'Aosta	28.290	4.073	14,4	88	0,3	2,2	-14,1
Liguria	440.967	66.145	15	14.728	3,8	22,3	-11,2
Lombardia	2.134.306	335.086	15,7	78.679	3,4	23,5	-12,3
Trentino A.A.	205.294	31.409	15,3	4.093	2	13	-13,3
Veneto	1.049,412	196.240	18,7	58.058	5,7	29,6	-13
Friuli V. G.	303.652	52.835	17,4	20.589	6,9	38,9	-10,5
Emilia Romagna	1.031.554	184.648	17,9	104.980	10,4	56,8	-7,5
Toscana	915.124	161.061	17,6	95.020	10,6	59	-7
Umbria	216.114	46.032	21,3	9.030	4,3	5,6	-17
Marche	363.434	69.779	19,2	10.315	2,9	14,8	-13,8
Lazio	1.203.442	231.060	19,4	55.536	4,8	24	-14,6
Abruzzo	296.134	56.857	19,2	15.529	5,4	27,3	-13,8
Molise	72.072	14.846	20,6	2.722	3,9	18,3	-16,7
Campania	1.009.633	254.427	25,2	29.956	3,1	11,8	-22,1
Puglia	818.053	220.056	26,9	18.245	2,3	8,3	-24,6
Basilicata	122.618	24.155	19,7	7.575	6,3	31,3	-13,4
Calabria	392.145	89.409	22,8	11.122	2,9	12,4	-19,9
Sicilia	998.607	254.644	25,5	39.340	4,1	15,4	-21,4
Sardegna	351.074	89.172	25,4	9.120	2,7	10,2	-22,7
Italia	**13.007.490**	**2.575.483**	**19,8**	**611.871**	**4,8**	**23,7**	**-15**

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Per l'indice di presa in carico a livello nazionale abbiamo una diminuzione dallo 0,9 allo 0,6. Nelle aree geografiche l'indice diminuisce in tutte quelle del Nord mentre rimane costante nel resto del paese (tabella 63, grafici 14, 15, 16).

Tabella 63
Assistenza domiciliare integrata (Adi).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 166

Valori percentuali per area geografica e Regione 2009 e 2012

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

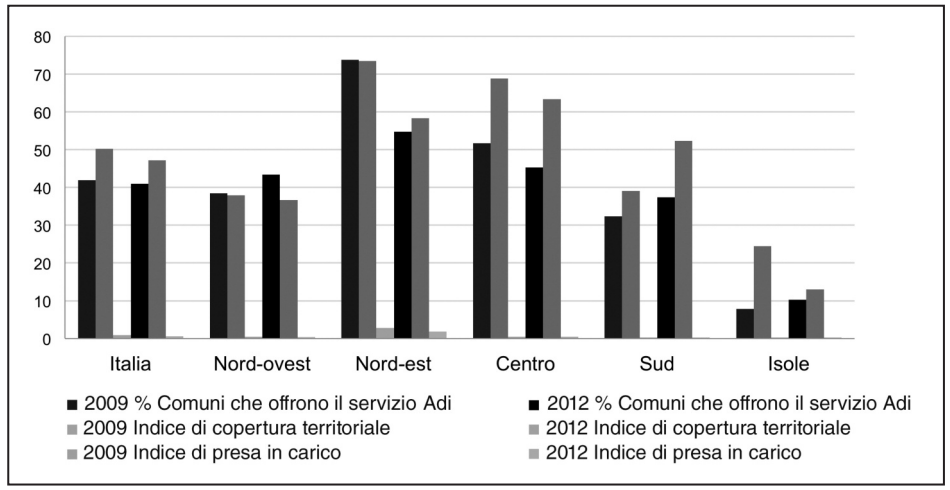
Analizzando l'andamento degli indicatori a livello regionale la percentuale dei Comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare integrata cresce sensibilmente in Piemonte dal 63 all'89 per cento, decresce in Valle d'Aosta e si dimezza in Liguria e in Lombardia; decresce in tutte le regioni del Nord-Est in particolare in Trentino dove passa dall'82,5

al 40,1 per cento; nel Centro decresce di circa il 20 per cento in Toscana, meno nel Lazio e in Umbria mentre cresce nelle Marche. Nel Meridione decresce in tutte le regioni, ma raddoppia in Puglia e in Calabria. Nelle Isole cresce, e in Sicilia raddoppia passando dal 7,2 al 14,2 per cento.

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

Relativamente all'indice di presa in carico, con l'eccezione di alcune regioni dove rimane stazionario, in tutte le altre diminuisce, in particolare in Veneto dove passa da una soglia di 6 a una di 3,9 che comunque rimane ancora molto alta rispetto alla media delle altre regioni dove raramente si avvicina all'1.

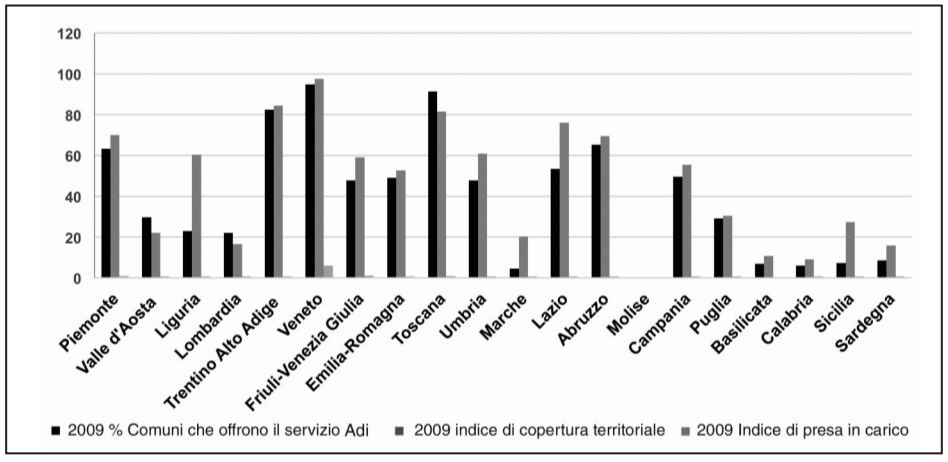
Grafico 14
Assistenza domiciliare integrata (Adi) per anziani. Valori per area geografica nel 2009 e 2012



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

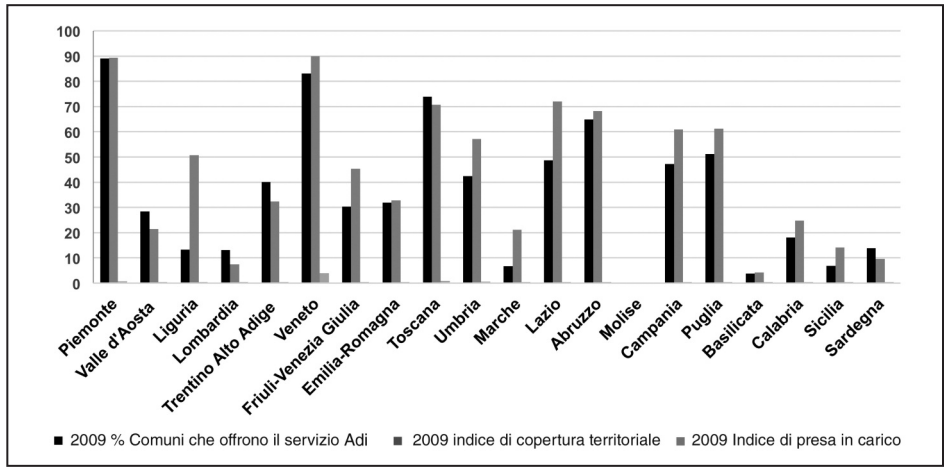
Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 168

Grafico 15
Assistenza domiciliare integrata (Adi). Valori per Regione nel 2009



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 16
Assistenza domiciliare integrata (Adi). Valori per Regione nel 2012



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

3.7.2.1. Articolazione del servizio Adi

L'Adi è caratterizzata da una chiara definizione dell'intera articolazione del processo del servizio e degli attori che ne fanno parte. Tali caratteristiche distintive, le modalità di offerta e gli attori dell'intero processo sono stati delineati in diversi documenti di programmazione del Ministero della salute – oltre ai già citati Lea – a partire dagli anni Duemila. Di seguito sono indicati i diversi momenti in cui, almeno in via ottimale, dovrebbe articolarsi l'Adi[89].

Prima attivazione e accesso. L'accesso al servizio Adi di un paziente generalmente deve essere fatta al punto unico di accesso (Pua), un servizio organizzato dalla Asl in collaborazione con il Comune, deputato a fare da collettore delle domande e aiutare il cittadino, quando necessario, nella decodifica del bisogno di assistenza. La domanda al Pua può pervenire da diverse fonti. Spesso è il medico di medicina generale che si fa promotore della richiesta, ma in caso di pazienti ricoverati può essere il medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissioni, il medico responsabile di struttura residenziale (Rsa) o altra struttura socioassistenziale. In molte Asl la richiesta può essere fatta, senza bisogno di intermediari, anche dal paziente stesso, da un suo familiare o altro *caregiver*, come anche dai servizi sociali, le associazioni di volontariato o altri soggetti (ad esempio, un tutore legale o il pediatra di libera scelta per i bambini). Gli operatori del Pua rappresentano il *front office* e la porta di ingresso per il cittadino all'Adi. Sono essi ad avviare il paziente, quando necessario, alla valutazione multidimensionale.

Valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico. Non vi sono limitazioni di età per l'accesso all'Adi. Mediamente i destinatari dell'Adi sono soggetti fragili in condizione di non autosufficienza, affetti da patologie croniche in atto o esiti di patologie che necessitano di assistenza e cure erogabili in un *setting* domiciliare. La valutazione multidimensionale, la cui prassi è stata normata da alcune Regioni, le quali hanno definito l'utilizzo obbligatorio di appositi strumenti (schede precompilate o scale di valutazione), è volta sia a confermare o smentire l'indicazione alla presa in carico in Adi sia, in caso di conferma dell'indicazione, a caratterizzare al meglio il bisogno specifico dell'assistito, avviando così il processo di definizione di un Pai.

Piano di assistenza individualizzato (Pai). Il Pai è il perno intorno al quale dovrebbe ruotare il servizio di assistenza tenendo conto che le necessità del paziente, l'intensità, le stesse finalità della cura possono variare nel corso dell'assistenza. Per la redazione del Pai l'équipe multidisciplinare stabilisce finalità specifiche, modalità e livello di intensità assistenziale necessario, definendo così i tempi, la frequenza degli accessi e l'attivazione delle figure professionali maggiormente indicate per la cura del caso specifico.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 170

Assistenza multidisciplinare e interdisciplinare. Dal punto di vista operativo, i servizi assistenziali dell'Adi sono di natura medica, infermieristica, riabilitativa (fisioterapia e terapia occupazionale), psicologica, socioassistenziale, di aiuto alla persona e al governo della casa. I professionisti impegnati nel servizio, pur nella necessaria suddivisione di ruoli, competenze e responsabilità, devono far sì che questi si esercitino in un clima di continuo confronto e integrazione per la definizione e la prosecuzione dell'iter assistenziale più appropriato e coerente. Il lavoro di équipe dell'Adi è infatti pensato come la risposta più efficace alla complessità presentata dal paziente. Di fondamentale importanza il coinvolgimento dei familiari/*caregiver*, tramite attività di informazione e *training* erogati dagli operatori stessi a domicilio. Il *caregiver* diventa parte attiva dell'assistenza anche nella prospettiva dell'équipe professionale, che nel rispetto di ruoli e competenze ne può esaltare le potenzialità uniche per il miglioramento globale dell'assistenza e della qualità della vita del paziente.

Case manager. All'interno dell'équipe, la "regia" dell'assistenza è affidata a un unico professionista, generalmente un infermiere, che oltre a essere coinvolto personalmente nell'assistenza diretta, supervisiona il lavoro di tutti i membri, con la responsabilità di coordinare e rendere armonico il lavoro del team.

Dimissione dall'Adi. Le modalità di dimissione dall'Adi non differiscono sostanzialmente da quelle di altri tipi di assistenza sanitaria. Il paziente può terminare il percorso per completamento dell'iter terapeutico e miglioramento delle sue condizioni, per trasferimento ad altro *setting* assistenziale (per acuti o Rsa) o per avvenuto decesso.

Costi. Le prestazioni sanitarie erogate in Adi sono completamente gratuite per il paziente e, rientrando nei livelli essenziali di assistenza, sono finanziate dal servizio sanitario nazionale. Per quanto concerne le prestazioni socioassistenziali, pur facendo riferimento alle indicazioni nazionali sopra richiamate per le definizioni e per una suddivisione generale, le Regioni godono di una larga autonomia nell'assumere le determinazioni definitive in materia, generando disomogeneità anche consistenti a livello locale.

Erogatori del servizio. La complessità delle prestazioni erogabili in Adi può essere offerta con diverse modalità sia a livello di Asl che di Comune. Entrambe queste istituzioni possono offrire direttamente la gestione e la fornitura di servizi, affidare a terzi (ad esempio, cooperative, Onlus, realtà *profit* e no *profit*) questo compito attraverso un accreditamento, optare per l'erogazione in denaro al paziente preso in carico, sotto forma di *voucher*, assegni di cura o buoni socioassistenziali. Il *voucher* consiste in una provvidenza economica che può essere "spesa" esclusivamente per acquisire da operatori professionali accreditati presso la Regione e/o il Comune prestazioni di assistenza domiciliare sociosanitaria integrata; l'assegno di cura è invece un incentivo economico finalizzato ad aiutare la permanenza dell'assistito al proprio domicilio evitando l'istituzionalizzazione di soggetti anziani o disabili non autosufficienti; infine, il buono socioassistenziale viene fornito come sostegno economico erogato se l'assistenza viene fornita da un *caregiver* familiare o appartenente alle reti di solidarietà (vicinato, associazioni). Nei contesti regionali, e anche a livello di aziende sanitarie e Comuni, modalità di erogazione e caratteristiche variano talvolta anche in modo rilevante.

3.7.2.2. Le principali criticità dell'Adi[90]

Scarsa intensità delle risposte. Benché gli ultra 65enni seguiti in Adi siano in aumento, il loro numero rimane comunque percentualmente basso in rapporto ai potenziali utenti; a titolo di esempio, basti dire che in alcuni Stati del Nord Europa viene assistito a casa quasi il 20 per cento degli anziani fragili. Il rafforzamento realizzato negli ultimi anni è ancora insufficiente, tanto più che, in parallelo all'incremento numerico, si riscontra la diminuzione delle ore di servizio pro capite. Iniziato nel periodo 2001-2005 con una media scesa da 27 a 23 ore, il calo è andato accentuandosi nel tempo e ha sottolineato ulteriormente le differenze tra Regioni. La strategia generale dei programmatori per raggiungere più anziani sembra essere quella di contrarre l'assistenza riservata a ognuno; il modesto numero di accessi mediamente erogato, però, non basta a garantire ai casi complessi un'adeguata intensità assistenziale. È logico supporre che, per soddisfare i propri bisogni, i non autosufficienti contino più sulle risposte attivabili per iniziativa delle famiglie che sul supporto del servizio. Nel complesso, l'odierno assetto del sistema Adi non pare in grado di rispondere efficacemente alla domanda di assistenza territoriale che proviene dai pazienti con patologie cronico-degenerative.

Eterogeneità locale dei modelli organizzativi e assistenziali. Oltre alla disomogeneità presente a livello nazionale, il panorama dell'Adi risulta estremamente variegato anche all'interno delle diverse Regioni. Benché la programmazione, la valutazione e il controllo delle attività siano sem-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 172

pre svolte a livello centralizzato dalle aziende sanitarie, l'erogazione del servizio ha luogo secondo le più differenti modalità. L'eterogeneità e la diversa capacità di risposta ai bisogni presenti nelle varie aree territoriali producono mancanza di equità nei confronti degli utenti e dei loro *caregiver*.

Ruolo prevalentemente certificatorio di Uvg e Uvm. Quasi ovunque le unità valutative costituiscono il filtro e la porta per l'accesso ai servizi sociosanitari: grazie al loro operato, i meccanismi d'inserimento in certe unità di offerta, ad esempio le Rsa, sono diventati più trasparenti. Tuttavia, la necessità di ricercare la massima equità distributiva in tempi di contrazione delle risorse ha fatto sì che le équipe valutative abbiano assunto un ruolo sempre più autorizzativo e certificatorio, con il rischio di trasformarsi in strumenti burocratici.

Carente integrazione sociosanitaria. L'Adi dovrebbe, per sua stessa natura, basarsi sull'integrazione delle competenze sociali con quelle sanitarie. Invece una recente ricerca condotta da Italia Longeva, network scientifico del Ministero della salute dedicato all'invecchiamento attivo, a conferma di un'opinione condivisa da tempo da operatori e studiosi, rileva nel paese una diffusa difficoltà d'interazione Asl/Comuni. Solitamente entrambi si muovono da soli, rispondendo separatamente ai bisogni sanitari o sociali degli utenti. Tranne poche eccezioni, punti unici di accesso, valutazione congiunta, Pai condiviso, presa in carico integrata, monitoraggio comune del caso sembrano essere ben poco diffusi. Non è però infrequente trovare esempi di integrazione sui casi, grazie all'attitudine personale e alla buona volontà delle figure coinvolte. In ogni caso ciò non basta a garantire l'integrazione sociosanitaria a livello istituzionale.

Principali riferimenti normativi relativi all'Adi

Legge n. 833/1978. L'articolo 25 della legge istitutiva del Ssn prevede che le prestazioni specialistiche possano essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995". Definisce le caratteristiche funzionali e organizzative essenziali per garantire gli standard assistenziali minimi per gli assistiti in Adi. Nel quinquennio, il progetto prevedeva di trattare in Adi 140.000 anziani, con un costo per assistito di lire 12.400.000 annui (nove milioni per la parte sanitaria e 3,4 per la parte socioassistenziale), con una spesa globale annua di 135 miliardi di lire nel 1991, 180 miliardi nel 1992 e 225 miliardi nel 1993.

Dlgs n. 502/1992 e s.m.i. L'Adi è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari (articolo 3-quinquies) e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto dei fondi integrativi del Ssn, ovvero i fondi volti a favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Ssn attraverso i Lea (articolo 9).

Piano sanitario nazionale 1998-2000. Il Psn 1998-2000 prevede la necessità di garantire, fin quando possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie, assistenza domiciliare integrata che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente. L'Adi è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione ed è in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle cronicità evitabili.

Dlgs n. 229/99: cfr. Dlgs n. 502/1992

Dpr 28 luglio 2000, n. 270. Il Dpr regolamenta la complessiva riorganizzazione della medicina generale nell'ambito del riordino del Ssn. L'allegato H disciplina il ruolo del Mmg nell'Adi, declinando le prestazioni, i destinatari, le procedure per l'attivazione e sospensione, il trattamento economico e la documentazione/riunioni periodiche/verifiche. Il Dpr, evidenziando il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, sottolinea l'importanza che gli accordi regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare, in particolare dell'Adi e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

Legge n. 328/2000. Prevede che il fondo nazionale per le politiche sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento a «progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 174

soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare».

Dpcm 14 febbraio 2001. Definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria precisandone i criteri di finanziamento da parte delle aziende sanitarie locali e dei Comuni.

Dpcm 29 novembre 2001. Nel definire i livelli essenziali di assistenza, il Dpcm inserisce l'Adi nell'ambito dell'assistenza distrettuale, in particolare all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio (allegato 1, livello 2 G, comma 1).

Piani sanitari nazionali 2001-2003; 2003-2005; 2006-2008. I piani successivi alla definizione dei Lea confermano al distretto il ruolo di coordinamento di tutte le attività extraospedaliere (di assistenza sanitaria di base e specialistiche, di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a elevata integrazione sociosanitaria), esplicitando che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» in quanto «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione».

Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea 18 ottobre 2006. L'elevata disomogeneità delle prestazioni domiciliari (sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento) ha portato alla necessità di effettuare una nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio al fine di specificare:

1) la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità, della durata media e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari;
2) l'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale;
3) la definizione di criteri omogenei di eleggibilità;
4) l'individuazione di un set minimo di indicatori di verifica;
5) la valorizzazione economica dei profili di cura (costo medio mensile) e la stima del costo pro capite per residente.

Dpcm 23 aprile 2008 (ritirato). Questo Dpcm di revisione dei Lea avrebbe recepito il lavoro della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea, prevedendo l'articolazione delle cure domiciliari come riportato sopra (articolo 22). Non è però mai stato pubblicato in Gazzetta ufficiale per problemi relativi alla copertura economica.

Dm 17 dicembre 2008. L'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Siad) è il risultato di un lungo percorso di condivisione e approfondimento sul tema, iniziato nel 2003 nell'ambito del "Programma Mattoni del Ssn" (Mattone 13 – Assistenza primaria e prestazioni domiciliari). Il decreto disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e sociosanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al Ssn, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province autonome al nuovo sistema informativo sanitario (Nsis).

Patto per la salute 2014-2016. Prevede il rafforzamento dell'Adi in vari contesti, *in primis* quello relativo all'umanizzazione delle cure (articolo 4). Inoltre, l'articolo 5, che definisce l'assistenza territoriale, in particolare i nuovi modelli multiprofessionali e interdisciplinari (unità complesse di cure primarie, Uccp, sia aggregazioni funzionali territoriali, Aft), richiede alle Regioni di provvedere a definire per le persone in condizione di stato vegetativo e di minima coscienza soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata sia di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente. Infine, il patto, al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, prevede all'articolo 6, "Assistenza sociosanitaria", che le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottino/aggiornino progetti di attuazione del "punto unico di accesso", della valutazione multidimensionale e del piano delle prestazioni personalizzato. Il patto recepisce anche l'impegno delle Regioni ad armonizzare i servizi sociosanitari, individuando standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni sociosanitarie.

Dpcm 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Lea". All'articolo 22 definisce le cure domiciliari integrate di I, II e III livello, esplicitando la loro integrazione con prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (comma 4) e da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 176

3.8. Il lavoro di cura informale

Problema n. 8 - Per lavoro di cura informale si intende l'esternalizzazione a soggetti esterni al perimetro familiare l'assistenza degli anziani non autosufficienti presso il loro domicilio. Negli ultimi due decenni le famiglie hanno fatto un ampio ricorso a questa modalità di assistenza malgrado presenti numerose criticità: bassa qualificazione degli operatori, ampia presenza di lavoro nero, evasione contrattuale, difficoltà di incontro tra domanda e offerta eccetera.

Il lavoro di cura informale è fornito generalmente da singoli operatori a pagamento su richiesta degli anziani (o delle famiglie). L'accesso all'assistenza domiciliare privata, che è strettamente associata alle condizioni economiche delle famiglie, negli ultimi anni sta crescendo in alternativa o in sostituzione delle reti informali.

In Italia, sulla base dell'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana* del 2013, sono 2.017.000 le famiglie che ricorrono a servizi a pagamento (colf, *baby sitter* e assistenti per anziani e disabili). Si tratta del 12,3 per cento delle famiglie del Centro, dell'8,4 per cento delle famiglie del Nord e dell'8,1 per cento delle famiglie del Mezzogiorno; nello specifico, le famiglie con almeno un membro ultrasessantacinquenne che si avvalgono di collaboratrici domestiche per l'assistenza di persone anziane sono 451.000.

Come detto il ricorso al mercato privato dell'assistenza ha assunto negli ultimi anni un rilievo sempre maggiore. Ciò si deve principalmente alle trasformazioni che hanno investito la famiglia negli ultimi decenni (crescente invecchiamento della popolazione che determina un maggiore fabbisogno di manodopera assistenziale, nuclearizzazione e indebolimento delle reti di sostegno informale, crescente partecipazione delle donne al mondo del lavoro, mutamento dei compiti e dei ruoli nell'ambito familiare) e alle caratteristiche del nostro sistema di welfare (tassi di istituzionalizzazione relativamente bassi; scarsa diffusione dei servizi domiciliari pubblici; carichi assistenziali gravanti prevalentemente sul nucleo familiare).

Nonostante siffatto quadro, le famiglie continuano a rappresentare la principale fonte di cura per gli anziani non autosufficienti, così come per gli altri individui in difficoltà. Basti un dato: l'80 per cento delle famiglie

un cui componente (anziano o disabile) abbia problemi di autonomia affronta la situazione senza ricorrere ad alcun tipo di aiuto esterno.

3.8.1. L'esternalizzazione del lavoro di cura

La "domiciliarità" con badante[91] è stata la soluzione che si è affermata nel nostro paese in quanto si è dimostrata flessibile, sostenibile economicamente e soddisfacente per anziani, familiari e badanti. Una soluzione *low cost-high value* (come dice il Censis), nel senso che le retribuzioni delle badanti si sono attestate su livelli sostenibili (sia pure non senza difficoltà) per le famiglie, e le badanti hanno garantito il *care*, alleviando al contempo dal peso dell'assistenza i familiari più esposti, di solito le donne. Sul piano sociale, le badanti hanno consentito a tante italiane di entrare o restare nel mercato del lavoro. Il modello italiano di assistenza quindi ha avuto il non piccolo beneficio collaterale di emancipare le donne dal peso dell'assistenza ai membri più fragili della famiglia, consentendo loro di prendere posto nel mondo del lavoro.

Certo la crisi ha toccato anche questo settore, rendendolo ancora più opaco, certamente più sommerso, in parte ridimensionandolo. L'Inps calcola che ogni 28 famiglie vi sia un lavoratore domestico, ma il Censis[92] nel 2010 ne quantifica una ogni dieci, facendo emergere come vi siano 1.538.000 persone che prestano il loro lavoro in 2.412.000 famiglie.

Diversi sono i fattori all'origine del fenomeno, e tra questi un ruolo importante hanno giocato l'invecchiamento demografico e la crescita di una dimensione di non autosufficienza che sottopone il sistema del welfare italiano a nuove sfide cui è sempre meno in grado di far fronte. Ma anche la crescente propensione al lavoro delle donne pone alle famiglie esigenze nuove, sia in termini di organizzazione del lavoro domestico che di cura delle persone.

Non meno rilevanti sono state quelle trasformazioni di lungo corso che hanno investito, da un lato, il modello familiare, oggi sempre più frammentato e non più in grado di offrire ai propri membri quella rete estesa di coperture che garantiva fino a qualche decennio fa; dall'altro lato, il nostro welfare pubblico che si è trovato a delegare alle famiglie quote consistenti di "assistenza" dando vita a una dimensione di welfare fai da te, che rappresenta ormai un vero e proprio pilastro del nostro sistema.

A ciò si aggiunga anche l'evoluzione in corso nelle politiche di assistenza sociale e sanitaria che, indirizzandosi sempre più verso modelli di

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 178

deospedalizzazione che privilegiano la componente residenziale e domiciliare, spingono ulteriormente in direzione della crescita di questo settore.

Pertanto, se è vero che oggi si vive più a lungo e che per il futuro non sembrano intravedersi prospettive realistiche di inversione del processo di erosione che ha investito il nostro welfare, c'è da aspettarsi che il numero delle famiglie costrette a rivolgersi al mercato dei servizi a domicilio sia destinato ad aumentare significativamente.

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

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

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

- chi è irregolarmente residente in Italia, perché entrato clandestinamente o perché i documenti con cui è entrato sono scaduti, non ha alcuna prospettiva di formazione, sviluppo professionale, connessione con i servizi pubblici;
- chi ha il permesso di soggiorno, ma lavora senza un regolare contratto, ha delle possibilità di integrazione sociale e lavorativa, può accedere a corsi di formazione, albi, sportelli, anche se la sua condizione lavorativa e sociale è spesso precaria;
- chi ha il permesso di soggiorno e un regolare contratto di lavoro, seppure per meno ore di quelle effettivamente lavorate, ha più possibilità di integrarsi nel tessuto socio-lavorativo del nostro paese.

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

A livello di *policy*, non ci sono stati interventi particolari da parte dei governi in questi ultimi anni per regolare il mercato privato delle assistenti familiari. In linea generale, sono disponibili degli incentivi fiscali per i destinatari delle cure e per le relative famiglie che impiegano lavoratori nel settore dell'assistenza domiciliare con contratti regolari (legge n. 342/2000 e legge n. 296/2006). D'altra parte, l'opzione strategica principale adottata per affrontare il caso dei cittadini extracomunitari in questione è stata la controversa legalizzazione di quelle persone impiegate nel mercato parallelo senza un regolare contratto o anche un permesso di soggiorno[93].

A oggi, comunque, non si sa quanti siano le lavoratrici o i lavoratori che svolgono la professione di assistenti familiari. Gli unici dati attendibili sono desumibili dall'osservatorio dell'Inps sul lavoro domestico[94].

Da questo ricaviamo che nel 2015 i lavoratori domestici erano 886.125, di cui 375.560 (42,4%) erano badanti. Dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, ed è passato dal 26 per cento nel 2009 al 42,4 per cento, con un incremento del 46,1 per cento (tabella 64).

Tabella 64
Lavoratori domestici per tipo di rapporto di lavoro. Valori nazionali assoluti e percentuali 2009-2015

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Il 53,1 delle badanti (tabella 65) svolge la sua attività nelle aree del Nord, rispettivamente il 28 per cento nel Nord-Ovest e il 25,1 per cento nel Nord-Est. Nel Centro sono il 25,1 per cento, nel Meridione l'11,5 e il 10,4 nelle Isole.

La regione con il maggior numero di badanti (tabella 66) è la Lombardia con il 15 per cento, seguita da Emilia Romagna con l'11,6, Toscana con il 10,4 e Lazio con il 9 per cento. Tutte le regioni registrano in-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 180

Tabella 65
Badanti per area geografica nel 2009 e 2015. Valori assoluti e percentuali

	2009	%	2015	%
Nord-Ovest	75.448	29,4	104.988	28,0
Nord-Est	60.479	23,5	94.198	25,1
Centro	62.243	24,2	94.271	25,1
Sud	41.103	16,0	43.131	11,5
Isole	17.770	6,9	38.972	10,4
Totale	**257.043**	**100,0**	**375.560**	**100,0**

Fonte elaborazione Auser su dati Inps

crementi, in alcuni casi molto forti, tra il 2009 e il 2015. Spiccano per incremento il Friuli Venezia Giulia con un +103,7 per cento e la Sardegna con un +189,5 per cento. L'unica regione in decremento è la Campania che nel periodo diminuisce del 20,7 per cento attestandosi sul 4,4 per cento del totale nazionale.

Andando a verificare la ripartizione per classi di età del popolo dei badanti (tabella 67) si scopre che tra il 2009 e il 2015 si è verificata una rilevante contrazione delle classi di età comprese tra i 19 e i 34 anni e un ancor più rilevante incremento delle classi comprese tra i 55 e i 65 anni e oltre. La riduzione delle classi giovani è stata del 33,7 per cento, mentre l'incremento delle classi più anziane è stato del 207,6.

A rappresentare la stragrande maggioranza di questo tipo di lavoratori sono le donne con il 92,9 per cento, il picco più alto mai raggiunto con un incremento tra il 2009 e il 2015 del 63,4 per cento (tabella 68).

Oltre al genere femminile un'altra caratteristica importante è la loro provenienza estera che ha raggiunto la soglia dell'80,9 per cento nel 2015 con una decisa contrazione relativa rispetto al 2009 quando erano il 92 per cento. Nel periodo, infatti, c'è stata una significativa crescita del 239,1 per cento di lavoratori italiani che passano dall'8 per cento nel 2009 al 19,1 per cento del totale nel 2015 (tabella 69).

La stragrande maggioranza dei lavoratori badanti, il 60,7 per cento nel 2015, proviene dai paesi dell'Europa dell'Est, seguono i lavoratori dall'America del Sud con il 6,6 per cento e dall'Africa del Nord con il 3,3. Da notare il forte incremento del 226,3 per cento dei lavoratori dell'Europa dell'Ovest, anche se di dimensioni ridotte in valori assoluti. Da notare anche l'incremento dell'89,5 per cento delle Filippine. A ridurre la loro presenza sono i lavoratori provenienti dall'Asia orientale, dall'Africa del Nord e dall'Oceania (tabella 70).

Tabella 66
Badanti per Regione nel 2009 e 2015. Valori assoluti e percentuali

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Negli anni dal 2009 al 2015 si registra un progressivo incremento del numero delle settimane lavorate durante l'anno. Nel 2015 sono infatti il 46 per cento i lavoratori occupati per più di 40 settimane, nel 2009 erano il 23 per cento. A conferma che l'aumento più rilevante, del 213,9 per cento, è avvenuto nella classe di settimane da 50 a 52. Si può quindi dire che sempre più lavoratori sono impegnati per l'intero anno (tabella 71).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 182

Tabella 67
Badanti per classi di età nel 2009 e 2013

	2009	%	2013	%	Δ 2009-2013
Fino a 19	1.300	0,5	570	0,2	-56,2
20-24	16.373	6,4	7.651	2,0	-53,3
25-29	28.124	10,9	17.401	4,6	-38,1
30-34	30.019	11,7	24.671	6,6	-17,8
35-39	30.313	11,8	34.262	9,1	13.0
40-44	34.645	13,5	46.145	12,3	33,2
45-49	39.330	15,3	62.231	16,6	58,2
50-54	39.063	15,2	66.117	17,6	69,3
55-59	25.400	9,9	65.060	17,3	156,1
60-64	9.932	3,9	37.544	10,0	278
65 e oltre	2.544	1,0	13.908	3,7	446,7
Totale	**257.043**	**100,0**	**375.560**	**100,0**	**46,1**

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Tabella 68
Badanti per genere nel 2009 e 2015

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Tabella 69
Badanti italiani e stranieri nel 2009 e 2015

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Tabella 70
Badanti per area geografica di provenienza nel 2009 e 2015

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Tabella 71
Classi di settimane dichiarate nel 2009 e 2015

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 184

Relativamente al numero di ore lavorate settimanalmente dai dati dell'osservatorio Inps si ricava che la classe con maggiori occupati è quella tra le 25 e le 29 dove si concentra il 32 per cento dei lavoratori, anche se dal 2009 c'è stato un decremento del 4,4 per cento. Il calo in questa fascia viene comunque in larga parte recuperato dalle fasce con un maggior numero di ore lavorate settimanalmente (tabella 72).

Tabella 72
Classi di orario medio settimanale nel 2009 e 2015.
Valori nazionali assoluti e percentuali

	2009	%	2015	%	Δ 2009-2015
Fino a 4	865	0,3	5.916	1,6	591,1
Da 5 a 9	4.288	1,7	13.815	3,7	222,2
Da 10 a 14	5.345	2,1	13.623	3,6	154,9
Da 15 a 19	5.342	2,1	15.598	4,1	192
Da 20 a 24	23.021	9,0	21.114	5,6	-8,3
Da 25 a 29	126.274	49,1	120.216	32,0	-4,4
Da 30 a 34	32.043	12,5	55.111	14,7	72
Da 35 A 39	17.857	6,9	24.940	6,6	39,7
Da 40 a 44	16.953	6,6	43.445	11,6	156,3
Da 45 a 49	8.916	3,5	6.626	1,8	-25,7
Da 50 a 59	15.313	6,0	53.928	14,4	252,2
60 e oltre	835	0,3	1.228	0,3	47,1
Totale	**257.043**	**100,0**	**375.560**	**100,0**	**46,1**

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

I dati forniti dall'osservatorio Inps fanno registrare una crescita di addensamento nelle fasce superiori a un reddito annuo di 10.000 euro dove si addensa il 28,5 per cento degli addetti, nel 2009 erano il 10 per cento. Tutte le altre classi di orario registrano degli incrementi a eccezione di quelle comprese tra 4.000 e 7.000 euro (tabella 73).

3.8.2. La possibile evoluzione della domanda di cura informale

Per quanto lo scenario di qui ai prossimi anni appaia gravido di incertezze si stima che, mantenendo stabile il tasso di utilizzo dei servizi da parte delle famiglie, la crescita della domanda porterà il numero degli at-

Tabella 73
Classi di importo della retribuzione annua nel 2009 e 2015

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

tuali collaboratori da 1.655.000 a 2.151.000 nel 2030, determinando un fabbisogno aggiuntivo complessivo di circa 500.000 unità.

È questo il primo dato che emerge dalla ricerca finalizzata all'elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona, condotta da fondazione Censis e Ismu per conto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel corso del 2013[95]. Una ricerca che oltre alla ricognizione ed elaborazione di dati statistici, è stata condotta attraverso la realizzazione di due ampie indagini di campo presso 1.500 collaboratori e 1.500 famiglie che si avvalgono dei loro servizi, in tutto il territorio nazionale.

Oltre a definire gli scenari "quantitativi" entro cui andrà collocandosi la domanda di mercato, anche alla luce delle evoluzioni che caratterizzeranno i principali paesi da cui proviene oggi la gran parte dei collaboratori (Romania, Ucraina, Filippine) e i cui flussi sono destinati ad assottigliarsi sensibilmente, la ricerca ha approfondito anche l'attuale organiz-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 186

zazione di questo segmento di servizi, sia con riferimento alla domanda espressa dalle famiglie sia all'offerta di lavoro, cercando soprattutto di mettere in luce i possibili scenari di evoluzione.

Da sottolineare, infatti, che se fino a oggi il sistema ha fondamentalmente garantito alle famiglie una risposta ai propri bisogni emergenti, la logica di informalità che ne ha contraddistinto fin dal nascere lo sviluppo, nella sostanziale assenza di interventi pubblici, ha di fatto penalizzato una sua evoluzione verso modelli di mercato più efficienti e qualificati, quali quelli che ormai contraddistinguono l'esperienza di molti paesi europei.

Il quadro che emerge dalla lettura sintetica dei dati non presenta infatti, da questo punto di vista, significative novità rispetto a simili ricerche svolte nel passato. Quello dei servizi di collaborazione domestica si caratterizza per essere in Italia un mercato ancora fortemente destrutturato e caratterizzato da:

- *tendenziale poliedricità e scarsa specializzazione dell'offerta di servizi:* il lavoro di collaborazione presso le famiglie, anche quando comporta assistenza specialistica a persone non autosufficienti, si configura come un lavoro domestico a tutto tondo, implicando tutta quella serie di attività che hanno più strettamente a che vedere con il governo della casa (se ne occupa l'83,4 per cento dei collaboratori);
- *sostanziale sottovalutazione del valore delle competenze*: da cui deriva l'ancora bassa qualificazione dei profili dei collaboratori, sia da parte delle famiglie (al momento della selezione del collaboratore, solo l'8,8 per cento considera come elemento prioritario l'esistenza di una qualche attestazione di qualifica professionale) che dei lavoratori: solo il 14,3 per cento ha seguito un percorso formativo finalizzato al lavoro che svolge, e ciò malgrado ben il 60,2 per cento dei collaboratori si occupi della cura e dell'assistenza a una persona anziana;
- *assenza di intermediazione nel rapporto di lavoro:* quello tra collaboratori e famiglie è un rapporto per lo più diretto ("solo" il 19,1 per cento delle famiglie si avvale di intermediari) che dal "reclutamento" del collaboratore alla sua gestione quotidiana è improntato su una dimensione di fiducia reciproca, unico elemento davvero irrinunciabile per gli uni e per gli altri;
- *esistenza di un'ampia area di lavoro totalmente irregolare:* il 27,7 per cento dei collaboratori e di "grigio" (37,8%) che si accompagna però al progressivo consolidamento di un quadro di "tutele di fatto", che rimandano proprio alla natura fiduciaria del rapporto: più della metà dei lavoratori ha riconosciute ferie, liquidazione, malattia, tredicesima, e tra quanti sono stabili presso una sola famiglia è la stragrande maggioranza a vedere garantiti i propri diritti;
- *carattere residuale della scelta lavorativa:* il 71,1 per cento dei collaboratori si trova nell'attuale condizione per necessità, e ben il 35,4 per cento perché ha perso il precedente lavoro (tra gli italiani sono il 41,1 per cento). Malgrado ciò, le opportunità occupazionali e reddituali hanno fatto con il tempo apprezzare ai più la scelta compiuta: la maggioranza (70%) considera l'attuale occupazione ormai stabile e solo il 16 per cento sta cercando attivamente un lavoro più soddisfacente (tra gli italiani sono il 25,2 per cento).

Primi segnali di riorganizzazione

Nel quadro precedentemente esaminato, che pur con le sue specificità territoriali e le forti differenze tra italiani e stranieri si presenta omogeneo e tendenzialmente costante nel tempo, emergono alcune tendenze interessanti soprattutto se lette alla luce delle prospettive di sviluppo che il settore può offrire.

Nell'indistinzione generalizzata dei profili si intravedono infatti dei segnali di progressiva professionalizzazione della figura del collaboratore che si legano, finendo per essere parte di uno stesso fenomeno, all'emergere di un'ancora fragile e indistinta rete di servizi di intermediazione e gestione. Vi è infatti una minoranza di collaboratori che presenta un profilo del tutto opposto a quello descritto, perché svolge mansioni molto qualificate nell'assistenza e cura alle persone per cui è necessario uno specifico bagaglio di competenze (il 17,3 per cento ha una professionalità "alta"), perché ha deciso, per essere più appetibile sul mercato e lavorare in condizioni di maggiore regolarità, di iscriversi a un registro (23,7%), perché ha scelto modalità organizzative del proprio lavoro meno informali e più strutturate (il 14,3 per cento lavora presso agenzie o cooperative) e infine perché ha avvertito l'esigenza di formarsi o presentarsi sul mercato con competenze attestate e più qualificate.

Sono tendenze, presenti soprattutto tra i lavoratori stranieri, che non consentono di individuare un vero e proprio gruppo (anche tra le "professionalità alte" permangono componenti importanti di lavoro totalmente irregolare), ma che certo danno conto di un'esigenza ormai sempre più manifesta del sistema, e di dare un assetto più organizzato e più struttu-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 188

rato all'offerta complessiva dei servizi, anche al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e le condizioni di lavoro degli occupati.

Riguardo a questo processo il quesito che si pone, tenuto conto che diversi elementi lasciano intendere che un sistema così disorganizzato rischia in prospettiva di risultare poco sostenibile in termini sociali e professionali, è come evitare di aprire spazi a ulteriori forme di sfruttamento mascherato.

Da un lato, infatti, l'evoluzione demografica e le trasformazioni che stanno investendo il nostro sistema di assistenza spingeranno in direzione di una crescita non solo della domanda, ma soprattutto della qualità e della specializzazione delle prestazioni richieste, stimolando la riqualificazione dell'offerta di lavoro, che del resto già oggi esprime un significativo bisogno di aggiornamento: ben il 55,2 per cento dei collaboratori, intuendo presumibilmente le forti potenzialità di crescita che il settore presenta soprattutto su quei segmenti di mercato meno presidiati e più professionalizzati, vorrebbe seguire un corso di formazione.

Dall'altro lato, non possono essere trascurate le difficoltà che sempre più famiglie incontrano non solo nel reclutamento, ma anche nella gestione del rapporto con i collaboratori. Quella della ricerca del collaboratore è per le famiglie italiane ancora un'impresa, resa difficile dall'assenza di servizi sul territorio che possano aiutarle nell'individuazione del candidato ideale (è questa la principale difficoltà che le famiglie dichiarano di incontrare).

Per quanto la fiducia sia un elemento irrinunciabile e la "sensazione di affidabilità" il parametro che assieme alle credenziali fornite da amici o parenti risulta decisivo nell'individuazione della persona "da mettere in casa", le famiglie sembrano però oggi abbastanza disposte a farsi aiutare e delegare la scelta a qualcun altro. La pesantezza del "fattore organizzativo" non solo le porta oggi a chiedere con forza, al pari degli sgravi di natura economica, una maggiore semplificazione per l'assunzione e la regolarizzazione dei collaboratori (lo indica il 34 per cento contro il 39,9 che chiede sgravi), ma anche servizi che sul territorio favoriscano l'incontro tra domanda e offerta (29,2%).

E ancora, alla richiesta specifica di come potrebbero essere supportate nella gestione del loro rapporto con il collaboratore, se il 34,5 per cento si accontenterebbe dell'istituzione di registri di collaboratori ben il 39 per cento vorrebbe invece che venissero create e/o potenziate tutte le strutture e le agenzie che si occupano di reclutamento, mentre il 25,7 per cento

sarebbe pronto ad affidarsi totalmente a un privato o a un'agenzia che sollevi completamente la famiglia da tutte le incombenze di carattere burocratico e gestionale che il rapporto di lavoro implica.

Su questa complessa materia è estremamente urgente fare il massimo della chiarezza a garanzia dei non autosufficienti e delle loro famiglie e a tutela dei lavoratori e dei loro diritti contrattuali, sbarrando l'accesso a tutte quelle forme di intermediazione di lavoro che non producono nessun valore aggiunto alla qualità e trasparenza del servizio.

La futura insostenibilità dell'esternalizzazione

Ma, secondo i ricercatori di Censis e Ismu, al di là di quelle organizzative e sociali le vere incognite che oggi incombono sulla sostenibilità del sistema sono soprattutto di natura economica. Quello per il welfare informale, sostengono, è oggi un costo che grava quasi interamente sui bilanci familiari, visto che a fronte di una spesa di 667 euro al mese, solo il 31,4 per cento riesce a ricevere una qualche forma di contributo pubblico che si configura per i più nell'accompagno (19,9%).

Se complessivamente la spesa che grava sulle famiglie incide per il 29,5 per cento sul loro reddito non stupisce che la maggioranza (56,4%) non riesca più a farvi fronte e sia corsa ai ripari: il 48,2 per cento ha ridotto i consumi, pur di mantenere il collaboratore; il 20,2 per cento ha intaccato i propri risparmi; il 2,8 per cento delle famiglie si è dovuto addirittura indebitare.

L'irrinunciabilità del servizio (ben l'84,4 per cento dichiara di non poterne fare a meno) sta peraltro portando alcune famiglie (il 15,1 per cento, ma al Nord la percentuale arriva al 20) a considerare l'ipotesi che un membro della stessa possa rinunciare al lavoro per "prendere il posto" del collaboratore.

Un'indicazione che, motivata dall'esigenza economica o da ragioni affettive, dà conto delle crescenti difficoltà che le famiglie incontrano a sostenere un sistema che inizia ormai a scricchiolare da molte parti.

E che la sostenibilità sia a rischio le famiglie lo sanno bene. Intrappolate nella spirale perversa delle esigenze crescenti a fronte di risorse calanti, il 44,4 per cento pensa che nei prossimi cinque anni avrà bisogno di aumentare il numero dei collaboratori o delle ore di lavoro svolte; ma al tempo stesso, una metà delle famiglie (49,4%) sa che avrà sempre più difficoltà a sostenere il servizio, e il 41,7 per cento pensa addirittura che dovrà arrivare a rinunciarci.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 190

Quello della sostenibilità economica è del resto un punto cruciale anche in chiave di accessibilità a quei servizi ai quali è legata non solo la qualità di vita della famiglia, ma in molti casi la sua stessa sopravvivenza. Non va infatti dimenticato che, a fronte di dieci famiglie che si avvalgono delle prestazioni svolte dai collaboratori, ve ne sono novanta che non lo fanno. Ma ciò non significa che non ne abbiano bisogno o non vorrebbero visto che ben il 27,9 per cento sarebbe interessata ad acquistarne i servizi sul mercato, ma non può per motivi economici (21,2%).

E se l'esigenza di cura e assistenza che uno o più membri della famiglia presentano (sono il 20 per cento le famiglie che dichiarano che in casa è presente una persona che ha bisogno di cura e assistenza) non comporta esborsi economici aggiuntivi, vi è però un costo non irrilevante per la famiglia: ed è la rinuncia che un membro di questa – generalmente donna (90,4 per cento dei casi) e giovane (il 66 per cento ha meno di 44 anni) – a lavorare.

Si stima che nel 25 per cento delle famiglie in cui è presente una persona da assistere, e non si possa ricorrere ai servizi di collaboratori, vi è una donna giovane che ha rinunciato al lavoro: interrompendolo (9,7%), riducendo significativamente l'impegno (8,6%) o smettendo di cercarlo (6,7%).

Il rischio che oggi le crescenti difficoltà economiche delle famiglie mettano a repentaglio l'attuale sostenibilità del sistema e facciano slittare molte di loro verso un modello di "autogestione del carico familiare" è alto e al tempo stesso pericoloso:

- perché potrebbe in alcuni casi, mettere in crisi la stessa qualità delle prestazioni offerte ai membri della famiglia, laddove ci si avvalga di figure professionali più qualificate e siano previste prestazioni complesse;
- perché finirebbe per penalizzare ulteriormente una risorsa, quella femminile, che già sconta un ritardo elevato in termini di quantità e qualità della sua presenza sul mercato del lavoro.

Ma soprattutto bloccherebbe oggi quell'evoluzione in parte già avviata verso un modello di servizi più integrato e organizzato, che potrebbe offrire, se adeguatamente incentivato e promosso, ampie e più qualificate opportunità di lavoro, anche a quegli italiani che, costretti dalla crisi, si stanno riversando sempre più numerosi nel settore.

Come non tener conto, d'altra parte, che dalle scelte delle famiglie di assistere gli anziani a casa, un impegno costante e continuo che non conosce pause e soste, affidato alla disponibilità, anche economica, dei figli e al supporto di una badante, lo Stato riesce a ottenere un risparmio di 6,7 miliardi l'anno. È quanto rivela l'analisi *Il valore del lavoro domestico*[96], della fondazione Leone Moressa e Domina, che ha calcolato le principali voci di spesa che fanno capo alle famiglie e i costi previdenziali. Arrivando alla conclusione che gli anziani non ricoverati in istituto aiutano a far quadrare i dissestati conti della previdenza. Nel 2016, secondo la fondazione, erano poco più 900.000 le badanti impiegate presso le famiglie di cui quasi il 42 per cento con un regolare contratto di lavoro. Stimando un rapporto uno a uno si può così ipotizzare che i *senior* non autosufficienti che vivono a casa siano circa 910.000. L'alternativa al continuare a vivere tra le mura della propria abitazione sarebbe invece il ricovero in una struttura assistenziale o in una casa di riposo. In questo caso il costo medio pro capite, secondo il rapporto 2016 della Ragioneria generale dello Stato, arriverebbe a quasi 19.000 euro l'anno. Si supererebbero così i 17,1 miliardi l'anno di spesa per l'assistenza ad anziani in strutture dedicate.

Tra le altre poste da considerare c'è l'indennità di accompagnamento (Ida) assegnata dall'Inps a tutti coloro che non sono in grado di muoversi autonomamente o sono incapaci di compiere gli atti della quotidianità. Problematiche gravi e invalidanti legate, per esempio, a malattie degenerative e croniche come l'Alzheimer o l'artrite reumatoide. Il rapporto Inps 2017 indica in 1,6 milioni gli over 65 che percepiscono questa indennità con una spesa pari a 10,5 miliardi. Qualora tutte queste persone fossero ricoverate in strutture perderebbero il diritto all'accompagnamento. Anche eliminando questa voce il sistema paese riesce a ottenere un risparmio miliardario grazie alla scelta delle famiglie di tenere presso di sé i parenti più anziani.

Così nel 2016 le famiglie italiane hanno speso complessivamente per le quasi 910.000 badanti in regola e "irregolari" ben 6,7 miliardi di salari a cui si devono aggiungere altri 671 milioni di contributi e Tfr. Il conto dell'assistenza raggiunge così i 7,3 miliardi e da questa stima sono escluse altre spese variabili come il vitto e l'alloggio. «Nonostante le sanatorie (le ultime nel 2009 e 2012) abbiano fatto emergere molti lavoratori irregolari, la presenza "in nero" rimane molto forte – segnalano i ricercatori della fondazione Moressa e Domina –. Rispetto a dieci anni fa il lavoro nero è meno diffuso tra coloro che convivono con l'assistito e svolgono molte ore di assistenza».

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 192

In Italia, come in altri paesi del Sud Europa, c'è la preferenza ad affidare ai congiunti l'onere di prendersi cura dei *senior*. Rispetto ad altri paesi dell'Unione, infatti, in Italia si registra il minor numero di anziani ricoverati in strutture residenziali: circa l'1,6 per cento contro una media europea intorno al 5 per cento. Invece nei paesi scandinavi uno su due opta per le residenze per anziani. Il modello di assistenza diretta sembra ora perdere smalto a seguito delle scelte politiche che mirano a contenere i costi garantendo, oltre a una migliore qualità della vita, il supporto domiciliare. In Italia invece questa scelta è fatta dai singoli che optano per la figura della badante: nell'arco di un decennio il loro numero è più che raddoppiato come è cresciuto parimenti il rapporto tra over 65 e badanti. Nel 2016 ci si attesta al 28,4 per mille contro il 12,5 del 2007. «L'esperienza di altri paesi, su tutti Francia e Belgio, dimostra che un maggior sostegno alle famiglie da parte dello Stato può favorire l'emersione del nero e, di conseguenza, un aumento del gettito fiscale» rimarcano i ricercatori.

3.9. La condizione abitativa

Problema n. 9 - Se la scelta della domiciliarità si nutre di un rapporto forte con l'abitazione in cui l'anziano non autosufficiente ha vissuto parte importante della sua vita, tuttavia questa scelta si può rivelare una trappola perché non sempre è garanzia di qualità e sicurezza. Solo per fare un esempio: è del tutto evidente che se l'anziano vive in un'abitazione priva di ascensore, condizione in cui si trova il 75,1 per cento delle case di proprietà degli anziani con più di 65 anni, la scelta della domiciliarità si trasforma in una sorta di "stato detentivo".

3.9.1. Invecchiare a casa propria: un legame profondo che può diventare una trappola

«Nella cultura sociale collettiva la soluzione ottimale per la non autosufficienza è la permanenza in casa propria accuditi da un familiare o da una badante, o da entrambi. Tuttavia, non sempre questa si rivela la soluzione ottimale, tenuto anche conto delle esigenze e delle aspettative degli attuali longevi.

«Si consideri che oltre 2,5 milioni di anziani vivono in abitazioni non adeguate alla condizione di ridotta mobilità, e avrebbero bisogno di lavori infrastrutturali per adeguarle; 1,1 milioni vivono in abitazioni che sono inadeguate e inadeguabili. Sono poi oltre 9,8 milioni gli italiani che vivono in un'abitazione non adeguata a una persona anziana magari con problemi di mobilità e ulteriori 6,7 milioni dicono che la propria abitazione non è adeguabile agli standard *age proof*.

«Sono situazioni limite in cui l'opzione domiciliare è una trappola e non garantisce alta qualità della vita; sarebbero infatti necessari investimenti infrastrutturali o semplicemente il trasferimento in altra abitazione. Quel che è certo è che il modello italiano, anche su questo aspetto, nel lungo periodo non è ottimale, ma richiede una manutenzione incisiva, con adeguati investimenti»[97].

3.9.2. Anziani proprietari dell'abitazione in cui vivono

I risultati del *Secondo rapporto sulla condizione abitativa degli anziani che abitano in case di proprietà* di Abitare e Anziani (2015)[98] mettono bene in luce le relazioni quantitative e qualitative che legano gli anziani alle loro abitazioni e si comprende il perché la casa sia uno dei punti di forza dello sviluppo della domiciliarità nel nostro paese.

Sono 9.947.438 gli anziani che vivono in case di proprietà: l'80,3 per cento della popolazione anziana italiana. Il 41 per cento sono le abitazioni con la presenza di anziani sul totale delle case di proprietà delle famiglie (tabella 74).

Tabella 74
Anziani in abitazioni di proprietà.
Valori nazionali assoluti e percentuali al 2011

a	b	c		
Totale anziani	Totale anziani in abitazioni di proprietà	Totale abitazioni di proprietà con anziani	% b/a	% c/b
12.384.972	9.947.438	7.265.021	80,3	73,03

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Tanti gli anziani soli in case grandi

Particolarmente significativo è il dato degli anziani che vivono soli in case di proprietà che nel 2011 si attesta al 34,9 per cento del totale delle abitazioni di proprietà con almeno un anziano. Nel 2001 erano il 32,7 per cento (tabella 75).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 194

Così com'è altrettanto significativo che il 65,9 per cento delle abitazioni degli anziani che vivono soli ha più di quattro stanze. Nel 2001 erano il 61,1.

Tabella 75
Abitazione di proprietà con anziani per superficie in metri quadri

	meno di 50 mq	da 50 a 79 mq	da 80 a 119 mq	da 120 a 149 mq	più di 149 mq	Totale
Abitazioni	322.074	1.713.886	3.227.002	1.004.492	997.567	7.265.021
% su totale	4,4	23,6	44,4	13,8	13,8	100

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

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

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

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

Anche le abitazioni sono "anziane"

In merito a caratteri e qualità di questo patrimonio, dai dati sull'epoca di costruzione risulta che nel 35,4 per cento dei casi è stato costruito prima del 1961 e circa il 19,5 prima del 1946. Si tratta quindi di abitazioni che per il 54,9 per cento dei casi hanno più di cinquant'anni (tabella 76).

Tabella 76
Abitazioni per epoca di costruzione

Anni	<1919	19-45	46-62	62- 71	72-81	82-91	92-01	02-11	>2011	Totale
Abitazioni	762.189	651.905	1.153.241	1.715.613	1.474.943	807.452	382.102	176.025	120.595	7.244.065
% su totale	10,5	9	15,9	23,7	20,4	11.1	5,3	2,4	1,7	100

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Quanto allo stato manutentivo, negli ultimi anni gli interventi a sostegno delle ristrutturazioni edilizie, di cui si raccomanda la stabilizzazione, hanno sensibilmente contribuito a migliorarne la qualità: l'87,2 per cento risulta in condizioni ottime o buone, mentre il 12,8 per cento risulta essere in condizioni mediocri o pessime (tabella 77).

Tabella 77
Abitazioni per stato di conservazione

	Abitazioni costruite prima del 1946 in condizioni mediocri o pessime	Abitazioni costruite prima del 1946	Totale abitazioni
Totale nazionale	344.840	1.414.094	7.244.065
Comuni capoluogo	85.269	391.946	2.196.361

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Diffusa la carenza di impianti essenziali

Un dato caratterizzante queste condizioni si rileva dalla presenza degli impianti di riscaldamento da cui risulta che se pure il 91,5 per cento delle abitazioni è dotato di almeno un impianto, che per il 59,1 per cento è autonomo, tuttavia ancora il 20,8 per cento adotta una soluzione che non prevede un vero e proprio impianto ma più spesso singoli apparecchi o fonti di calore; dato in ogni caso in diminuzione rispetto al 2001, quando rappresentava il 27 per cento (tabella 78).

Tabella 78
Abitazioni per tipo di impianto di riscaldamento

Tipo di impianto	Impianto centralizzato	Impianto fisso autonomo	Apparecchi singoli	Non dispone di impianto	Totale
Abitazioni	1.557.369	4.592.126	1.618.495	592.988	8.360.978
% sul totale	18,6	54,9	19,4	7,1	100

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Senza tener conto del numero dei piani le abitazioni con anziani prive di ascensore sono 5.512.722, il 76,1 per cento del totale delle abitazioni con anziani. Considerando che in ogni abitazione vivono, mediamente, 1,36 anziani, significa che gli anziani in abitazioni prive di ascensore sono 7.497.302 (tabella 79).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 196

Tabella 79
Abitazioni di oltre due piani senza ascensore

	Edifici oltre due piani senza ascensore	Totale abitazioni oltre due piani	Totale abitazioni con anziani	Totale anziani
Totale nazionale	2.414.994	4.047.498	7.265.021	9.947.438
Comuni capoluogo	633.615	1.735.624	2.197.666	3.001.613

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Tante le abitazioni con anziani in piccoli Comuni

Il rapporto di Abitare e Anziani offre anche un quadro interessante relativamente a epoca di costruzione, stato di conservazione, numero delle stanze delle abitazioni, numero di occupanti, presenza di impianto di riscaldamento e di ascensore, in relazione alla grandezza demografica dei Comuni.

Da questo raffronto emerge che i Comuni con meno di 10.000 abitanti residenti presentano caratteri di particolare criticità per quanto riguarda la condizione abitativa degli anziani. Criticità che aumentano prendendo in considerazione tutti i Comuni con meno di 50.000 residenti, da cui emerge il seguente quadro.

Le case più vecchie, costruite precedentemente al 1919, sono localizzate per il 50,3 per cento in Comuni con meno di 10.000 residenti, percentuale che sale al 76 per cento se si prendono in considerazione anche i Comuni fino a 50.000 residenti.

Ben il 66,8 per cento delle case con la presenza di anziani è localizzato in Comuni di piccole e medie dimensioni, più esattamente il 34 per cento in Comuni con meno di 10.000 residenti, il 32,8 in Comuni tra 10.000 e 50.000 abitanti, il rimanente 33,2 nei Comuni con più di 50.000 abitanti (tabella 80).

Le abitazioni di piccole dimensioni di una o due stanze si concentrano per il 35,5 per cento e il 33,6 per cento in Comuni inferiori a 10.000 residenti. Percentuali che salgono rispettivamente a 68,3 e 66,7 nei Comuni fino a 50.000 residenti (tabella 81).

Le abitazioni di grandi dimensioni, con più di cinque stanze, pur se significativamente presenti nelle diverse classi di ampiezza dei Comuni, per il 34,8 per cento si concentrano nei Comuni inferiori a 10.000 residenti, percentuale che sale al 68,8 per cento se si prendono in considerazione anche i Comuni fino a 50.000 residenti.

Tabella 80
Abitazioni in proprietà con almeno una persona residente di 65 anni o più, per numero di occupanti e classe di ampiezza demografica dei Comuni

Numero di occupanti	Classi di ampiezza demografica dei Comuni							
	Fino a 3.000	da 3.001 a 5.000	da 5.001 a 10.000	da 10.001 a 50.000	da 50.001 a 100.000	da 100.001 a 500.000	Oltre 500.000	Totale
1	340.844	201.778	336.558	769.298	240.921	306.744	323.606	2519.749
2	336.341	233.362	421.029	1.005.455	300.753	367.906	343.083	300.7929
3	118.021	83.753	153.434	355.673	105.166	115.622	105.890	1.037.559
4	43.870	31.820	58.267	133.427	38.344	38.406	34.442	378.576
5 o più	31.442	24.054	45.585	104.893	28.631	25.160	20.780	280.545
Totale	**870.518**	**574.767**	**1.014.873**	**2.368.746**	**713.815**	**853.838**	**827.801**	**7.224.358**

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Tabella 81
Abitazioni di proprietà di famiglie di anziani per superficie e classe di ampiezza dei Comuni

Superficie delle abitazioni (mq)	Classi di ampiezza demografica dei Comuni							
	Fino a 3.000	da 3.001 a 5.000	da 5.001 a 10.000	da 10.001 a 50.000	da 50.001 a 100.000	da 100.001 a 500.000	Oltre 500.000	Totale
Meno di 50	45.213	24.591	38.826	97.143	30.159	30.387	55.755	322.074
da 50 a 79	197.822	122.505	205.088	532.066	165.917	205.054	285.434	1.713.886
da 80 a 119	359.866	247.281	443.186	1.089.881	339.907	412.284	334.597	322.7002
da 120 a 149	129.029	87.459	157.796	335.503	97.743	112.816	84.146	1.004.492
più di 149	138.588	92.931	169.977	331.027	89.027	98.425	77.592	997.567
Totale	**870.518**	**57.4767**	**1.014.873**	**2.385.620**	**722.753**	**858.966**	**837.524**	**7.265.021**

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Nelle stesse classi di ampiezza dei Comuni con popolazione inferiore a 10.000 e 50.000 abitanti si concentra rispettivamente il 34,9 e il 65,4 per cento di anziani soli.

Riguardo alla superficie, le abitazioni di dimensione inferiore a 50 mq per il 33 per cento ricadono nei Comuni con meno di 10.000 residenti, percentuale che sale al 63,9 per i Comuni fino a 50.000 residenti. Per quelle invece di taglio maggiore, superiore a 150 mq, il 39,6 per cento ri-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 198

cade nei Comuni fino a 10.000 abitanti, valore che sale al 72,4 considerando i Comuni di 50.000 abitanti.

Anche le abitazioni che non dispongono di impianto di riscaldamento si concentrano per il 33,8 per cento nei Comuni con meno di 10.000 residenti, percentuale che sale al 69,7 se si prendono in considerazione tutti i Comuni fino a 50.000 residenti (tabella 82).

Tabella 82
Abitazioni in proprietà con almeno una persona residente di 65 anni o più, per impianto di riscaldamento e classe di ampiezza demografica dei Comuni

Classi di ampiezza demografica dei Comuni	Impianti di riscaldamento			
	Impianto centralizzato	Impianto fisso autonomo	Apparecchi singoli	Non dispone di impianto
Fino a 3.000	92.803	546.818	387.673	72.009
da 3.001 a 5.000	69.688	386.138	204.873	47.491
da 5.001 a 10.000	124.723	724.534	293.201	81.421
da 10.001 a 50.000	397.696	1.638.708	476.305	212.866
da 50.001 a 100.000	148.866	479.089	101.907	63.703
da 100.001 a 500.000	244.747	525.827	102.819	62.311
oltre 500.000	478.846	291.012	51.718	53.188
Totale	**1.557.369**	**4.592.126**	**1.618.495**	**592.988**

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

Dalla distribuzione percentuale delle abitazioni con ascensore per classe demografica dei Comuni, infine, si vede in modo netto come la presenza di ascensore sia prevalente nei Comuni di classe superiore ai 10.000/50.000 abitanti e pressoché assente nei Comuni di classe inferiore ai 10.000 abitanti (tabella 83).

3.9.3. La percezione soggettiva degli anziani della condizione abitativa

Ma al di là dell'affezione per l'abitazione in cui si è vissuti una vita, qual è la percezione soggettiva degli anziani della qualità del loro contesto abitativo sia da un punto di vista fisico-strutturale interno all'abitazione (presenza di strutture danneggiate, di umidità e di scarsa illuminazione), sia da un punto di vista funzionale-esterno all'abitazione, de-

Tabella 83
Abitazioni con anziani per presenza di ascensore e classe di grandezza dei Comuni. Dati in percentuale

Presenza di ascensore	Classi di grandezza dei Comuni							
	Fino a 3.000	da 3.001 a 5.000	da 5.001 a 10.000	da 10.001 a 50.000	da 50.001 a 100.000	da 100.001 a 500.000	Oltre 500.000	Totale
Sì	1,3	2,9	6,0	17,7	33,5	42,0	74,0	23,9
No	98,7	97,1	94,0	82,3	66,5	58,0	26,0	76,1
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: elaborazione AeA su dati Istat

terminato dai principali problemi che le persone anziane lamentano quando pensano alla propria zona di residenza (inquinamento, criminalità, rumori)?

Dalle analisi Istat riportate sul portale anziani[99], fra le famiglie con principale percettore di reddito una persona anziana, si ricava che nel 2013:

- l'umidità rappresenta il problema maggiormente segnalato dalle famiglie con principale percettore di reddito una persona fra i 55 e i 64 anni (18,7%) o una persona con oltre 65 anni (18,6%), e dalle famiglie composte da una persona sola con più di 65 anni (18,1%);
- fra i problemi interni alle abitazioni l'11,8 per cento delle famiglie con principale percettore di reddito fra i 55 e i 64 anni e il 14 per cento con percettore oltre i 65 anni lamenta strutture danneggiate. Fra le persone sole con più di 65 anni tale problema è segnalato con maggiore frequenza (14,3%), mentre si attesta su un valore più contenuto per le coppie senza figli con principale percettore una persona ultrasessantacinquenne (12,2%);
- anche il problema della scarsa luminosità è avvertito in particolare dalle famiglie composte da una persona sola con più di 65 anni (8,8%), seguite dalle famiglie con percettore ultrasessantacinquenne (8,4%) e in misura leggermente inferiore dalle famiglie con percettore principale tra i 55 e i 64 anni (7,9%);
- l'affollamento abitativo non è un problema particolarmente presente in Italia, né colpisce significativamente le fasce di popolazione anziana: è una condizione di disagio segnalata nel 2013 dal 2,7 per cento delle famiglie con percettore di reddito fra i 55 e i 64 anni e dal 2 per cento

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 200

delle famiglie con principale percettore un ultrasessantacinquenne (media Italia: 2,7 per cento);

- manifestazioni di disagio legato alla zona di residenza raccolgono invece percentuali decisamente più alte fra le famiglie con principale percettore una persona anziana: fra le famiglie con principale percettore una persona fra i 55 e i 64 anni, il 19,7 per cento lamenta troppo rumore; il 18,1 per cento il troppo inquinamento e il 16,8 per cento l'eccessiva criminalità del quartiere. Fra le famiglie con principale percettore con più di 65 anni il 18,4 per cento ritiene il rumore un vero problema e il 15,8 l'inquinamento e la criminalità.

3.10. La condizione urbana

Problema n. 10 - L'Onu e l'Oms affermano che l'allungamento della vita è la testimonianza del successo dello sviluppo umano durante il secolo passato, in larga misura avvenuto grazie all'affermazione della cultura urbana che ha consentito progressi determinanti negli standard della vita a partire dall'igiene, la sanità, l'alimentazione, l'assistenza.

Se questo è stato vero in passato è discutibile se valga ancora per l'oggi e per il futuro tenendo conto che le nostre città grandi e piccole stanno diventando una sorta di inarrestabili frullatori dei processi sociali, culturali, economici e territoriali che producono pesanti effetti sulla qualità della vita dei cittadini anziani. Si deve tener conto, inoltre, che ai processi di concentrazione urbana corrispondono altrettanti processi di abbandono che, come sta avvenendo, svuotano letteralmente gli antichi centri storici, in particolare montani e comunque periferici, lasciando nel totale isolamento in particolare gli anziani.

3.10.1. La fatica di vivere la città

Oggi le nostre città stanno diventando una sorta di inarrestabili frullatori dei processi sociali, culturali, economici e territoriali che producono pesanti effetti sulla qualità della vita dei cittadini. E infatti vivere nelle città diventa sempre più faticoso.

Lo è perché è sempre più costoso per le pretese di quegli interessi, piccoli e grandi, che la stanno trasformando progressivamente da luogo di vita a luogo di solo consumo. Lo è per il sistema della mobilità sia pubblica che privata, la prima inadeguata e faticosa, la seconda stressante e dispendiosa. Per l'irrazionale sistema di distribuzione delle merci inquinante e caotico. Per i servizi sociali, sanitari e amministrativi, la cui dislocazione irrazionale è causa di fatica e spreco di tempo. Per la qualità ambientale, in particolare dell'aria, una delle cause principali di malattie polmonari. Lo è per l'erosione continua degli spazi pubblici sempre più destinati a uso privato. Per la sporcizia e l'incuria dilagante di strade, piazze, zone verdi. Per la progressiva erosione di quella cultura della solidarietà e dell'accoglienza che è sempre stato un carattere distintivo della città. Per il senso di insicurezza espresso da quote crescenti di cittadini.

Questa fatica la vivono tutti, chi più chi meno. Le lavoratrici e i lavoratori che dedicano ore del loro tempo di vita a stressanti spostamenti casa lavoro e viceversa. Le donne lavoratrici che, a costo di enormi sacrifici, ogni giorno cercano di conciliare i tempi di cura della famiglia con i tempi del lavoro. Gli studenti, presi da una macchina urbana che, invece di essere la palestra della loro crescita e affermazione di cittadinanza, si configura come un luogo improduttivo di dispersione di energie. I professionisti, i commercianti, gli imprenditori, uomini e donne che per adempiere ai loro affari si sobbarcano veri *tour de force* tra le varie sedi amministrative e degli affari pubblici e privati.

Una situazione che vede gli amministratori locali incapaci di stare dietro a quanto avviene nel territorio e che, conseguentemente, scaricano tutto sulle già scarse risorse del welfare familiare. Se, come è probabile, il welfare familiare nel prossimo futuro si troverà ad avere ancora meno risorse come effetto dell'impoverimento delle famiglie, si porrà il non piccolo problema di come rispondere ai crescenti bisogni della popolazione. Anche perché pesanti sono gli effetti dei diffusi processi di periferizzazione delle città sulle economie urbane in termini di costi improduttivi e spreco di risorse, di perdita di immagine e di attrattività.

Indubbio però che chi paga i maggiori prezzi sono le persone anziane, donne e uomini, e i bambini. Sono loro a venire praticamente emarginati da una città che si fa sempre meno carico di venire incontro ai loro bisogni.

3.10.2. Gli anziani rimossi dalle politiche per la città

Se è vero quanto affermato dall'Onu e dall'Oms che l'allungamento della vita è la testimonianza del successo dello sviluppo umano durante il secolo passato, in larga misura avvenuto grazie all'affermazione della

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 202

cultura urbana che ha consentito progressi determinanti negli standard della vita a partire dall'igiene, la sanità, l'alimentazione, l'assistenza, è altrettanto vero che oggi nelle nostre città l'attenzione verso la popolazione anziana oscilla da un atteggiamento di carattere caritatevole a uno di rimozione.

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

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

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

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

Come testimonia un'ampia letteratura l'attenzione al rapporto longevità/urbanizzazione è molto alta da parte di numerose organizzazioni internazionali quali Nazioni unite, Organizzazione mondiale della sanità, Ocse. Questo tema per le sue vaste implicazioni sociali, economiche, ambientali e istituzionali è stato riconosciuto come uno degli obiettivi dell'Agenda dell'Onu per lo sviluppo sostenibile per il 2030[100].

Per intervenire in questo scenario l'Onu dedica nell'Agenda per il 2030 l'11° obiettivo "Città e comunità più sostenibili" che si articola come riportato nel box della pagina a fianco.

Sempre il tema della qualità urbana è l'obiettivo di città a misura di anziani promosso nei primi anni Duemila dall'Organizzazione mondiale della sanità che nel 2009 ha avviato la costruzione della rete delle città amiche degli anziani, nota come *Age friendly cities networks*[101]. Alla rete par-

11° Obiettivo "Città e comunità più sostenibili" dell'Agenda Onu per il 2030

11.1 Entro il 2030, garantire a tutti l'accesso a un alloggio e a servizi di base adeguati, sicuri e convenienti e l'ammodernamento dei quartieri poveri.
11.2 Entro il 2030, fornire l'accesso a sistemi di trasporto sicuri, sostenibili, e convenienti per tutti, migliorare la sicurezza stradale, in particolare ampliando i mezzi pubblici, con particolare attenzione alle esigenze di chi è in situazioni vulnerabili, alle donne, ai bambini, alle persone con disabilità e agli anziani.
11.3 Entro il 2030, aumentare l'urbanizzazione inclusiva e sostenibile e la capacità di pianificazione e gestione partecipata e integrata dell'insediamento umano in tutti i paesi.
11.4 Rafforzare gli impegni per proteggere e salvaguardare il patrimonio culturale e naturale del mondo.
11.5 Entro il 2030, ridurre in modo significativo il numero di morti e il numero di persone colpite da calamità, compresi i disastri provocati dall'acqua, e ridurre sostanzialmente le perdite economiche dirette rispetto al prodotto interno lordo globale, con una particolare attenzione alla protezione dei poveri e delle persone in situazioni di vulnerabilità.
11.6 Entro il 2030, ridurre l'impatto ambientale negativo pro capite delle città, in particolare riguardo alla qualità dell'aria e alla gestione dei rifiuti.
11.7 Entro il 2030, fornire l'accesso universale a spazi verdi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili, in particolare per le donne e i bambini, gli anziani e le persone con disabilità.
11.a Sostenere rapporti economici, sociali e ambientali positivi tra le zone urbane, periurbane e rurali, rafforzando la pianificazione dello sviluppo nazionale e regionale.
11.b Entro il 2030, aumentare notevolmente il numero di città e di insediamenti umani che adottino e attuino politiche e piani integrati verso l'inclusione, l'efficienza delle risorse, la mitigazione e l'adattamento ai cambiamenti climatici, la resilienza ai disastri, lo sviluppo e l'implementazione, in linea con il "Quadro di Sendai per la riduzione del rischio di disastri 2015-2030", la gestione complessiva del rischio di catastrofe a tutti i livelli.
11.c Sostenere i paesi meno sviluppati, anche attraverso l'assistenza tecnica e finanziaria, nella costruzione di edifici sostenibili e resilienti che utilizzino materiali locali.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 204

tecipano per l'Italia solo Udine e Imperia, a testimonianza di quanto sia bassa l'attenzione a questi temi malgrado l'Ue abbia dedicato l'anno 2012 al tema dell'*active ageing*, sollecitando in questo modo gli Stati membri a interessarsi alle questioni relative all'invecchiamento attivo. Questo interesse si rintraccia anche in Horizon 2020[102], il documento programmatico che l'Ue ha redatto per individuare gli ambiti tematici su cui investire. In particolare, in tale documento si evidenzia l'importanza delle questioni relative all'invecchiamento e si informa che questo deve essere trattato in maniera trasversale ad altre tematiche quali: l'innovazione tecnologica, il miglioramento dei trasporti e della mobilità, l'occupazione, la ridefinizione del welfare e il miglioramento dei sistemi sanitari

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

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

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

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

Urbanizzazione, ma anche spopolamento

D'altra parte, mentre si pensa a migliorare le condizioni di vita degli anziani che vivono in città, non bisogna dimenticare che nel nostro paese una grande quantità di persone anziane continua a vivere in piccoli centri montani e rurali[103]. Un'Italia piccola, ma dall'anima profonda che va dalle Alpi agli Appennini per arrivare alle isole minori: è l'Italia dei 5.627 piccoli Comuni al di sotto di 5.000 abitanti, pari al 69,9 per cento del totale dei Comuni del Belpaese (8.047). Di questi, sono 2.430 quelli che soffrono un forte disagio demografico ed economico, piccoli borghi che occupano il 29,7 per cento della superficie territoriale nazionale, oltre 89.000 kmq, una densità abitativa che non raggiunge i 36 abitanti per kmq quasi tredici volte meno rispetto ai Comuni sopra i 5.000 abitanti. Negli ultimi 25 anni (dal 1991 al 2015) in questi territori si è registrato un calo della popolazione attiva (675.000 abitanti in meno, cioè il -6,3 per cento nei Comuni sotto i 5.000 abitanti), uno su sette se ne è andato, e un aumento di quella anziana (gli ultra 65enni a fronte dei giovani fino ai 14 anni sono aumentati dell'83 per cento), con oltre due anziani per un giovane. Le case vuote sono 1.991.557 contro le 4.345.843 occupate: praticamente una ogni tre.

Sulla sorte di queste realtà si è accennato all'utilità della legge sui piccoli Comuni del 2017. Al riguardo sarebbe anche utile fare il punto sui risultati conseguiti con la Strategia nazionale per le aree interne[104], avviata dal dipartimento per la coesione del governo Monti (ministro Fabrizio Barca), che attivò circa settanta progetti pilota in tutte le regioni in altrettante aree interne. Si ricorda che la strategia si fondava anche sul finanziamento di modelli innovativi di erogazione di servizi sanitari e sociosanitari, per l'infanzia e di istruzione e di mobilità, con l'idea che per promuovere nuove potenzialità di sviluppo bisogna contemporaneamente rendere accessibili i servizi fondamentali di cittadinanza.

3.10.3. Standard urbanistici ed edilizi da rivedere

A ben vedere l'insoddisfazione soggettiva degli anziani per la loro condizione abitativa in larga misura deriva dalla qualità del contesto urbano in cui vivono. Analizzando per singoli temi la qualità urbana, utilizzando come riferimento la lista di controllo predisposta dalla Oms per le *Città a misura di anziani*, emerge chiaramente che molti sono i temi su cui intervenire. Si pone in particolare il problema di adeguamento dell'impianto normativo che sovrintende alle politiche urbanistiche ed edilizie.

Come messo in evidenza nel seminario promosso da Abitare e Anziani[105] dell'11 gennaio 2018, le normative nazionali che regolano gli stan-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 206

dard urbanistici risalgono al 1968 (Dm 1444)[106], cioè cinquant'anni fa, e le norme sull'abolizione delle barriere architettoniche sono del 1989 (Dm 236)[107]: inutile sottolineare come in questi decenni sia cambiato il mondo, in particolare per quanto riguarda le problematiche inedite che la crescente componente anziana pone all'organizzazione urbana. Il mondo è cambiato, però, anche sul fronte delle enormi opportunità offerte dalle nuove tecnologie.

La percezione di questi mutamenti epocali purtroppo stenta ancora a essere assunta a riferimento dagli amministratori locali, regionali e nazionali, che ancora tendono a considerare l'invecchiamento come un capitolo delle politiche di assistenza. Si tratta di un approccio profondamente miope, perché porta a considerare le persone oggetto passivo di una qualche pratica burocratica o di qualche elaborazione statistica, perdendo di vista lo spessore umano della dimensione individuale e sociale.

Venendo meno una visione politica e culturale lungimirante si affronta su un piano meramente economicistico, amministrativo e burocratico quello che è un grande processo storico, destinato a incidere sempre più profondamente sulla nostra vita sociale e che richiede, perciò, un'azione strategica di governo delle nostre città.

"Città a misura di anziano: una guida della Oms"

Lista di controllo per gli spazi all'aria aperta e gli edifici a misura di anziano

Ambiente
- La città è pulita, con regole esecutive che limitano i livelli del rumore e gli odori molesti o dannosi nei luoghi pubblici.

Spazi verdi e passaggi pedonali
- Esistono spazi verdi ben mantenuti e sicuri, con adeguate zone riparate, servizi con gabinetti e panchine facilmente accessibili.
- I percorsi favorevoli ai pedoni sono liberi da ostacoli, hanno superficie regolare, sono attrezzati con bagni pubblici e sono facilmente accessibili.

Sedili all'aria aperta
- Sono disponibili sedili e panchine all'aria aperta, specialmente nei parchi, alle fermate dei trasporti pubblici e negli spazi pubblici, sistemati a intervalli regolari; i posti a sedere sono ben mantenuti e controllati per assicurare l'accesso in sicurezza a tutti.

Pavimentazione
- I lastricati sono ben mantenuti, lisci, pianeggianti, non scivolosi e ampi abbastanza da far passare sedie a rotelle, con marciapiedi abbassati che gradualmente si assottigliano verso la strada.
- I marciapiedi sono liberi da ogni ostacolo (ad esempio venditori ambulanti, automobili parcheggiate, alberi, escrementi di cani, neve) e i pedoni hanno la priorità di utilizzo.

Strade
- Le strade posseggono attraversamenti pedonali adeguati, non scivolosi, regolarmente distanziati che garantiscano il sicuro attraversamento della strada.
- Le strade sono dotate di strutture fisiche ben progettate e sistemate in modo appropriato, come isole pedonali, cavalcavia e sottopassaggi, onde facilitare ai pedoni l'attraversamento delle strade trafficate.
- Le luci dei semafori per i pedoni devono permettere un tempo sufficiente di attraversamento stradale per le persone anziane e devono avere segnali sia visivi che acustici.

Traffico
- Le norme e i regolamenti relativi al traffico vengono applicati rigorosamente e gli automobilisti danno la precedenza ai pedoni.

Piste ciclabili
- Esistono piste ciclabili separate per i ciclisti.

Sicurezza
- La sicurezza pubblica in tutti gli spazi all'aria aperta e negli edifici rappresenta una priorità ed è favorita, per esempio, da misure atte a ridurre il rischio di disastri naturali, da una buona illuminazione stradale, dalla presenza di pattuglie della polizia, dal rispetto della legge e dal sostegno alle iniziative a favore della sicurezza della comunità e degli individui.

Servizi
- I servizi sono raggruppati e situati in prossimità dei luoghi di domicilio delle persone anziane; e sono facilmente accessibili (ad esempio al pianterreno degli edifici).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 208

- Esistono degli speciali accordi di servizio per la clientela a favore delle persone anziane, come le file separate o le casse di servizio in loro favore.

Edifici

- Gli edifici sono accessibili e possiedono le seguenti caratteristiche: ascensori; rampe; segnaletica adeguata; ringhiere sulle scale; scale che non sono troppo alte o ripide; pavimenti non scivolosi; aree di riposo con comodi sedili; numero sufficiente di bagni pubblici.

Bagni pubblici

- I bagni pubblici sono puliti, in buone condizioni, facilmente accessibili per le persone diversamente abili, con chiare indicazioni e situati in luoghi convenienti.

Lista di controllo per il trasporto a misura di anziano

Sostenibilità economica

- Il trasporto pubblico è sostenibile economicamente da tutte le persone anziane.
- Le tariffe di trasporto sono regolari e affisse in modo visibile.

Affidabilità e frequenza

- Il trasporto pubblico è affidabile e frequente (compresi i servizi notturni e durante i fine settimana).

Destinazioni del viaggio

- Il trasporto pubblico è disponibile per le persone anziane affinché possano raggiungere destinazioni chiave, come ospedali, centri sanitari, parchi pubblici, centri commerciali, banche e centri per anziani.
- Tutte le aree usufruiscono di buoni servizi, con linee di trasporto adeguate e ben connesse all'interno della città (compresi i dintorni) e tra le città site nelle vicinanze.
- Le diverse linee di trasporto sono ben connesse tra di loro.

Veicoli a misura di anziano

- I veicoli sono accessibili, con il pianale abbassabile, con scalino basso e con sedili ampi e alti.
- I veicoli sono puliti e sono soggetti a una buona manutenzione.
- I vecoli hanno indicazioni chiare che mostrano il numero della linea e la destinazione.

Servizi specializzati

- Sono disponibili in numero sufficiente servizi di trasporto specializzati per le persone disabili.

Posti a sedere riservati

- Dei posti a sedere sono riservati alle persone anziane e vengono rispettati dagli altri passeggeri.

Conducenti dei trasporti

- I conducenti sono cortesi, rispettano il codice della strada, si fermano alle fermate stabilite per il mezzo di trasporto, attendono che i passeggeri si mettano a sedere prima di ripartire e si arrestano vicino al marciapiede in modo che alle persone anziane risulti più facile scendere dal veicolo.

Sicurezza e comodità

- Il trasporto pubblico è sicuro da azioni criminali e non è superaffollato.

Fermate e stazioni

- Le fermate stabilite del mezzo di trasporto sono situate in stretta vicinanza con il posto ove vivono le persone anziane, sono fornite di sedili e di tettoie contro il maltempo, sono pulite, sicure e adeguatamente illuminate.
- Le stazioni sono accessibili, attrezzate con rampe, scale mobili, ascensori, piattaforme appropriate, bagni pubblici e indicazioni leggibili e opportunamente sistemate.
- Le fermate e le stazioni hanno accesso facile e sono situate convenientemente.
- Gli impiegati delle stazioni sono cortesi e pronti ad aiutare.

Informazioni

- Alle persone anziane sono fornite informazioni su come usare il trasporto pubblico e sulla gamma delle alternative di trasporto disponibili.
- Gli orari sono leggibili e di facile accesso.
- Gli orari indicano chiaramente le linee degli autobus accessibili alle persone disabili.

Trasporti della comunità

- I servizi di trasporto della comunità, compresi i conducenti volontari e i servizi di navetta, sono disponibili per condurre le persone anziane a specifici eventi e luoghi.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 210

Taxi
- Il costo dei taxi è sostenibile, con tariffe scontate o sovvenzionate a disposizione delle persone anziane con reddito basso.
- I taxi sono comodi e accessibili, con spazio per le sedie a rotelle e/o per apparecchi per deambulazione.
- I conducenti dei taxi sono cortesi e pronti ad aiutare.

Strade
- Le strade sono ben mantenute, ampie e bene illuminate, hanno sistemi di snellimento del traffico appropriatamente progettati e sistemati, posseggono segnali stradali e semafori alle intersezioni, con incroci chiaramente segnalati, con punti di scolo delle acque coperti e hanno indicazioni chiare, ben visibili e idoneamente sistemate.
- Il flusso del traffico è regolato bene.
- Le strade sono prive di ostacoli che potrebbero disturbare la visione dei conducenti.
- Le norme stradali sono applicate rigorosamente e i conducenti sono stati educati a rispettarle.

Capacità di guida
- Vengono organizzati e promossi corsi di aggiornamento per conducenti.

Parcheggio
- Sono disponibili parcheggi a costi sostenibili.
- Parcheggi riservati alle persone anziane sono situati in vicinanza di edifici e di fermate dei mezzi di trasporto.
- Sono disponibili parcheggi riservati alle persone disabili in vicinanza di edifici e di fermate dei mezzi di trasporto; l'utilizzo di tali spazi viene monitorato.
- Sono disponibili zone per far scendere e salire persone anziane e portatori di handicap dai mezzi di trasporto in vicinanza di edifici e di fermate dei mezzi di trasporto.

Lista di controllo per gli alloggi a misura di anziano

Sostenibilità economica
- Alloggi economicamente sostenibili sono disponibili per tutte le persone anziane.

Servizi essenziali
- Sono forniti servizi essenziali sostenibili da tutti.

Design
- Gli alloggi sono costruiti con materiali appropriati e sono bene strutturati.
- Vi è spazio sufficiente per permettere i movimenti delle persone anziane.
- Gli alloggi sono giustamente equipaggiati in modo da soddisfare le condizioni ambientali (ad esempio aria condizionata e riscaldamento appropriati).
- L'alloggio è adattato per le persone anziane, con superfici pianeggianti, passaggi abbastanza ampi per le sedie a rotelle e bagni, gabinetti e cucine progettati in modo appropriato.

Modifiche
- L'alloggio è modificato secondo le necessità delle persone anziane.
- Le modifiche dell'alloggio sono sostenibili economicamente.
- Il materiale per le modifiche dell'alloggio si trova facilmente.
- Viene fornita assistenza finanziaria per le modifiche dell'alloggio.
- Esiste una soddisfacente conoscenza di come l'alloggio può essere modificato per soddisfare le necessità della persona anziana.

Manutenzione
- I servizi di manutenzione sono sostenibili economicamente dalla persona anziana.
- Esistono fornitori di servizi debitamente qualificati e affidabili per intraprendere il lavoro di manutenzione.
- Vengono mantenuti in buone condizioni gli alloggi pubblici, le abitazioni affittate e le aree in comune.

Invecchiare "a casa propria"
- L'alloggio è situato in vicinanza dei servizi e delle attrezzature.
- Sono forniti servizi sostenibili economicamente per permettere alle persone anziane di rimanere a casa e "invecchiare a casa".
- Le persone anziane sono bene informate circa i servizi disponibili che consentono loro di invecchiare a casa propria.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 212

Integrazione nella comunità
- Il design degli alloggi facilita l'integrazione continua delle persone anziane nella comunità.

Alternative abitative
- Nel quartiere è disponibile per le persone anziane, comprese quelle più deboli e disabili, un'ampia gamma di alternative abitative appropriate e sostenibili.
- Le persone anziane sono bene informate delle alternative disponibili.
- Nel quartiere sono forniti alloggi sufficienti e sostenibili specifici per le persone anziane.
- Esiste una gamma di servizi, attrattive e attività appropriati nelle strutture abitative delle persone anziane.
- Gli alloggi delle persone anziane sono integrati nella comunità circostante.

Ambiente di vita
- Gli alloggi non sono sovraffollati.
- Le persone anziane sono a proprio agio nel loro ambiente abitativo.
- Gli alloggi non sono situati in zone esposte a calamità naturali.
- Le persone anziane si sentono sicure nell'ambiente nel quale vivono.
- Viene fornita assistenza finanziaria per l'attuazione di misure di sicurezza negli alloggi.

Lista di controllo della partecipazione sociale a misura di anziano

Accessibilità degli eventi e delle attività
- La sede è conveniente per le persone anziane trovandosi nelle loro vicinanze, con trasporti sostenibili e flessibili.
- Le persone anziane possono partecipare insieme con un amico o con un addetto all'assistenza.
- Gli orari degli eventi durante il giorno sono convenienti per le persone anziane.
- L'iscrizione all'evento è libera (ad esempio non è richiesta appartenenza ad associazioni) e l'ammissione, come il pagamento di un biglietto d'ingresso, è un processo rapido, in un unico posto, che non richiede alle persone anziane di fare file per un lungo tempo.

Sostenibilità economica
- Gli eventi, le attività e le attrazioni locali sono sostenibili dai partecipanti anziani, senza alcun costo nascosto o aggiuntivo (come il costo del trasporto).
- Le organizzazioni di volontariato sono supportate dai settori sia pubblico che privato per mantenere il costo delle attività sostenibile per le persone anziane.

Gamma degli eventi e delle attività
- È disponibile un'ampia varietà di attività per attrarre diverse popolazioni di persone anziane, ciascuna delle quali ha numerosi interessi potenziali.
- Le attività della comunità incoraggiano la partecipazione di persone di diverse età e origini culturali.

Attrezzature e strutture
- Le riunioni, comprendenti le persone anziane, si tengono in varie sedi della comunità, come i centri ricreativi, le scuole, le librerie, i centri della comunità nei quartieri residenziali, i parchi e i giardini.
- Le attrezzature sono accessibili ed equipaggiate in modo da permettere la partecipazione di persone disabili o di persone bisognose di assistenza.

Promozione e informazione delle attività
- Le attività e gli eventi vengono bene pubblicizzati a favore delle persone anziane, con informazioni su attività, accessibilità e alternative di trasporto.

Affrontare l'isolamento
- Vengono inviati inviti personali per promuovere le attività e incoraggiare la partecipazione.
- È facile assistere agli eventi e non sono necessarie particolari capacità (compreso l'alfabetismo).
- Un membro di un club, che non partecipa più alle attività, viene mantenuto nelle liste della corrispondenza e del telefono a meno che il membro stesso non chieda di venire cancellato.
- L'organizzazione si sforza di attrarre gli anziani isolati attraverso, per esempio, visite o chiamate telefoniche personali.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 214

Favorire l'integrazione sociale

- Le infrastrutture locali promuovono l'uso in comune e con scopi multipli da parte di persone di età e interessi diversi e favoriscono l'interazione tra i gruppi di utenti.
- Le sedi locali delle riunioni e le attività promuovono la familiarità e gli scambi tra i residenti del quartiere.

Lista di controllo per il rispetto e l'inclusione sociale a favore degli anziani

Servizi rispettosi e per tutti

- Le persone anziane vengono consultate dai servizi pubblici, di volontariato e commerciali sui modi con i quali possono essere servite meglio.
- I servizi pubblici e commerciali forniscono servizi e prodotti adatti alle necessità e alle preferenze delle persone anziane.
- I servizi posseggono personale utile e cortese, addestrato a soddisfare le persone anziane.

Immagini pubbliche dell'invecchiamento

- I media includono le persone anziane nell'immaginario pubblico, presentandolo in modo positivo e senza stereotipi.

Interazioni intergenerazionali e familiari

- Strutture, attività ed eventi per l'intera comunità attraggono persone di tutte le età tenendo conto delle necessità e delle preferenze specifiche per le varie età.
- Le persone anziane sono incluse specificamente nelle attività della comunità a favore delle "famiglie".
- Vengono regolarmente svolte attività che riuniscono generazioni diverse per reciproco piacere e arricchimento.

Educazione pubblica

- I programmi delle scuole primarie e secondarie comprendono corsi sull'invecchiamento e sugli anziani.
- Le persone anziane sono coinvolte attivamente e regolarmente nelle attività scolastiche locali insieme con gli studenti e gli insegnanti.
- Alle persone anziane vengono fornite occasioni per condividere la loro conoscenza, storia e competenza con le altre generazioni.

Inclusione nella comunità

- Le persone anziane vengono incluse come partner a pieno titolo nelle delibere decisionali della comunità che sono di interesse per gli anziani.
- Le persone anziane sono riconosciute dalla comunità per il loro contributo, sia passato che presente.
- L'azione della comunità rivolta a rafforzare i legami e il sostegno tra vicini comprende l'inclusione dei residenti più anziani in qualità di confidenti, consiglieri, esecutori e beneficiari.

Inclusione economica

- Le persone anziane svantaggiate dal punto di vista economico hanno accesso ai servizi e agli eventi pubblici, sia di volontariato che privati.

Lista di controllo relativa a partecipazione civica e impiego

Opportunità di volontariato

- Esiste una gamma di attività a cui i volontari anziani possono partecipare.
- Le organizzazioni di volontariato sono ben sviluppate, con infrastrutture, programmi di addestramento e forza lavoro volontaria.
- Le competenze e gli interessi dei volontari vengono confrontati con i posti disponibili (ad esempio, registri o database).
- I volontari sono supportati nel loro lavoro, per esempio tramite il trasporto gratuito oppure il rimborso dei costi di parcheggio.

Opportunità di impiego

- Esiste una vasta gamma di opportunità di lavoro per le persone anziane.
- La politica e la legislazione prevengono la discriminazione in base all'età.
- Il pensionamento è una scelta, non un obbligo.
- Esistono occasioni flessibili, con alternative di *part-time* o di impiego stagionale per le persone anziane.
- Esistono programmi e agenzie per l'impiego delle persone anziane.
- Le organizzazioni dei lavoratori (ad esempio, sindacati) sostengono le alternative flessibili, come il lavoro *part-time* o di vo-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 216

lontariato, per permettere una maggiore partecipazione da parte dei lavoratori anziani.
- I datori di lavoro sono incoraggiati ad assumere e a trattenere i lavoratori anziani.

Addestramento
- Ai lavoratori anziani viene fornito l'addestramento sulle opportunità post-pensionamento.
- Per i lavoratori anziani sono disponibili occasioni di ulteriore addestramento, come il tirocinio nelle nuove tecnologie.
- Le organizzazioni di volontariato forniscono l'addestramento per accedere ai loro posti.

Accessibilità
- Le opportunità per lavori volontari o remunerati sono pubblicizzate e promosse.
- Viene reso disponibile il trasporto al posto di lavoro.
- I luoghi di lavoro sono adattati in modo da conformarsi alle necessità delle persone disabili.
- Non vi sono spese per il lavoratore che partecipa a un lavoro remunerato o volontario.
- Vi è supporto in favore delle organizzazioni (ad esempio, finanziamenti o costi assicurativi ridotti) riguardo al reclutamento, addestramento e proroga occupazionale dei volontari anziani.

Partecipazione civica
- Le persone anziane fanno parte delle assemblee consultive, dei comitati direttivi delle organizzazioni eccetera.
- Le persone anziane che vogliono partecipare alle riunioni e agli eventi civici possono beneficiare di un supporto, come posti a sedere riservati, aiuto per le persone disabili, apparecchi per coloro che hanno difficoltà d'udito e trasporti.
- Le politiche, i programmi e i piani per le persone anziane sono elaborati anche con i contributi degli stessi anziani.
- Viene incoraggiata la partecipazione delle persone anziane.

Valorizzazione del contributo
- Le persone anziane sono rispettate e i loro contributi apprezzati.
- I datori di lavoro e le organizzazioni sono sensibili alle necessità dei lavoratori anziani.

- Fra i datori di lavoro vengono pubblicizzati i vantaggi dell'assunzione di lavoratori anziani.

Imprenditorialità
- Vi è supporto per gli imprenditori anziani e per le opportunità di lavoro autonomo (ad esempio, mercati per la vendita di prodotti agricoli e oggetti artigianali, addestramento per piccoli esercizi commerciali e microfinanziamenti per i lavoratori anziani).
- Le informazioni per il supporto degli esercizi di piccole dimensioni e su base casalinga sono presentate in formato adatto ai lavoratori anziani.

Introiti
- I lavoratori anziani vengono remunerati equamente per il loro lavoro.
- I volontari ricevono il rimborso delle spese sostenute nel loro lavoro.
- I guadagni dei lavoratori anziani non vengono dedotti dalle pensioni e dalle altre forme di sostegno economico a cui essi hanno diritto.

Lista di controllo sulla comunicazione e sull'informazione a misura di anziano

Offerta di informazioni
- Un sistema elementare, universale di comunicazione basato sui media stampati e trasmessi e sul telefono raggiunge ogni residente.
- Una distribuzione regolare e affidabile di informazioni è assicurata dal governo o dalle organizzazioni di volontariato.
- L'informazione viene diffusa capillarmente onde raggiungere le persone anziane nelle loro case e nei luoghi dove esse svolgono le solite attività della vita di ogni giorno.
- La diffusione dell'informazione è coordinata da un servizio accessibile della comunità che sia bene pubblicizzato – un centro "unificato" per l'informazione.
- Informazioni regolari e programmi di trasmissioni d'interesse per le persone anziane sono offerti nei media sia generali che specializzati.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 218

Comunicazione orale

- Gli anziani preferiscono la comunicazione orale accessibile, per esempio attraverso riunioni pubbliche, centri della comunità, club e media radiotelevisivi, nonché attraverso persone responsabili che diffondono le notizie individualmente.
- Le persone a rischio di isolamento sociale ottengono informazioni tramite individui affidabili con i quali possono interagire, come i volontari a cui si rivolgono o che fanno visite, gli addetti al sostegno domiciliare, i parrucchieri, i portinai e gli addetti all'assistenza.
- Gli addetti agli uffici pubblici e al commercio forniscono, su richiesta, servizi in via amichevole, da persona a persona.

Informazioni stampate

- Le informazioni stampate – compresi i moduli ufficiali, i sottotitoli televisivi e i testi su schermi visivi – sono scritte a grandi lettere e le idee principali vengono evidenziate con titoli chiari e in grassetto.

Linguaggio semplice

- Le comunicazioni sia scritte che orali utilizzano parole semplici, familiari e frasi chiare.

Comunicazione e dispositivi automatizzati

- I servizi di risposta telefonica forniscono istruzioni lentamente e chiaramente e informano chi chiama come riascoltare il messaggio in ogni momento.
- Gli utenti possono scegliere se parlare con una persona reale oppure lasciare un messaggio a un incaricato che li richiamerà in seguito.
- I dispositivi elettronici, come i telefoni cellulari, le radio, le televisioni e i distributori delle banche e per i biglietti, possiedono tasti e caratteri di grandi dimensioni.
- Il quadro di comando degli apparecchi delle banche, delle poste e di altri servizi è bene illuminato e può essere raggiunto da persone di differenti stature.

Computer e internet

- Vi sono numerosi accessi pubblici ai computer e a internet, gratuiti o a costo minimo, nei luoghi pubblici, come gli uffici governativi, i centri della comunità e le librerie.

- Sono facilmente disponibili apposite istruzioni e assistenza individuale per gli utenti.

Lista di controllo relativa alla comunità e ai servizi sanitari a misura di anziano

Accessibilità ai servizi

- I servizi sanitari e sociali sono ben distribuiti in tutta la città, sono situati convenientemente in più luoghi e possono essere raggiunti con rapidità da tutti i mezzi di trasporto.
- Le strutture assistenziali residenziali, come gli ospizi e gli istituti di ricovero, sono situati in prossimità dei servizi e delle zone residenziali cosicché i residenti rimangono integrati nella comunità in senso ampio.
- Le strutture dei servizi sono costruite in modo sicuro e sono del tutto accessibili alle persone disabili.
- Informazioni chiare e accessibili sono fornite in merito ai servizi sanitari e sociali in favore delle persone anziane.
- L'erogazione dei servizi individuali è coordinata e comporta una burocrazia ridotta al minimo.
- Il personale amministrativo e quello dei servizi trattano le persone anziane con rispetto e sensibilità.
- Le barriere economiche che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari e ai servizi di supporto della comunità sono ridotte al minimo.
- L'accesso ai siti cimiteriali è adeguato.

Offerta di servizi

- Viene offerta un'adeguata gamma di servizi sanitari e di supporto da parte della comunità al fine di promuovere, mantenere e ristabilire la salute.
- Vengono offerti servizi assistenziali domiciliari che comprendono servizi sanitari, assistenza personale e assistenza per i lavori domestici.
- I servizi sanitari e quelli sociali offerti rispondono alle necessità e alle preoccupazioni delle persone anziane.
- I fornitori incaricati dei servizi posseggono la competenza e l'addestramento appropriati per comunicare con le persone anziane e per servirle in maniera efficace.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 220

Supporto volontario
- I volontari di ogni età sono incoraggiati e sostenuti al fine di assistere le persone anziane in una vasta gamma di situazioni pertinenti alla salute e alla comunità.

Programmazione e assistenza d'emergenza
- La programmazione delle situazioni di emergenza comprende le persone anziane e tiene in considerazione le loro necessità e capacità sia di prepararsi in vista delle emergenze sia di rispondere a esse.

3.11. I conti della domiciliarità

Problema n. 11 - Il rapporto tra le diverse esigenze che si confrontano sul terreno del lavoro di cura degli anziani non autosufficienti si sta dimostrando sempre più insostenibile. Stanno venendo meno, in particolare, quelle condizioni che fino a ora hanno consentito alle famiglie di sostenere il grosso dell'impegno del lavoro di cura. A non tornare, in particolare, sono i conti del lavoro di cura in larga misura gravante sui bilanci familiari messi a dura prova dalla crisi. Dare risposte credibili a questo problema è la questione prioritaria per un'evoluzione positiva della Ltc in Italia.

Secondo il Network non autosufficienza[108], «la sfida sul tavolo dei *policy maker* è quella di riuscire a soddisfare la crescente complessità dei bisogni degli anziani non autosufficienti con adeguati interventi da parte del sistema sanitario e di protezione sociale, facendo quadrare allo stesso tempo i conti pubblici investiti da crisi economica, recessione e tagli».

In questo senso, in Italia il sistema di cura di lunga durata ha tradizionalmente, seppure implicitamente, fatto affidamento sul ruolo della famiglia, sia in termini di cure informali prestate dai *caregiver* familiari alla persona non autosufficiente, sia in termini di spesa privata per l'assistenza diretta. Tuttavia, le evidenze dicono che anche questa parte di welfare coperta finora dalle famiglie e dai *caregiver* familiari andrà diminuendo inevitabilmente e significativamente. Come si è visto dai dati Ocse[109] e Istat[110] il cosiddetto *Oldest support ratio* (Osr), il rapporto tra persone

adulte (40-64 anni) e anziani (con più di 65 anni) si dimezzerà nel 2050, con minori possibilità per i figli di fornire cure intergenerazionali. Inoltre, se si dovesse mantenere l'attuale rapporto di *caregiver* familiari per persona bisognosa di Ltc, il loro numero dovrebbe crescere almeno del 50 per cento, cosa praticamente impossibile anche considerando il ruolo attivo nelle cure del partner dell'anziano non autosufficiente. Una prospettiva che induce forte preoccupazione per gli effetti sulle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e sui costi per le famiglie, se non interverranno profondi cambiamenti in seno al nostro welfare.

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

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

L'assistenza domiciliare nel contesto del welfare

Il welfare italiano in base all'*Osservatorio sul welfare familiare*[111] ha un volume complessivo di 666,6 miliardi, il 39,9 per cento del Pil. Al suo interno il peso maggiore è sostenuto dallo Stato, ma la spesa delle famiglie ha una quota importante, pari al 16,4 per cento del totale.

La voce principale è quella della previdenza e protezione sociale: vale complessivamente 354,2 miliardi, 21,2 per cento del Pil. Quasi tutta la spesa pubblica si concentra nelle pensioni pubbliche (261,2 miliardi) e nelle altre prestazioni sociali quali la cassa integrazione e i sussidi alle famiglie (76,3 miliardi). In rapporto a questi valori la quota della previdenza integrativa e della protezione privata è ancora limitata, 9,4 miliardi del welfare occupazionale (raccolta dei fondi pensione e delle polizze collettive di protezione) e 7,3 miliardi di welfare familiare (adesioni individuali a fondi pensioni e polizze di protezione sulla vita e per la casa). È un contributo tuttora molto piccolo se si pensa all'esigenza di integrare le pensioni pubbliche per sostenere il reddito di chi si ritirerà dal lavoro nei

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 222

prossimi anni, nonché ai bisogni di garantire il tenore di vita delle famiglie contro i rischi delle persone e del patrimonio.

L'altro settore portante è quello della sanità: 148,4 miliardi (8,9 per cento del Pil), a cui la spesa pubblica contribuisce per il 75,8 per cento. Il welfare privato occupazionale, costituito principalmente dai fondi sanitari aziendali e di categoria, ha tuttora una quota molto piccola ma in crescita: 2,2 miliardi. La spesa delle famiglie è invece molto rilevante: 33,7 miliardi, il 22,7 per cento del totale. Si tratta prevalentemente di spesa diretta per prestazioni sanitarie, mentre la quota intermediata da servizi mutualistici (assicurazioni e fondi sanitari) è minima.

L'assistenza (che per la parte pubblica comprende l'assistenza sociale, mentre quella sociosanitaria è inglobata nella sanità) è un'area critica. Il suo valore complessivo è di 31,4 miliardi, solamente l'1,9 per cento del Pil, del tutto inadeguata a fronte dell'invecchiamento della popolazione e dell'emergere di nuovi bisogni di cura delle persone e di sostegno alle famiglie. La spesa pubblica contribuisce per il 52,4 per cento, molto meno che per altri settori. Come è noto, le prestazioni di assistenza sociale sono affidate principalmente alle amministrazioni locali, sempre più in difficoltà a causa della riduzione delle risorse disponibili. Il contributo del welfare occupazionale all'assistenza è tutt'ora minimo: circa 560 milioni. Il welfare aziendale, recentemente sostenuto da una nuova normativa, in prospettiva può essere di aiuto per le famiglie nell'affrontare i bisogni di assistenza ai familiari, grazie agli incentivi fiscali di cui beneficia e grazie alla capacità che le aziende hanno di aggregare la domanda e organizzare soluzioni efficienti. Ma siamo solo agli inizi. Non stupisce dunque che buona parte della spesa per assistenza sia sostenuta direttamente dalle famiglie: 14,4 miliardi, 48,8 per cento del totale. In questa voce sono aggregate le spese familiari per la cura residenziale e domiciliare degli anziani, per l'aiuto domestico (le colf) e per la cura a domicilio dei bambini (*baby sitter*).

Il terzo settore del welfare per importanza economica è l'istruzione, compresa quella prescolare. Il valore totale è di 77,6 miliardi di euro, pari al 4,6 per cento del Pil, e il peso maggiore è sostenuto dall'istruzione pubblica (80,4%). La spesa delle famiglie è molto elevata: quindici miliardi, 19,4 per cento del totale.

Il settore della cultura e del tempo libero è il più piccolo nel welfare pubblico e privato: 17,8 miliardi, 1,1 per cento del Pil.

Il settore, infine, dei supporti al lavoro: 37,2 miliardi, il 2,2 per cento

Tabella 84
Il valore del welfare pubblico e privato

	Previdenza e protezione	Sanità	Assistenza	Istruzione	Cultura e tempo	Supporti al lavoro libero	Totale	Quota %
Spesa pubblica di welfare	337.514 (a)	112.542 (a)	16.454 (b)	62.379 (c)	10.171 (c)		539.060	80,9
Pensioni	261.190							
Altre prestazioni sociali	76.324							
Spesa di welfare collettivo occupazionale	9.403 (d)	2.153 (e)	560 (f)	175 (g)		5.980 (h)	18.271	2,7
Spesa delle famiglie	7.270	33.729	14.389	15.045	7.617	31.227	109.277	16,4
Totale	**354.187**	**148.424**	**31.403**	**77.599**	**17.788**	**32.207**	**666.608**	**100**
Percentuale sul Pil 2016	**21,2**	**8,9**	**1,9**	**4,6**	**1,1**	**2,1**	**39,9**	

Fonte: Rapporto osservatorio welfare familiare

Note:
a) Def 2017
b) Componente socioassistenziale della spesa pubblica per assistenza di lungo corso, composta per 4/5 da indennità di accompagnamento e per 1/5 da prestazioni socioassistenziali erogate a livello locale (Def 2017)
c) Spesa pubblica corrente 2015 (Istat)
d) Raccolta fondi collettivi per previdenza complementare (Covip) e collettive aziendali Tcm (Ivass)
e) Raccolta fondi sanitari e collettive infortuni e malattia (stime Innovation Team)
f) Garanzie di assistenza nei fondi e nelle assicurazioni collettive (stime Innovation Team)
g) Erogazioni da enti bilaterali per l'istruzione e la cura dei figli (stime Innovation Team)
h) Costo aziendale per i buoni pasto e contributi per il trasporto (stime Innovation Team)

del Pil. In questo settore il welfare occupazionale ha assunto un ruolo importante grazie alla spinta degli incentivi fiscali e dei contratti: la spesa delle aziende è di sei miliardi, 16,1 per cento del settore. Ma la spesa a carico delle famiglie è di gran lunga preponderante 31,2 miliardi, 89,9 per cento del totale.

Riassumendo (tabella 84) il welfare familiare nel 2017 vale 109,3 miliardi di euro, il 6,5 del Pil:

- salute 33,7 miliardi - spese sanitarie dirette delle famiglie e i premi pagati per le assicurazioni contro le malattie e gli infortuni;
- supporti per il lavoro 31,2 miliardi - spese di trasporto e ristorazione

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 224

che i membri della famiglia devono sostenere per recarsi al lavoro e poter lavorare;

- istruzione 15 miliardi - le rette e le spese per i servizi prescolari (asili e scuole materne), per l'istruzione a tutti i livelli, da quello scolastico al postuniversitario, comprese le spese di trasporto, mense, acquisto di libri e di altri prodotti per la didattica;
- assistenza 14,4 miliardi - servizi e spese per i familiari anziani e non autosufficienti, per la gestione dei figli minori (*baby sitter*) e della casa (colf);
- cultura e tempo libero 7,6 miliardi - le spese per l'editoria, lo spettacolo e le altre attività culturali, lo sport e la cura del corpo;
- previdenza e protezione 7,3 miliardi - polizze pensionistiche e versamenti individuali volontari nei fondi pensione integrativi, le assicurazioni vita di protezione, le assicurazioni per la casa e la famiglia diverse da quelle per la salute.

Le risorse familiari per l'assistenza degli anziani

Secondo l'osservatorio, nel settore dell'assistenza la cura delle persone anziane e non autosufficienti è l'area più critica. Le famiglie con persone non autosufficienti (prevalentemente, ma non solo anziani) sono 1.758.000: il 7 per cento del totale.

Nel 79 per cento dei casi la cura è affidata ai familiari stessi, senza alcun aiuto esterno. Solo il 21 per cento delle famiglie utilizza servizi e l'importo medio della loro spesa è di 8.627 euro.

Diffusione dei servizi e spesa media

- Le badanti sono il servizio più diffuso (l'11,5 per cento delle famiglie con persone non autosufficienti) e comportano una spesa media di 10.348 euro.
- Gli ausili socioassistenziali (Asa)[112]. L'ausiliario socioassistenziale è una figura professionale in grado di affrontare e svolgere interventi di assistenza, cura, igiene, per una molteplicità di utenti in condizioni di bisogno e in situazioni di marginalità sociale e culturale. Sono utilizzati dal 7,1 per cento delle famiglie con non autosufficienti, con una spesa media di 5.756 euro.
- L'assistenza in strutture residenziali è meno frequente con una spesa di 8.904 euro per famiglia utilizzatrice.

Nelle famiglie di tutte le condizioni economiche, tranne quelle del benessere e dell'agiatezza, la cura dei non autosufficienti è gestita dai familiari stessi per quote superiori all'80 per cento.

Dall'analisi dei motivi dichiarati di non utilizzo dei servizi per i non autosufficienti si rileva che nella maggior parte dei casi la motivazione è economica: la famiglia non può permetterselo (50,2%). Un'altra importante motivazione, addotta nel 22,9 per cento dei casi e soprattutto al Nord (32,8%), è di carattere psicologico e culturale: la persona non autosufficiente rifiuta il servizio.

Al Sud emerge l'inadeguatezza dell'offerta: la qualità dei servizi non è sufficiente (35,7 per cento contro una media nazionale del 17,6). Molto particolare è la percezione degli abitanti delle metropoli, le città con più di un milione di abitanti: qui la difficoltà non è economica ma costituita dal fatto che il familiare non autosufficiente rifiuta l'assistenza (56,5%), inoltre, nel 24,7 per cento dei casi, i servizi sono considerati non disponibili.

L'impatto dell'assistenza ai non autosufficienti sul bilancio familiare è molto pesante per il 31 per cento delle famiglie e abbastanza importante per un altro 44 per cento. Solamente 25 famiglie su cento non hanno difficoltà economiche nell'affrontare queste spese. Il 73,9 per cento delle famiglie con persone non autosufficienti sostiene per intero le spese di assistenza, senza poter contare su alcun contributo economico da parte dello Stato. Invece il 15,3 per cento riceve sussidi che coprono interamente le spese, mentre il 10,7 per cento riceve sussidi parziali. La distribuzione di questi sussidi totali o parziali è maggiore al Sud e nelle Isole (47%).

Gli aiuti ricevuti dalle famiglie per l'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti, sia sotto forma di contributi (indennità di accompagnamento) sia di servizi di vario tipo volti ad alleggerire il carico sulla famiglia consistono in sostegni pubblici (30,2 per cento dei casi), prestazioni assicurative (28,5 per cento dei casi), assistenza offerta da associazioni di volontariato (24,8%), benefit aziendali (14,1%). Nel considerare l'importanza di questi aiuti le famiglie si dividono: il 42,9 per cento li considerano determinanti per coprire le spese che hanno dovuto sostenere, mentre una percentuale identica considera trascurabile l'aiuto ricevuto.

L'assistenza agli anziani non autosufficienti, in conclusione, è il settore più fragile del welfare italiano. Le famiglie si trovano ad affrontare le spese in gran parte da sole e facendo ricorso all'impegno personale dei familiari. Le criticità non consistono solamente nel peso economico che le

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 226

famiglie devono sostenere, ma anche nell'inadeguatezza dell'offerta: mancano supporti per i cittadini che garantiscano la qualità dei servizi e ne facilitino la reperibilità. La non autosufficienza di un familiare è un evento che cambia gli assetti economici e sociali di una famiglia. Solamente il 23,8 per cento di coloro che lo hanno affrontato dichiarano di essere stati in grado di coprirne le spese. Ma per pochi di questi (14,3%) il reddito è stato sufficiente. La maggior parte ha dovuto intaccare i risparmi o ricorrere all'aiuto di amici e parenti. Nella stragrande maggioranza dei casi (76,2%) le famiglie non sono state in grado di provvedere integralmente all'assistenza e hanno dovuto rinunciare a un maggiore livello di assistenza per la persona da curare (40,4%), oppure a spese sanitarie (26,4%) o hanno ridotto i consumi alimentari (33,2%).

3.11.1. Cresce la domanda, ma non aumentano i servizi assistenziali

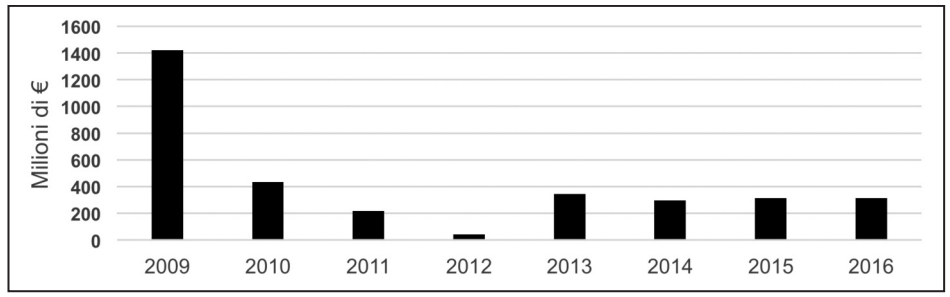
Aumenta la domanda di assistenza per gli anziani e, in particolare, per i non autosufficienti, ma non aumentano le risorse in proporzione alla loro crescita per finanziare il sistema di assistenza di lunga durata (Ltc).

Nelle previsioni della Ragioneria generale dello Stato[113] per lo scenario nazionale base la spesa pubblica per Ltc in rapporto al Pil nelle sue tre componenti (sanitaria, indennità di accompagnamento, altre prestazioni) passerà dall'1,9 per cento del 2015 al 3,2 del 2060. Tale aumento si distribuirà in modo pressoché uniforme nell'intero periodo di previsione. Le differenze nei profili di spesa relativi alle diverse componenti determineranno, nell'interazione con l'evoluzione della struttura della popolazione, alcuni effetti redistributivi lievi a livello di tipologia di spesa e più significativi per fascia di età. Aumenta, in particolare, il peso delle indennità di accompagnamento e quello delle altre prestazioni Ltc a discapito della componente sanitaria. Quest'ultima presenta una crescita di minore intensità per la presenza, al suo interno, di prestazioni che non sono strettamente legate all'invecchiamento (malati psichici e dipendenti da alcool e droghe). In relazione alla struttura per età, si registra una crescita della quota di spesa destinata agli ultraottantenni la quale passa dal 44 per cento del 2010 al 70 per cento del 2060. Questo spostamento di risorse avviene prevalentemente a scapito della fascia di età 0-64 anni.

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

A fronte di questa esigenza le scelte degli ultimi governi non hanno brillato per sensibilità. Il Fondo nazionale per le politiche sociali[114], il principale canale di finanziamento, è stato fortemente ridimensionato dalle leggi finanziarie annuali con tagli che hanno raggiunto anche livelli del 30-40 per cento annuo, fino a raggiungere nel 2012 un valore solo simbolico. Nel 2016 la dotazione del fondo è del 78 per cento in meno di quella che aveva nel 2009. Ciò ha significato per gli enti locali la scomparsa di una fonte di finanziamento che contribuiva per il 12,1 per cento alla spesa sociale (grafico 17).

Grafico 17
Risorse per il Fondo nazionale per le politiche sociali dal 2009 al 2016. Valori in milioni di euro



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Stessa sorte per il Fondo per la non autosufficienza[115] introdotto nel 2007 (grafico 18). Rispetto ai 400 milioni investiti su questo fronte nel 2009 e 2010, dal 2011 il canale non è stato rifinanziato e nel 2012 i fondi sociali erano sostanzialmente azzerati.

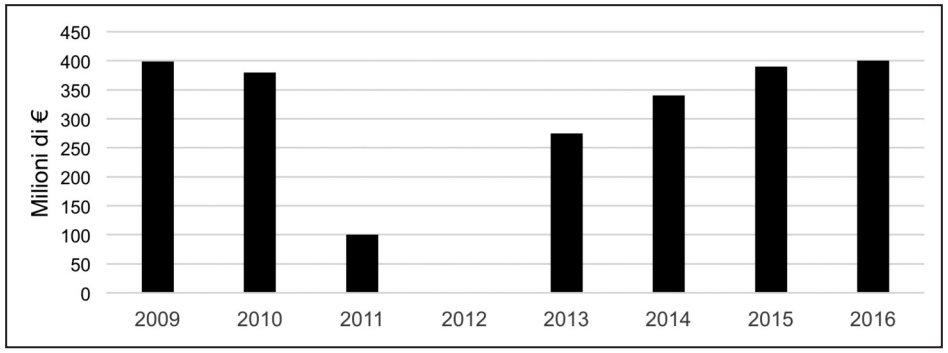
Con le recenti leggi di stabilità si sta progressivamente recuperando il livello delle risorse stanziate nel 2009, ma nonostante questi reintegri le risorse statali restano nettamente inferiori al fabbisogno. Da sottolineare, inoltre, che il rifinanziamento ha carattere esclusivamente annuale, mentre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

Per comprendere pienamente il senso di questi dati è utile dare uno sguardo all'insieme dei fondi per le politiche sociali. La tabella 85 fotografa l'ammontare complessivo delle risorse dal 2009 al 2013 destinate alle Regioni per quanto riguarda i cinque fondi presi in esame.

La riduzione anche in questo caso è stata molto pesante. Si è passati da

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 228

Grafico 18
Risorse per il Fondo per la non autosufficienza dal 2009 al 2016. Valori in milioni di euro



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

1,155 miliardi del 2009 ai 575 milioni del 2013, un calo del 53,3 per cento. Da notare come in questo caso il dato mostri una crescita delle risorse per il 2013 dopo il biennio 2011-2012 (grafico 19).

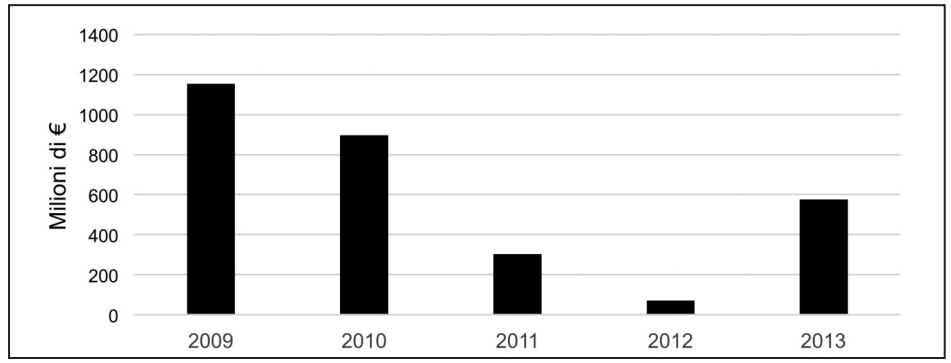
Tabella 85
Risorse statali destinate alle Regioni per i fondi per le politiche sociali negli anni dal 2009 al 2013

	Fondo nazionale politiche sociali	Fondo politiche per la famiglia	Fondo politiche giovanili	Fondo pari opportunita	Fondo non autosufficienze	Totale risorse
2009	518.226.539	200.000.000	0	38.720.000	399.000.000	**1.155.946.539**
2010	380.222.941	100.000.000	37.421.651	0	380.000.000	**897.644.592**
2011	178.500.000	25.000.000	0	0	100.000.000	**303.500.000**
2012	10.680.362	45.000.000	0	15.000.000	0	**70.680.362**
2013	300.000.000		0	0	275.000.000	**575.000.000**

Elaborazione Auser su dati Istat

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

Grafico 19
Fondi per le politiche sociali delle Regioni dal 2009 al 2013. Valori in milioni di euro



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

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

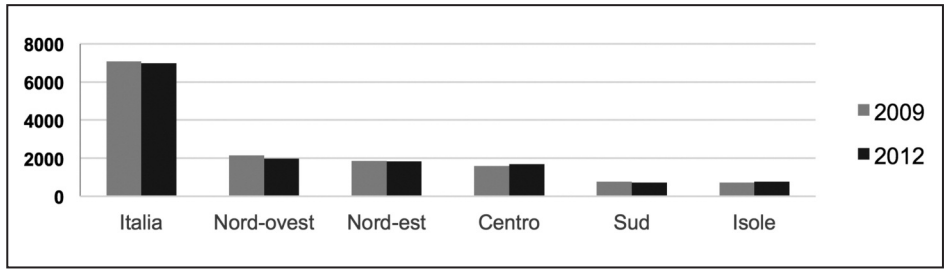
3.11.2. I Comuni costretti a tagliare i servizi

Se le risorse statali per le politiche sociali nel periodo 2009-2013 hanno subìto una contrazione del 53,3 per cento, a livello territoriale lo scenario non è certo più positivo, anche se variegato.

La spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati nel 2009 e 2013 ha subìto una diminuzione complessiva dell'1,4 per cento. Nelle diverse aree geografiche ha avuto una riduzione del 7,3 per cento nelle regioni del Nord-Ovest, dell'1,4 nel Nord-Est: la spesa delle due aree nel 2013 è il 54,7 per cento del totale nazionale (56,5 per cento nel 2009). Nel Centro è aumentata del 6 per cento, è diminuita del 7,5 nel Meridione, mentre nelle Isole è aumentata del 6 per cento. Cifre che tradotte in valori pro capite significano il passaggio da 118 a 117 euro a livello medio nazionale dal 2009 al 2013, e un'enorme variabilità tra le diverse aree che va dai 159 euro pro capite nel Nord-Est ai 51 euro nel Meridione: una differenza di 3 a 1 (grafici 20, 21, 22).

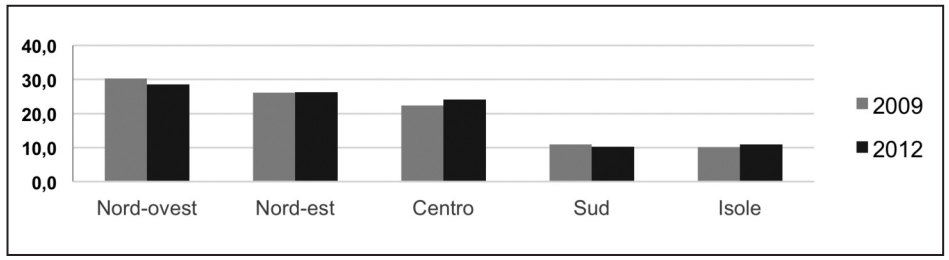
Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 230

Grafico 20
Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni.
Valori assoluti in milioni di euro nel 2009 e 2013



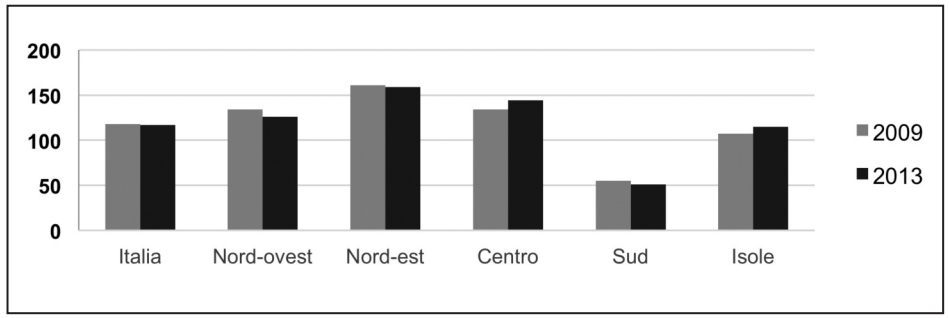
Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 21
Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni.
Valori percentuali per area geografica nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 22
Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni.
Valori pro capite in euro per area geografica nel 2009 e 2013

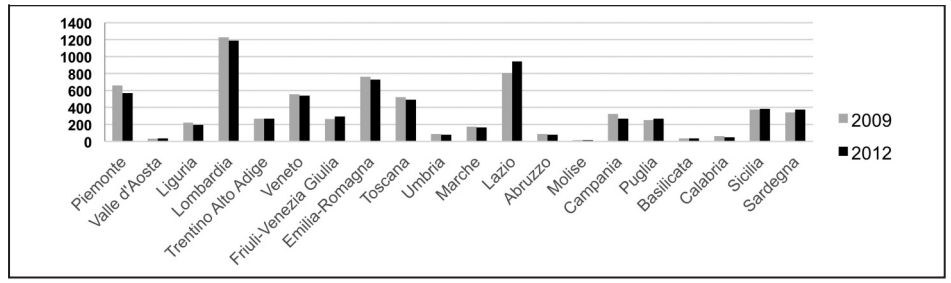


Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

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

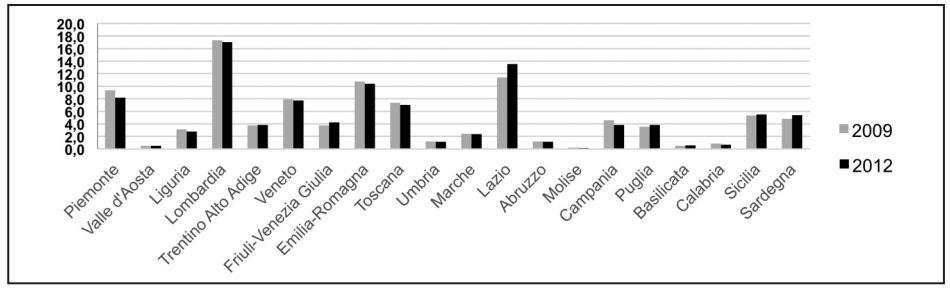
Le differenze più rilevanti, comunque, si registrano comparando la spesa pro capite con il suo massimo in Valle d'Aosta (277 euro) e Lombardia (259 euro) e il suo minimo in Calabria con 25 euro, Molise 42 euro e Campania con 47 euro pro capite (grafici 23, 24, 25).

Grafico 23
Spesa per interventi e servizi sociali nei Comuni.
Valori assoluti in euro per Regione nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

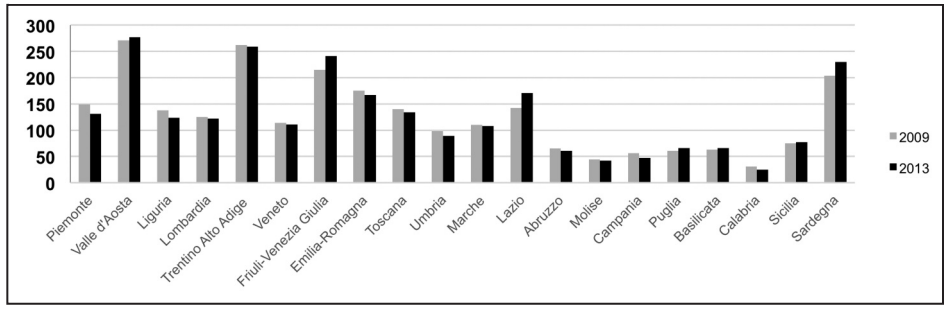
Grafico 24
Spesa per interventi e servizi sociali nei Comuni.
Valori percentuali per Regione nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 232

Grafico 25
Spesa per interventi e servizi sociali nei Comuni.
Spesa pro capite in euro per Regione nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

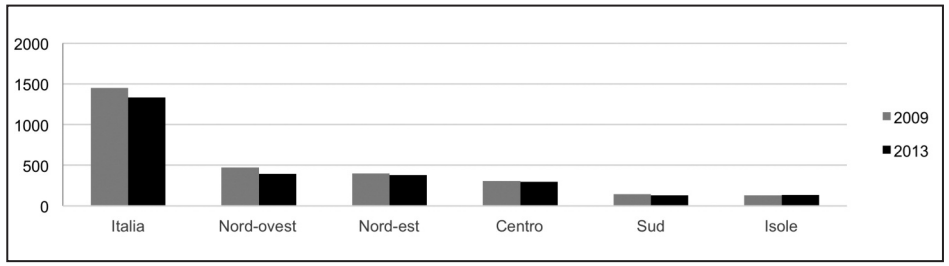
3.11.3. La spesa dei Comuni per l'assistenza agli anziani

Se la spesa complessiva per i servizi sociali degli enti territoriali si è contratta dell'1,4 per cento nel quinquennio 2009-2013, per quanto riguarda quella destinata agli anziani ha subìto una riduzione dell'8 per cento (grafici 26, 27, 28).

A eccezione delle Isole, dove è aumentata del 4 per cento, nelle restanti aree è diminuita ovunque: del 16,7 per cento nel Nord-Ovest, del 4,3 nel Nord-Est, del 4 nel Centro, del 9,1 nel Meridione. Nello stesso periodo i valori pro capite della spesa sono scesi a livello nazionale da 119 a 107 euro, passando nei valori massimi del Nord-Est da 138 a 112 euro e nei valori minimi del Meridione da 57 a 50 euro.

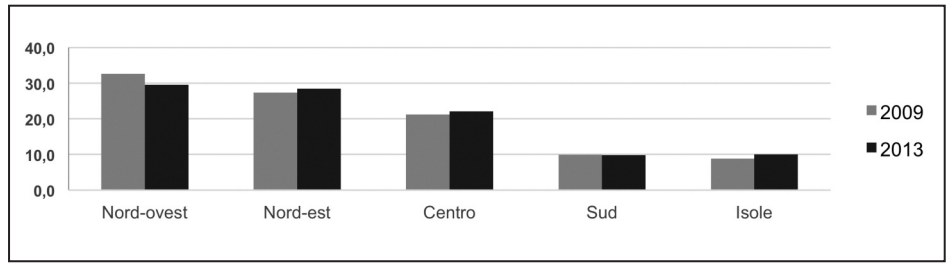
L'andamento della spesa per anziani degli enti territoriali a livello regionale (grafici 29, 30, 31) fa registrare una riduzione in tutte le Regioni

Grafico 26
Spesa dei Comuni per servizi sociali per anziani.
Valori assoluti in milioni di euro per area geografica nel 2009 e 2013



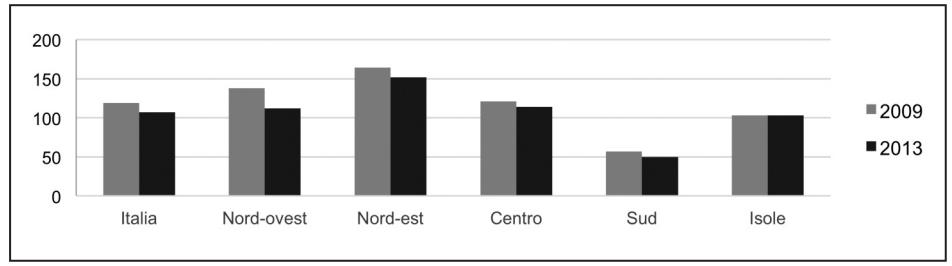
Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 27
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani.
Valori percentuali per area geografica nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 28
Spesa pro capite per servizi sociali per anziani nei Comuni.
Valori in euro per area geografica



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

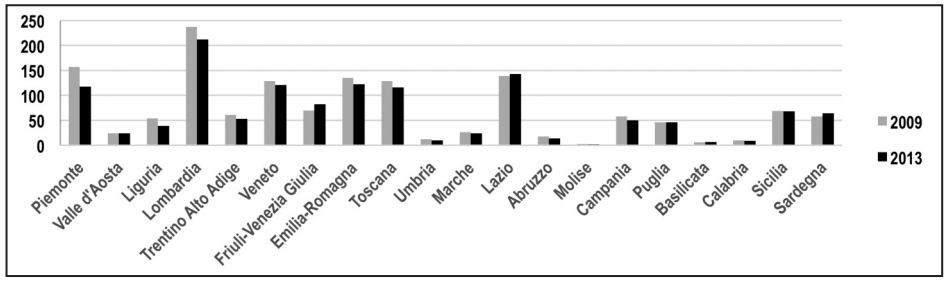
del Nord con l'unica eccezione del Friuli Venezia Giulia che aumenta del 17 per cento. Significative le diminuzioni di risorse in Piemonte del 25 per cento, in Liguria del 28, in Lombardia del 10,5. Nel Centro, il Lazio aumenta del 2,9 per cento mentre nelle altre Regioni la spesa diminuisce. Lo stesso nel Meridione, mentre nelle Isole aumenta la spesa in Sardegna del 10,3 per cento e diminuisce in Sicilia dell'1,5.

Il dato sulla spesa pro capite si adatta meglio a esprimere l'estrema articolazione della spesa per anziani nelle singole Regioni. Escludendo il dato del tutto particolare della Valle d'Aosta di 883 euro, la spesa pro capite nel 2013 oscilla da un massimo di 280 euro in Friuli Venezia Giulia (246 euro nel 2009) e 269 euro in Trentino Alto Adige (327 euro nel 2009) a un minimo di 25 euro in Calabria (28 euro nel 2009) con una differenza di 11 a 1.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 234

Grafico 29

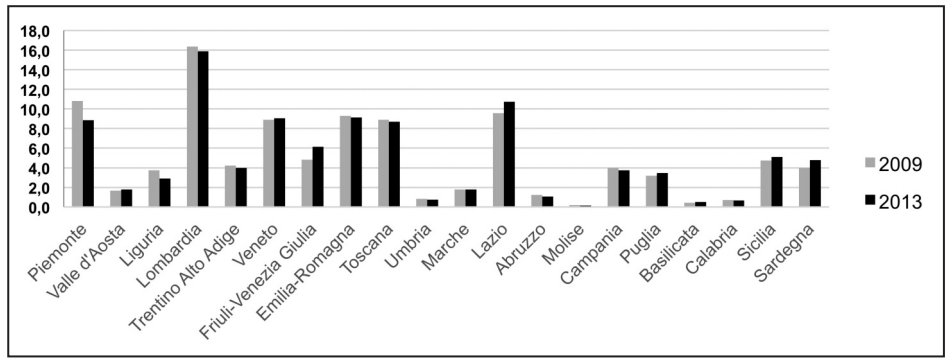
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani. Valori assoluti in euro per area geografica e Regione nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 30

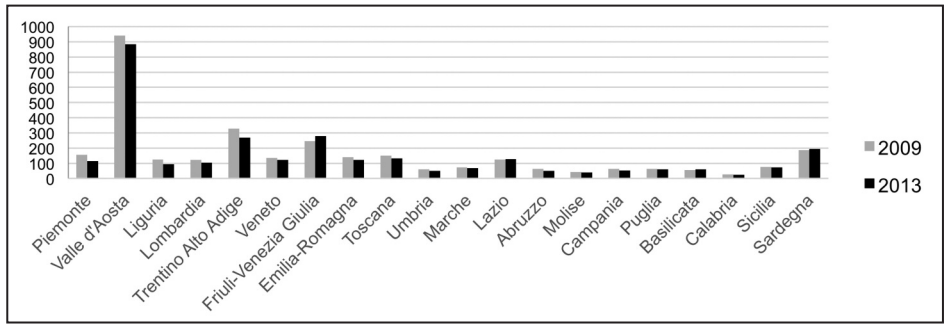
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani. Valori percentuali per Regione nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

Grafico 31

Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani. Valori pro capite in euro per Regione nel 2009 e 2013



Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

3.11.4. L'indennità di accompagnamento

Il ruolo dell'indennità di accompagnamento[116] all'interno del sistema di cura a lungo termine italiano è ben noto, essendo divenuta negli anni la principale misura di supporto dello Stato ai cittadini non autosufficienti, a fronte di bassi livelli di copertura degli altri servizi formali di assistenza (Adi, Sad, presìdi residenziali eccetera).

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

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

In termini assoluti e percentuali (tabella 86) la Lombardia è la Regione italiana con più beneficiari di indennità con oltre 200.000 percettori, cui seguono Campania, Lazio e Sicilia.

Interessante è anche leggere i dati regionali sulla base delle fasce d'età dei beneficiari al fine di scoprire eventuali divergenze locali nell'assegnazione dell'indennità. In questo senso, possiamo vedere come ovunque la componente più numerosa di utenti sia quella con più di 85 anni (tranne che in Campania), ma con chiare differenze tra Nord e Sud Italia. Mentre nelle Regioni centro-settentrionali il tasso di anziani beneficiari con più di 85 anni supera ovunque (tranne che nel Lazio) la metà del totale (con una punta del 56,2 per cento in Friuli Venezia Giulia), nel Mezzogiorno il tasso oscilla tra il 39,8 per cento della Campania e il 49,9 del

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 236

Tabella 86
Persone che percepiscono indennità di accompagnamento per Regione nel 2012

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Molise. Tali differenze si registrano anche nel tasso dei "giovani anziani" (65-74 anni): il tasso di utenti nel Centro-Nord è tendenzialmente più basso (10-15%) di quello del Sud (13-19%).

Tabella 87
Beneficiari anziani di indennità di accompagnamento. Valori assoluti e percentuali per fascia d'età nel 2013

Fascia d'età	Numero assoluto	Percentuale su totale
65-74 anni	225.326	14,9
75-84 anni	560.723	37,1
85+ anni	725.925	48,0
Totale 65+	**1.511.974**	**100,0**

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

La spesa complessiva per indennità di accompagnamento (tabella 88) era nel 2013 di 13.372 milioni di euro. Di questa cifra 10.140 milioni, il 75,8 per cento, era destinata agli anziani. Tra il 2010 e il 2013 la spesa complessiva è aumentata del 4,8 per cento, mentre quella per gli anziani è aumentata del 5,4.

Tabella 88
Spesa nominale per indennità di accompagnamento per beneficiari totali (tutte le età) e anziani (65+ anni) nel 2010 e 2013

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Inps

Malgrado la spesa sia aumentata, il numero di beneficiari dell'indennità è diminuito (tabella 89). Confrontando i dati Istat dei beneficiari dell'indennità nelle Regioni tra il 2010 e il 2013 si registra una contrazione dei valori, con un -0,7 per cento a livello nazionale. Anche in termini assoluti, l'indennità di accompagnamento nel 2013 raggiungeva circa 1.512.000 utenti anziani, con una perdita di ben 19.000 beneficiari dal 2010. Le diminuzioni sono state particolarmente significative in Umbria (-2,8%) e Campania (-1,6%), mentre quasi la metà delle Regioni ha contrazioni inferiori all'1 per cento (Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 238

Tabella 89
Beneficiari anziani di indennità di accompagnamento (percentuali su popolazione 65+ anni) nel 2010 e 2013

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

Fonte: elaborazione Auser su dati Istat

3.11.5. Le risorse per l'adeguamento abitativo

Come si è più volte sottolineato la qualità delle abitazioni degli anziani è estremamente importante in caso di non autosufficienza. Di questo ne sono ben consapevoli le famiglie direttamente interessate dal problema.

Nel periodo 2005-2014, grazie alla politica degli incentivi fiscali per le ristrutturazioni[117] sono stati effettuati complessivamente 17,1 milioni di interventi per il recupero del patrimonio edilizio, con un ammontare di spesa totale pari a 94,3 miliardi di euro circa e una spesa media per opera pari a 5.500 euro. Tuttavia non è dato sapere quanti di questi interventi sono stati realizzati per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Gli immobili su cui sono stati effettuati interventi di ristrutturazione sono 719.800 e la spesa media maggiore (10.600 euro) è sostenuta per gli immobili situati nei piccolissimi Comuni (fino a 5.000 abitanti).

Riguardo al genere, i contribuenti di genere maschile che hanno dichiarato lavori di ristrutturazione sono 4,4 milioni, mentre le donne solo 3,2 milioni. La spesa media è di 13.200 euro per gli uomini e 11.300 euro per le donne, mentre le detrazioni medie sono pari a 578 euro per gli uomini e 492 euro per le donne.

Dal 2008 al 2014 sono stati effettuati 2,7 milioni di interventi di riqualificazione energetica, per una spesa totale pari a 19,3 miliardi di euro e una spesa media di 7.200 euro.

Il 61,7 per cento dei soggetti che richiedono una detrazione è di sesso maschile e spende in media 11.400 euro, contro i 9.200 euro di spesa dei contribuenti di genere femminile. Per entrambe le tipologie di bonus, la distribuzione per classi di età evidenzia che il numero massimo di lavori è sostenuto da contribuenti con più di 60 anni.

Indubbiamente il sistema delle detrazioni fiscali è da sostenere, tuttavia il quesito che si pone è come venire incontro a coloro che non possono beneficiare delle detrazioni, e cioè a quanti non hanno redditi adeguati a sostenere le ristrutturazioni pur essendo proprietari dell'abitazione in cui abitano.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 240

Note

45 L'Ocse ha pubblicato lo studio *Ageing: debate the issues* dedicato all'analisi di molte delle tematiche attinenti l'invecchiamento. Secondo lo studio, il modello di assistenza sanitaria prevalente al giorno d'oggi non ha tenuto conto delle variazioni epidemiologiche e delle reali necessità assistenziali della popolazione. Il principale obiettivo a tutt'oggi rimane quello di costruire nuovi ospedali e migliorare sempre più i servizi per gli acuti. L'invecchiamento della popolazione richiede invece di spostare il baricentro dalla cura di pochi episodi acuti alla moltitudine delle necessità dei cronici, con un ruolo importante della medicina di famiglia e della *continuity of care*. I sistemi sanitari, invece, ancora faticano a trovare risposte per gestire la pluricronicità, in particolare su come organizzare l'assistenza, quali parametri per misurarla, come garantire che i professionisti che se ne occupano abbiano le adeguate competenze.

46 L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni unite è un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 paesi membri. Essa ingloba 17 obiettivi per lo sviluppo sostenibile (*sustainable development goals*, SDGs) in un grande programma d'azione per un totale di 169 target o traguardi. L'avvio ufficiale degli obiettivi per lo sviluppo sostenibile ha coinciso con l'inizio del 2016, guidando il mondo sulla strada da percorrere nell'arco dei prossimi quindici anni: i paesi, infatti, si sono impegnati a raggiungerli entro il 2030.

47 Il dato è stato verificato nel 2007 dall'università della North Carolina e dall'università della Georgia.

48 Claudio Falasca, *Il dialogo sociale carta vincente per la sostenibilità urbana*, newsletter di *Nuovi lavori*, marzo 2016.

49 Il rapporto dell'Ocse affronta la necessità di una nuova agenda di riforme che non solo aiuterebbe a compensare i potenziali effetti negativi dell'invecchiamento della popolazione sui bilanci pubblici, ma promuoverebbe l'impegno dei lavoratori più anziani. In sostanza il programma di riforma è inteso a convertire il processo di invecchiamento della popolazione e della forza lavoro in un'opportunità per la società e gli stessi lavoratori anziani.

50 L'edizione 2014 del rapporto Ocse *Pensions Outlook* esamina il panorama delle pensioni in continua evoluzione in rapporto al progressivo invecchiamento della popolazione. Valuta la riforma delle pensioni, il ruolo delle pensioni private e il risparmio pensionistico.

51 Ocse, *Roadmap for the Good Design of DC Pension Plans*. La tabella di marcia è stata approvata dal gruppo di lavoro dell'Ocse sulle pensioni private nel giugno 2012.

52 Ocse, *Mortality Assumptions and Longevity Risk*, 2014. Lo studio esamina le tabelle di mortalità comunemente utilizzate dai fondi pensione e dai fornitori di rendite rispetto a diversi modelli di proiezione della mortalità allo scopo di valutare il potenziale deficit delle riserve. La parte finale della pubblicazione identifica le migliori pratiche e discute la gestione del rischio di longevità, proponendo una serie di opzioni politiche per incoraggiare e facilitare la gestione del rischio di longevità.

53 Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni unite.

54 Istat, *Popolazione e famiglie*, Sistema informativo ≠anziani.

55 Istat, *Le previsioni demografiche del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065*, 2017.

56 Il concetto di limitazione funzionale deriva da quello di salute funzionale di cui alla classificazione internazionale Icidh (*International classification of impairments, disabilities and handicaps*). Secondo questo approccio i gradi di limitazione funzionale sono i diversi momenti di un continuum di salute che va dal massimo benessere alla totale non autosufficienza.

57 Teresa Rubino, Lanfranco Lunghi, Enzo Mario Ricci (Ivass), *Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia,* Quaderno Isvap, n. 11, 2001.

58 "Le probabilità di disabilità" sono i rapporti (a parità di età e sesso) fra il numero dei disabili e il numero corrispondente della popolazione generale.

59 Istat, *Condizioni di salute, condizioni di rischio e prevenzione*, 2014.

60 L'Istat si riferisce a persone con limitazioni funzionali e non più a persone con disabilità, allineandosi con l'approccio dell'Organizzazione mondiale della sanità (*World health organization, Who)* e la sua *International classification of functioning, disability and health (Icf*) che concepiscono la disabilità come il risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali personali e ambientali. Nello specifico, l'Istat definisce le persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà in alcune specifiche dimensioni: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (*activities of daily living, Adl*); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

61 Sara Della Bella, Mario Lucchini, *Ripensare le politiche per la non autosufficienza,* Il Mulino, 2015.

62 Le Adl (*activities of daily living*) servono a valutare le normali attività che identificano lo stato funzionale dell'anziano ai fini del bisogno di aiuto per camminare, alzarsi dal letto e coricarsi, fare il bagno, vestirsi, mangiare, espletare le normali funzioni fisiologiche. Per il calcolo dell'indice Adl si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da zero (completa dipendenza) a sei (indipendenza in tutte le funzioni). Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, assistenza completa) nella classificazione dicotomica "dipendente/indipendente".

63 Le Iadl (*instrumental activities of daily living*) valutate nel tempo rappresentano uno strumento indicativo di declino funzionale e mentale legato all'età o a patologie associate all'invecchiamento; la compromissione delle funzioni esecutive, in particolare, contribuisce alla riduzione della capacità a svolgere le attività strumentali della vita quotidiana; queste attività consentono vita autonoma nella comunità e rappresentano un riferimento anche per stabilire di quali servizi necessita il paziente anziano per rimanere autonomo.

64 Istat, www.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie.

65 Istat, *Uso del tempo*, 2013-2014. L' indagine costituisce un importante strumento di osservazione su come le persone organizzano la propria giornata e sulle relazioni tra i tempi quotidiani dei vari componenti della famiglia.

66 Istat, *La conciliazione tra lavoro e famiglia,* 2011.

67 L'*Oldest support ratio (Osr)* è uno degli indicatori adottato dalle Nazioni unite per lo studio dell'invecchiamento.

68 Ocse, *Pensions at a Glance 2013.* Il rapporto esamina l'impatto distributivo delle recenti riforme pensionistiche e analizza come l'alloggio, la ricchezza finanziaria e i servizi pubblici possano influenzare gli standard di vita nella vecchiaia.

69 Ocse, *Pensions Outlook 2014*. Il rapporto esamina la riforma delle pensioni, il ruolo delle pensioni private e il risparmio pensionistico. L'invecchiamento della popolazione e il rischio di longevità sono esaminati per analizzare i mezzi per aumentare la copertura previdenziale.

70 La riforma delle pensioni Monti-Fornero, introdotta dall'articolo 24 del Dl 6 dicembre 2011,

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 242

costituisce il più recente intervento di grande portata in materia pensionistica in Italia. Dopo un'introduzione generale che enuncia i principali obiettivi della riforma, definisce i nuovi requisiti richiesti per accedere alla pensione di vecchiaia adeguando l'età pensionabile alle prospettive di vita della popolazione e all'abolizione del meccanismo delle finestre mobili.

71 Inps, *XVI rapporto annuale,* 2017.

72 Istat, *Condizioni di vita dei pensionati 2015-2016.* Il focus propone la lettura integrata delle condizioni di vita dei pensionati basata su diverse fonti informative: casellario centrale dei pensionati, indagine campionaria su reddito e condizioni di vita delle famiglie e rilevazione sulle forze di lavoro.

73 Istat, *Sistema informativo ≠anziani.*

74 Istat, *Report sulla povertà in Italia nel 2016.* Le stime del report si riferiscono a due distinte misure della povertà: assoluta e relativa, elaborate con due diverse definizioni e metodologie, sulla base dei dati dell'indagine sulle spese per consumi delle famiglie.

75 La ricerca, realizzata in collaborazione con la fondazione Generali, si propone come un viaggio nell'universo della longevità e della non autosufficienza nel nostro paese. Il quadro dei fenomeni analizzati vuole portare il confronto pubblico su soluzioni praticabili per un'assistenza di qualità alle persone longeve fragili o non autosufficienti, partendo da concrete esperienze di eccellenza esistenti in Italia. Particolare attenzione viene data alla sostenibilità finanziaria del *care* e alle opportunità che un diverso welfare potrebbe creare per la crescita.

76 Censis, *Rapporto annuale sulla situazione sociale del paese,* capitolo *L'emergenza permanente della non autosufficienza,* 2017.

77 Il tasso di attività indica il rapporto percentuale tra le persone appartenenti alle forze di lavoro in una determinata classe di età (nel nostro caso 15-34 anni) e la popolazione residente totale di quella determinata classe di età.

78 Complementare al tasso di attività è il tasso di inattività che indica la percentuale di inattivi sul totale della popolazione di riferimento: residenti tra 15 e 34 anni.

79 Il tasso di occupazione indica il rapporto percentuale tra gli occupati di una determinata classe di età (nel nostro caso 15-34 anni) e la popolazione residente totale della stessa classe di età.

80 Il tasso di disoccupazione indica il rapporto percentuale tra i disoccupati di una determinata classe di età (nel nostro caso 15-34 anni) e l'insieme di occupati e disoccupati (forza lavoro) della stessa classe di età.

81 Il tasso di mancata partecipazione indica il rapporto percentuale tra le persone in cerca di occupazione più gli inattivi subito disponibili a lavorare (parte delle forze di lavoro potenziali) e le corrispondenti forze di lavoro più gli inattivi subito disponibili a lavorare.

82 Neet (*not in education, employment or training*) indicano i giovani tra i 15 e i 34 anni che non lavorano e che non sono più inseriti in un percorso di studio.

83 Il rapporto McKinsey (McKinsey Global Institute) indica il nostro paese come la maglia nera dell'Occidente industrializzato. L'istituto di ricerca mette in evidenza nel suo rapporto 2016 dal titolo *Poorer than their parents*, l'impoverimento di tutta la popolazione occidentale di questi ultimi dieci anni, ma assegna all'Italia il record negativo in assoluto.

84 La XIX indagine, presentata al convegno "Università e skill nella seconda fase della globalizzazione" tenutosi all'università di Parma il 16 maggio 2017, ha coinvolto oltre 270.000 laureati che hanno concluso gli studi nel 2016 in uno dei 71 atenei presenti da almeno un anno in Alma Laurea.

85 Dall'indagine emerge che, malgrado i costanti miglioramenti del tenore di vita nell'Ue, i giovani non beneficiano di questa evoluzione positiva tanto quanto le generazioni precedenti. A ciò va aggiunto che la quota di reddito da lavoro delle fasce più giovani della popolazione si è ridotta nel tempo. Queste problematiche influiscono sulle decisioni dei giovani relative al nucleo familiare, come l'avere figli o acquistare una casa; ciò può a sua volta ripercuotersi negativamente sui tassi di fecondità e di conseguenza sulla sostenibilità dei sistemi pensionistici e sulla crescita.

86 La legge 8 agosto 1995, n. 335, "Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare", detta spesso riforma Dini, dal nome del presidente del Consiglio dei ministri, Lamberto Dini, che ne fu il promotore, è una legge ordinaria della Repubblica italiana che riformò il sistema pensionistico pubblico e privato in Italia.

87 Il servizio di assistenza domiciliare (Sad) indica quel complesso di servizi socioassistenziali erogati dai Comuni nel proprio territorio a favore della popolazione anziana. Si esplica in un complesso di prestazioni integrate di carattere socioassistenziale erogate al domicilio di ogni anziano che si trovi in condizioni di temporanea o permanente necessità di aiuto per la gestione della propria persona, per il governo della casa e per la conservazione della propria autonomia nel contesto sociale, familiare e abitativo in cui vive.

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

89 Italia Longeva, *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come la si fa*, 2017.

90 Network non autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 6° rapporto, 2017.

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

92 Censis, *L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti*, 2015.

93 Legge 30 luglio 2002, n. 189, nota come legge Bossi-Fini, di modifica del Testo unico delle disposizioni circa la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, ovvero il decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, al fine di regolamentare le politiche sull'immigrazione e sostituire la norma precedente, la legge Turco-Napolitano, confluita poi nella legge del 2002.

94 Inps, *Osservatorio sui lavoratori domestici*, 2015.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 244

95 Fondazioni Censis e Ismu, *Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera*, 2013.

96 Fondazione Leone Moressa e Domina (Associazione nazionale famiglie datori di lavoro domestico), *Il valore del lavoro domestico*, 2017. Il quadro che emerge dalla ricerca conferma come negli ultimi anni il lavoro domestico in Italia e in Europa abbia acquisito sempre maggior rilevanza, facendo fronte all'invecchiamento demografico, da un lato, e alla crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, dall'altro. Considerando il progressivo calo della spesa pubblica per la famiglia e l'assistenza, le famiglie si trovano a essere il fulcro del sistema nazionale di welfare, con più responsabilità che benefici.

97 Dall'indagine Censis *Modelli di risposta top standard ai bisogni di tutela delle persone non autosufficienti*, 2015.

98 Abitare e Anziani (AeA), *Secondo rapporto sulla condizione abitativa degli anziani che abitano in case di proprietà - 2015*. Il rapporto sviluppa la sua analisi sulla condizione abitativa degli anziani muovendo dalla consapevolezza che "la casa" nella sua "semplicità", è il luogo privilegiato dove, più che in ogni altro, è possibile misurare criticità, istanze e aspirazioni evolutive dell'invecchiamento attivo.

99 Istat - Sistema informativo ≠anziani, *Condizioni socioeconomiche – Condizioni abitative e problemi di zona.*

100 Nazioni unite, *Agenda per lo sviluppo sostenibile 2030. 11° Goal.*

101 Organizzazione mondiale della sanità, *Global Age-friendly Cities. A Guide*, 2007.

102 City4Age, *Elderly-friendly city services for active and healthy ageing* è un progetto cofinanziato dalla Commissione europea nell'ambito del programma Horizon 2020 (Grant Agreement number 689731) che si propone di rilevare e monitorare diverse tipologie di dati offerti dalle *smart cities* per individuare l'insorgenza di fragilità e lievi disturbi cognitivi nella popolazione anziana.

103 *Piccolo (e fuori dal) comune. I piccoli comuni,* studio realizzato da Sandro Polci (responsabile dello studio, partner Cresme Consulting) con Roberto Gambassi, presentato a Roma in occasione del convegno "La modernità dei piccoli comuni", organizzato da Legambiente e dall'Anci per fare il punto sulle realtà minori, lanciare proposte per il loro popolamento e un'efficace rivitalizzazione, illustrare le buone pratiche messe in atto da molti di questi centri.

104 La strategia nazionale per le aree interne si colloca nell'ambito della politica regionale di coesione per il ciclo 2014-2020. La strategia è stata avviata, a partire dal 2012, dall'allora Ministro per la coesione che, con il supporto di un comitato tecnico aree interne allo scopo costituito e dopo una fase di interlocuzione con i rappresentanti delle diverse Regioni, approdò alla redazione del documento confluito nell'accordo di partenariato.

105 Abitare e Anziani (AeA), *Standard urbanistici ed edilizi per l'invecchiamento attivo*, Roma, 2018.

106 Dm 2 aprile 1968, n. 1444, "Limiti inderogabili di densità edilizia, di altezza, di distanza fra i fabbricati e rapporti massimi tra spazi destinati agli insediamenti residenziali e produttivi e spazi pubblici o riservati alle attività collettive, al verde pubblico o a parcheggi da osservare ai fini della formazione dei nuovi strumenti urbanistici o della revisione di quelli esistenti, ai sensi dell'articolo 17 della legge 6 agosto 1967, n. 765".

107 Decreto Ministero dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236, "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche".

108 Network nazionale per l'invecchiamento, *Quinto rapporto - L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia,* 2015.

109 Ocse, *Ageing: debate the issues,* 2015.

110 Istat, *Previsioni demografiche – Nota informativa 20080619,* 2008.

111 Mbs Consulting, *Osservatorio welfare familiare,* 2017.

112 L'ausiliario socioassistenziale (Asa) è una figura professionale in grado di affrontare e svolgere interventi di assistenza, cura, igiene, per una molteplicità di utenti in condizioni di bisogno e in situazioni di marginalità sociale e culturale.

113 Ragioneria generale dello Stato, *Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario,* rapporto n. 17, 2016.

114 Il Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps) è stato previsto inizialmente dalla legge 449/1997 e ridefinito dalla legge 328/2000, ed è la fonte nazionale di finanziamento specifico degli interventi di assistenza alle persone e alle famiglie, così come previsto dalla legge quadro di riforma dell'assistenza (la legge 328/2000, appunto). Il Fondo sociale va a finanziare un sistema articolato di piani sociali regionali e piani sociali di zona che descrivono, per ciascun territorio, una rete integrata di servizi alla persona rivolti all'inclusione dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita.

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

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

117 Ministero economia e finanze - Agenzia delle entrate, *Gli immobili in Italia*, 2017.

4. Le prospettive della domiciliarità

4.1. Verso il Piano nazionale per la non autosufficienza

Prospettiva n. 1 - Inserire il welfare domiciliare nel quadro più complessivo dell'adeguatezza del sistema dei servizi di prossimità e della qualità delle condizioni in cui vivono le persone anziane e meno anziane a partire dalla qualità delle loro abitazioni: in altri termini quelle condizioni che consentono la realizzazione di un welfare di comunità condiviso e partecipato.

4.1.1. Una maggiore consapevolezza

L'analisi fin qui svolta ha messo in luce i numerosi problemi che limitano l'efficacia del fondamentale pilastro della domiciliarità nel quadro del più complessivo sistema italiano di Ltc.

Ricapitolando i problemi più critici con cui fare i conti sono:

- le dinamiche demografiche del paese, ai fini della valutazione dell'adeguatezza di un servizio di domiciliarità da corrispondere nel futuro al crescente numero di anziani;
- il progressivo aumento di persone anziane con limitazioni funzionali come conseguenza del passare degli anni;
- le difficoltà delle famiglie di far fronte, così come hanno fatto nel passato e ancora oggi, alla crescente domanda di assistenza tenuto conto delle sue profonde trasformazioni, passate e in corso, che ne stanno mutando profondamente i caratteri;
- l'impossibilità di assicurare il necessario numero di *caregiver* per l'assistenza agli anziani tenuto conto che il lavoro di cura fino a oggi garantito in ambito familiare subirà un drastico ridimensionamento;

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 248

- le scarse risorse di cui gli anziani dispongono per far fronte alle necessità della non autosufficienza e la loro esposizione al rischio impoverimento in assenza di misure di sostegno;
- la precarizzazione del mercato del lavoro che molto difficilmente consentirà ai futuri pensionati di godere di prestazioni previdenziali adeguate a far fronte al rischio non autosufficienza;
- l'inadeguatezza di quell'insieme di servizi pubblici che dovrebbero garantire efficienza ed efficacia della domiciliarità;
- la scarsa qualità del lavoro di cura informale su cui tante famiglie fanno affidamento;
- l'inadeguatezza della qualità delle abitazioni degli anziani che molto spesso sono di ostacolo alla cura delle loro condizioni;
- la scarsa qualità dei contesti di quartiere mediamente privi di fondamentali servizi di prossimità per la non autosufficienza e non solo;
- la scarsità delle risorse che dovrebbero garantire l'intervento pubblico nella *long term care* e il sostegno al reddito delle famiglie con non autosufficienti.

Volendo dare delle possibili e credibili indicazioni a questo insieme di criticità, cosa che tenteremo di fare nei paragrafi che seguono, si impone l'esigenza di prendere in considerazione nuovi altri possibili percorsi per mantenere il più possibile nelle loro case le persone anziane soggette a limitazioni funzionali.

Questo oggi è reso possibile grazie all'elaborazione e all'azione che da alcuni anni vedono impegnate numerose organizzazione sindacali, di volontariato e di promozione sociale. Grazie al lavoro di queste organizzazioni sta mutando l'approccio "culturale" di fondo all'idea di domiciliarità in quanto, superando l'idea angusta di "prestazione sociale e sanitaria" sempre più si tende a considerarla come il prodotto di un sistema a rete, fondato sull'intreccio di politiche diverse e inclusive e sulla responsabilità partecipe della comunità locale, che accoglie l'anziano e accompagna chi lo aiuta.

Sta maturando, in altre parole, la consapevolezza che né le varie unità d'offerta sociosanitarie né le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nella loro casa in quanto luogo primario di vita e relazioni. Modalità nuove e più efficaci per supportare la domiciliarità, quindi, non possono limitarsi né ai servizi domiciliari né, tantomeno, a una mera esternalizzazione del servizio di cura (le badanti), ma devono esplorare prospettive più ampie.

Da qui discende la necessità di inquadrare il welfare domiciliare nel quadro più complessivo della qualità delle condizioni in cui vivono le persone a partire dalla qualità del loro ambiente di vita, che motiva il senso stesso della domiciliarità e dell'adeguatezza del sistema dei servizi di vicinato: in altri termini quelle condizioni che consentono la realizzazione di un welfare di comunità condiviso e partecipato.

4.1.2. Un primo passo nella giusta direzione

Il comma 6c dell'articolo 21 del decreto legislativo15 settembre 2017, n. 147 «Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà» introduce una novità molto importante a condizione, ovviamente, che non diventi un mero piano di ripartizione delle risorse e che venga, invece, colto come l'occasione per una riflessione complessiva.

Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147
"Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"

Articolo 21 - Rete della protezione e dell'inclusione sociale

1. Al fine di favorire una maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni e di definire linee guida per gli interventi, è istituita, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, di seguito denominata Rete, quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla legge n. 328 del 2000.

2. La Rete è presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali e ne fanno parte, oltre a un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero della salute, del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e del dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri:

a) un componente per ciascuna delle Giunte regionali e delle Province autonome, designato dal presidente;

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 250

b) venti componenti designati dall'Associazione nazionale dei Comuni d'Italia (Anci), in rappresentanza dei Comuni e degli ambiti territoriali. Fra i venti componenti, cinque sono individuati in rappresentanza dei Comuni capoluogo delle città metropolitane di cui all'articolo 1, comma 5, della legge 7 aprile 2014, n. 56, e cinque in rappresentanza di Comuni il cui territorio sia coincidente con quello del relativo ambito territoriale.

3. Alle riunioni della Rete partecipa, in qualità di invitato permanente, un rappresentante dell'Inps e possono essere invitati altri membri del governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

4. La Rete consulta le parti sociali e gli organismi rappresentativi del terzo settore periodicamente e, comunque, almeno una volta l'anno nonché in occasione dell'adozione dei piani di cui al comma 6 e delle linee di indirizzo di cui al comma 8. Al fine di formulare analisi e proposte per la definizione dei medesimi piani e delle linee di indirizzo, la Rete può costituire gruppi di lavoro con la partecipazione dei soggetti di cui al presente comma.

5. Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, la Rete si articola in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione dei soggetti di cui al comma 4, avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a princìpi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali. Gli atti che disciplinano la costituzione e il funzionamento della Rete a livello territoriale sono comunicati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

6. La Rete è responsabile dell'elaborazione dei seguenti piani:

a) un Piano sociale nazionale, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'articolo 20 della legge n. 328 del 2000;
b) un Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse della quota del Fondo povertà di cui all'articolo 7, comma 2;
c) un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

7. I piani di cui al comma 6, di natura triennale con eventuali aggiornamenti annuali, individuano lo sviluppo degli interventi a valere sulle risorse dei fondi cui si riferiscono nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale. A tal fine, i piani individuano le priorità di finanziamento, l'articolazione delle risorse dei fondi tra le diverse linee di intervento, nonché i flussi informativi e gli indicatori finalizzati a specificare le politiche finanziate e a determinare eventuali target quantitativi di riferimento. Su proposta della Rete, i piani sono adottati nelle medesime modalità con le quali i fondi cui si riferiscono sono ripartiti alle Regioni.

8. La Rete elabora linee di indirizzo negli specifici campi d'intervento delle politiche afferenti al sistema degli interventi e dei servizi sociali. Le linee di indirizzo si affiancano ai piani di cui al comma 6 e costituiscono strumenti operativi che orientano le pratiche dei servizi territoriali, a partire dalla condivisione delle esperienze, dei metodi e degli strumenti di lavoro, al fine di assicurare maggiore omogeneità nell'erogazione delle prestazioni. Su proposta della Rete, le linee di indirizzo sono adottate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentite le altre amministrazioni per i profili di competenza e previa intesa in sede di Conferenza unificata.

9. Ferme restando le competenze della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997, la Rete può formulare proposte e pareri in merito ad atti che producono effetti sul sistema degli interventi e dei servizi sociali. La Rete esprime, in particolare, il proprio parere sul Piano nazionale per la lotta alla povertà, prima dell'iscrizione all'ordine del giorno per la prevista intesa.

10. Le riunioni della Rete sono convocate dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali. Le modalità di funzionamento sono stabilite con regolamento interno, approvato dalla maggioranza dei componenti.

La segreteria tecnica della Rete e il coordinamento dei gruppi di lavoro di cui al comma 4 sono assicurate dalla direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale. Dalla costituzione della Rete e dalla sua articolazione in tavoli regionali e territoriali non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Per la partecipazione ai lavori della Rete, anche a livello regionale e territoriale, non spetta alcun compenso, indennità, gettone di presenza, rimborso spese o altro emolumento comunque denominato.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 252

4.1.3. Non si parte da zero

Al riguardo non si parte da zero perché, oltre alle numerose elaborazioni nazionali e internazionali già richiamate, anche le organizzazioni sindacali confederali e dei pensionati da tempo dedicano una grande attenzione al problema della non autosufficienza.

Si ricorda, in particolare, l'iniziativa promossa nel 2005 con la raccolta di firme per la presentazione di una *Proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza*[118] che si configurava, nei fatti, come un vero piano per la non autosufficienza. Tant'è che nella relazione illustrativa della proposta di legge si fa esplicito riferimento alla necessità di un "modello" completo di intervento per la non autosufficienza. In essa, infatti, si prende in considerazione contestualmente una molteplicità di aspetti.

Fra questi debbono senz'altro essere evidenziati:

- i diritti dei beneficiari e la loro concreta esigibilità, assicurata con l'attuazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza in tutto il territorio nazionale;
- i compiti degli attori che devono offrire i servizi previsti dai livelli essenziali. Le responsabilità non attengono solo alle pur rilevanti modalità di regolazione, di verifica e di controllo pubblico del sistema dei servizi, ma sono altresì riferite: allo sviluppo della capacità produttiva nel campo dei servizi alla persona; all'avvio di processi per l'emersione del lavoro sommerso e allo sviluppo delle imprese sociali; alle misure per riconoscere il lavoro informale delle famiglie;
- le fonti di finanziamento per sostenere, nel tempo, l'intera gamma dei servizi previsti.

Si afferma, inoltre, che il Piano nazionale per la non autosufficienza ha il compito di articolare, sulla base delle indicazioni sancite in legge, la definizione delle caratteristiche e dei requisiti delle prestazioni sociali per la non autosufficienza da garantire con i livelli essenziali in tutto il territorio nazionale, nonché i parametri e gli indicatori qualitativi e quantitativi per la verifica della loro attuazione in rapporto ai finanziamenti erogati.

Testo della proposta di legge sulla non autosufficienza promossa dai sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil - 2005

Articolo 1 (Finalità)

1. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, e nel rispetto degli articoli 117 e 119 della Costituzione, la presente legge, al fine di incrementare il sistema di prevenzione, contrasto e riabilitazione dei processi di non autosufficienza e per il sostegno e il benessere delle persone non autosufficienti e delle rispettive famiglie, determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da erogarsi nei casi di non autosufficienza, definisce i princìpi per la loro garanzia attraverso il Piano per la non autosufficienza, istituisce il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

2. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi di cui alla presente legge i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali e con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea e i loro familiari, nonché gli stranieri individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico approvato con decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

Articolo 2 (Definizione di non autosufficienza e piano individualizzato per la non autosufficienza)

1. Sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e dell'Ics e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

2. La valutazione multidimensionale è effettuata nell'ambito del distretto da apposite unità pluriprofessionali appartenenti ai servizi sociosanitari, composte da medici specialisti nelle discipline cliniche oggetto della disabilità, da personale sanitario dell'area infermieristica e della riabilitazione e da assistenti sociali designati dai Comuni, nonché dal medico di medicina generale della persona da valutare.

3. Per la valutazione della non autosufficienza le unità di cui al precedente comma si avvalgono di strumenti e metodologie validati e uni-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 254

formi su tutto il territorio nazionale e idonei alla misurazione del grado di autonomia funzionale, quale risultante delle condizioni organiche delle patologie cronico-degenerative e di comorbilità e dei loro esiti, delle condizioni psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali ai fini dello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana, della cura di sé e dell'uso degli strumenti e mezzi di comunicazione.

4. Le fasce della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali differenziate sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità:

- incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;
- incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi e al governo della casa;
- incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana, alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e instabilità clinica.

5. A favore della persona non autosufficiente viene predisposto dall'unità pluriprofessionale un piano individualizzato di assistenza (Pia) che stabilisce le prestazioni di cura, di riabilitazione, di assistenza personale, di aiuto nel governo della casa e, qualora necessarie, misure di sostegno al reddito personale. Nella redazione del Pia sono coinvolti i familiari e, qualora richiesto dall'interessato, un esperto indicato dalle organizzazioni sindacali o dagli organismi di tutela dei cittadini. La realizzazione del Pia è monitorata da un operatore del servizio con funzioni di responsabile del caso, che interagisce con la persona assistita, i suoi familiari e le risorse ambientali, al fine di valorizzare e utilizzare tutte le risorse idonee a migliorare le condizioni delle persone non autosufficienti.

6. I criteri e le modalità di attuazione del presente articolo sono disciplinate e periodicamente aggiornate nell'ambito del Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5.

Articolo 3 (Livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali e diritti esigibili)

1. I livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali per le persone non autosufficienti (Lesna) che devono essere parte integrante dei livelli essenziali sociali da definire ai sensi degli articoli 18, comma 3,

e 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328, e i relativi parametri sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza e sono a carico del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

2. I Lesna garantiscono su tutto il territorio nazionale l'esigibilità dei seguenti diritti:

a) informazione e consulenza sulla rete di prestazioni offerte per la non autosufficienza e accesso unificato ai servizi sociosanitari, nonché misure di pronto intervento;
b) valutazione multidimensionale individuale;
c) piano individualizzato di assistenza (Pia) e accompagnamento nel percorso assistenziale stabilito;
d) prestazioni integrate (domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ricovero di sollievo) nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale, familiare e sociale.

3. Per assicurare in ambito sociale gli interventi di cui al comma 2, sono definiti i seguenti livelli essenziali delle prestazioni:

a) assistenza tutelare alla persona a carattere domiciliare;
b) aiuto domestico familiare, ivi compreso quello a sostegno delle cure prestate dai familiari;
c) assistenza economica;
d) adeguamento e miglioramento delle condizioni abitative ai fini di una miglior fruizione dell'abitazione;
e) sostegno alla mobilità.

4. Le prestazioni garantite dai Lesna non sono sostitutive di quelle sanitarie, si integrano con le stesse e in particolare con quelle indicate nell'allegato c) del decreto del presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni e integrazioni, e concorrono alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata sociosanitaria, ai sensi del decreto del presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 e successive modificazioni e integrazioni. I livelli essenziali sanitari e sociosanitari, erogati con continuità temporale e senza restrizioni per le persone non autosufficienti, si integrano con le prestazioni garantite dai Lesna. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 2, comma 6, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come sostituito dall'articolo 2 del decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

5. Le Regioni possono stabilire ulteriori e più elevati livelli essenziali, assumendosene l'onere finanziario.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 256

Articolo 4 (Coordinamento delle misure economiche erogate dallo Stato nei Lesna)

1. Per le persone riconosciute non autosufficienti ai sensi della presente legge, nei livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza (Lesna), si affiancano e si coordinano anche le misure di carattere economico erogate dallo Stato alle persone con invalidità, sordomutismo e cecità, di cui alle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, 11 febbraio 1980, n. 18, e ai decreti legislativi 21 novembre 1988, n. 508, e 23 novembre 1988, n. 509. Fatti salvi i benefici in atto e i diritti maturati fino all'entrata in vigore del piano di cui all'articolo 5, la concessione delle prestazioni economiche di cui al comma 1, a decorrere dalla data dallo stesso prevista, è effettuata all'interno della valutazione delle condizioni psicofisiche del richiedente, con le modalità indicate all'articolo 2.

2. Le prestazioni economiche di cui al presente articolo sono erogate anche nel caso in cui la persona non autosufficiente sia ospitata in strutture semiresidenziali e residenziali non riabilitative, prevedendo l'utilizzo degli emolumenti economici percepiti, come concorso ai costi della tariffa alberghiera, ferma restando l'attribuzione alla persona non autosufficiente di una somma non inferiore al 25 per cento dell'assegno sociale di cui all'articolo 3 della legge 8 agosto 1995, n. 335, e successive modificazioni e integrazioni.

Articolo 5 (Piano nazionale per la non autosufficienza)

1. La definizione, le caratteristiche e i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei Lesna, le priorità di intervento, le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi per la non autosufficienza, gli indicatori e i parametri per la verifica della realizzazione dei livelli essenziali e della utilizzazione delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza approvato con le procedure di cui all'articolo 18 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

2. Il primo piano è approvato entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Il sistema informativo dei servizi sociali di cui all'articolo 21 della legge 8 novembre 2000, n. 328, integrato con i dati del servizio informativo sanitario e della spesa sociale degli enti locali per la non autosufficienza, provvede al monitoraggio annuale dello Stato dell'erogazione dei Lesna, del loro grado di efficienza ed efficacia, dei risultati conseguiti anche rispetto al contenimento della spesa ospedaliera impropria secondo le modalità e i criteri del monitoraggio stabiliti con il piano nazionale di cui al presente articolo.

4. Le iniziative collegate all'affermazione di nuovi stili di vita, volti a rallentare il decadimento psichico e fisico e a mantenere attivi interessi culturali e mobilità nelle persone non autosufficienti, sono promossi sulla base di programmi nazionali e regionali d'intesa con le organizzazioni sociali e di tutela dei cittadini.

Articolo 6 (Soggetti erogatori)

1. Ai livelli essenziali provvedono i Comuni e il servizio sanitario, in forma diretta o accreditata, secondo le rispettive competenze, come disciplinate dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie»; alle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettera c), provvede lo Stato. Nelle forme di accreditamento è riservato un ruolo primario alle organizzazioni di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

2. I livelli essenziali di cui all'articolo 3, comma 2, lettera d), ove sia carente l'offerta dei servizi da parte dei soggetti di cui al precedente comma, possono essere erogati anche secondo le indicazioni previste dell'articolo 17 della legge 8 novembre 2000, n. 328. L'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettere a), b), d), può avvenire anche attraverso persone singole, in possesso di adeguata qualificazione, o comunque disponibili a percorsi formativi di base. I criteri e le modalità di attuazione del presente comma sono stabiliti, nel rispetto delle competenze delle Regioni e delle Province autonome, dal Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5.

Articolo 7 (Esigibilità dei diritti)

1. Le persone non autosufficienti come sopra definite e, per quanto di competenza, le rispettive famiglie, hanno diritto alle prestazioni incluse nei Lesna anche su richiesta della persona interessata o di chi la rappresenta. In caso di inadempimento da parte del competente ente è

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 258

ammesso ricorso in via giurisdizionale. Gli interessati possono essere assistiti in giudizio dagli istituti di patronato, dalle associazioni di promozione sociale e dalle organizzazioni di volontariato.

Articolo 8 (Fondo nazionale per la non autosufficienza)

1. Per l'attuazione della presente legge è istituito, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Fondo nazionale per la non autosufficienza, di seguito denominato "Fondo".

2. Il Fondo persegue, con i criteri previsti dal Piano nazionale per la non autosufficienza, le seguenti finalità in favore delle persone non autosufficienti:

a) attuazione dei livelli essenziali di cui agli articoli 3 e 4;
b) potenziamento dei servizi, delle prestazioni e degli interventi socio-assistenziali;
c) finanziamento dei titoli per la fruizione di prestazioni sociali;
d) sostegno delle famiglie, ivi compresi quello economico e la copertura previdenziale dei familiari addetti all'assistenza della persona non autosufficiente, e riconoscimento del lavoro informale delle famiglie anche attraverso servizi di sollievo e agevolazioni tariffarie;
e) erogazione delle risorse necessarie per il pagamento della quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in strutture residenziali o di ricorso ad altre strutture anche a carattere diurno;
f) assistenza economica, ivi compresa l'erogazione degli assegni e indennità di cui all'articolo 4, comma 1.

3. Alla programmazione ed erogazione dei servizi, prestazioni e interventi di cui al comma precedente provvedono i soggetti titolari in base alle leggi delle rispettive Regioni e Province autonome e alle indicazioni del Piano nazionale per la non autosufficienza e dei rispettivi piani regionali.

4. Restano ferme le competenze del servizio sanitario nazionale e le modalità di finanziamento in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione con continuità temporale e senza restrizioni per le persone individuate come non autosufficienti.

Articolo 9 (Finanziamento del Fondo)

1. Il finanziamento del Fondo nazionale per la non autosufficienza

è a carico dello Stato, che assicura, comunque, la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 3.

2. Al Fondo affluiscono altresì le somme derivanti:

a) dalle risorse destinate all'erogazione ai soggetti beneficiari degli assegni e indennità di cui all'articolo 4, comma 1;
b) dai contributi di solidarietà di cui all'articolo 1, comma 350, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, calcolato ai fini dell'Ire sui redditi di importo superiore a euro 100.000 annui;
c) dall'importo dei premi non riscossi del gioco del lotto e delle lotterie nazionali;
d) dai finanziamenti derivanti da programmi europei;
e) da donazioni di soggetti privati, comprese le fondazioni ex bancarie; su tali donazioni si applicano i benefici fiscali vigenti in favore delle Onlus;
f) dal recupero di entrate conseguenti all'emersione del lavoro irregolare derivante dall'applicazione dell'articolo 6, comma 2;
g) dal recupero dell'evasione fiscale.

3. La ripartizione fra le Regioni delle risorse del Fondo è effettuata, entro il 31 dicembre di ogni anno, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e finanze, di intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, acquisito il parere delle competenti commissioni parlamentari. La ripartizione viene effettuata, secondo i criteri contenuti nel medesimo decreto, sulla base di indicatori riferiti alla percentuale di persone non autosufficienti sulla popolazione di riferimento e degli altri indicatori e criteri previsti ai fini della ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali e tenendo conto della realtà dei territori meno sviluppati e dei risultati del monitoraggio di cui all'articolo 5.

Articolo 10 (Fondi integrativi regionali)

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire fondi regionali e interprovinciali integrativi per la non autosufficienza al fine di integrare le risorse finanziarie disponibili e di erogare prestazioni, interventi e servizi integrativi o ulteriori rispetto a quelli assicurati attraverso il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 260

Va ricordato inoltre che proprio partendo dalla proposta di legge di iniziativa popolare si giunse, con il secondo governo Prodi (2006-2008), alla istituzione del Fondo nazionale per la non autosufficienza e ad avviare in parallelo un disegno di legge delega di iniziativa governativa che ricalcava in larga parte la proposta sindacale. La caduta del governo ne interruppe l'iter e il fondo restò affidato a se stesso alla vigilia della crisi finanziaria.

Anche da ultimo l'iniziativa sindacale sta producendo significativi risultati. In particolare nell'ambito del tavolo per la non autosufficienza, costituito presso il Ministero per le politiche sociali, è stata prodotta una definizione condivisa delle disabilità gravissime valida per l'intero territorio nazionale, ed è stata concordata l'istituzione di una commissione di esperti per definire e classificare le disabilità gravi per tre ordini di fabbisogno assistenziale.

Non sfugge comunque che i dodici anni passati dalla presentazione della proposta di legge di iniziativa popolare non sono stati anni qualunque. L'impianto di fondo di quella proposta, tuttavia, è ancora una base di partenza utile dalla quale le organizzazioni sindacali possono, unitariamente, costruire una nuova proposta verificando quali aggiornamenti produrre per tener conto di ciò che si è fatto nelle diverse realtà regionali in questi anni, in modo da fare una legge che modifichi concretamente la realtà vissuta dai pensionati non autosufficienti e dalle loro famiglie.

Per far questo è necessario, secondo quanto già affermato nella relazione introduttiva di Raffaele Atti all'iniziativa promossa dallo Spi Cgil il 24 ottobre 2017[119], «avere chiarezza e condividere gli obiettivi prioritari da perseguire»:

- fornire a tutte le famiglie e a tutte le persone alle quali si presenta o si preannuncia un problema di non autosufficienza, un punto di riferimento istituzionale certo, che sia in grado di valutare con la persona e/o la famiglia, quali siano le prestazioni e i servizi più idonei e che lo accompagni nel tempo intervenendo tempestivamente nel momento del bisogno al fine di valorizzarne l'autonomia residua per il benessere e il rispetto della dignità della persona. Garantendo allo stesso tempo il permanere della persona nel proprio ambiente di vita e dei rapporti affettivi e sociali;
- fare sì che le prestazioni e i servizi necessari siano effettivi e di qualità adeguata, riducendo le distanze che oggi esistono innanzitutto tra Nord e Sud ma anche dentro le stesse Regioni;

- che i servizi necessari siano accessibili anche dal punto di vista economico, senza che la prospettiva della presenza di una persona non autosufficiente incomba come una minaccia sul futuro delle famiglie, in grado di sconvolgere le traiettorie di vita e di compromettere prospettive lavorative o carriere scolastiche di figli o nipoti, già difficili per conto loro, prospettiva che si aggiunge al dramma che coinvolge comunque le persone direttamente colpite o i familiari posti al confronto con il processo che trasforma le persone care.

Spi, Fnp e Uilp il 21 febbraio 2018 hanno rilanciato il tema approvando negli esecutivi unitari un documento che indica le linee per aggiornare la proposta di legge del 2005.

4.2. Per una domiciliarità che guarda al futuro

Prospettiva n. 2 - L'anzianità non è un mero dato anagrafico: piuttosto è una "costruzione sociale", nella quale convergono idee, sentimenti e valori. La prima cosa da fare, quindi, è mettere in campo un'idea di invecchiamento come un processo che interessa la vita nella sua interezza: di qui la centralità del concetto di "arco di vita", da cui partire per reimpostare una cultura della persona anziana e una politica sociale integrata, in vista di azioni progettuali al cui centro sia la persona, nel suo divenire.

4.2.1. La domiciliarità è un diritto della persona

Nello spirito del progetto del sindacato unitario, continuare a considerare la domiciliarità, così come oggi avviene, come mero servizio o come prestazione è un approccio quanto meno miope.

La domiciliarità va intesa, invece, come quell'insieme di misure, azioni, condizioni che consentono alla persona anziana di vivere più pienamente possibile il proprio ambiente fatto di famiglia e abitazione, ma anche del contesto urbano e comunitario che lo circonda, cioè l'habitat collegato alla sua storia, alla sua esperienza, alla sua cultura, alla sua memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza che lo legano a quei luoghi.

In questo senso la persona anziana deve essere messa in condizioni di poter rivendicare, qualora lo desideri, una sorta di "diritto alla domicilia-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 262

rità", creando le condizioni nel contesto urbano di vita e attivando una rete di risorse e servizi in favore della persona e della famiglia.

È questo lo spirito che deve animare una domiciliarità coerente con una politica a favore dell'invecchiamento attivo incardinata nella *Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine*[120].

Promuovere la domiciliarità comporta, allora, un forte impegno della comunità al fine di attivare concretamente risposte a sostegno dell'invecchiamento attivo con una politica più complessiva.

Di seguito riportiamo alcuni riferimenti a tematiche utili a far maturare una visione complessiva dell'invecchiamento attivo[121] nell'ambito della quale collocare un'idea di domiciliarità rivolta al futuro. Sulla base di queste suggestioni analizzeremo nei paragrafi successivi alcune delle possibili azioni per la loro realizzazione.

4.2.2. La longevità è una risorsa

L'anzianità non è un mero dato anagrafico: piuttosto è una "costruzione sociale", nella quale convergono idee, sentimenti e valori. Ancora prevale, purtroppo, un'idea di longevità legata a un passato in cui la vecchiaia veniva considerata alla stregua di un periodo residuo. Proprio per questo ne viene fuori un'idea fondamentalmente negativa, che non aiuta coloro che invecchiano a riconoscere e vivere attivamente lo scorrere degli anni. La prima cosa da fare è, quindi, mettere in campo un'idea di invecchiamento come un "processo della vita nella sua interezza": di qui la centralità del concetto di "arco della vita", da cui partire per reimpostare una cultura della persona anziana e una politica sociale integrata, in vista di azioni progettuali al cui centro sia la persona, nel suo divenire.

La vita di una persona è stata finora considerata divisa in tre tronconi: infanzia (dipendenza), età adulta (produttività), età avanzata (dipendenza). Secondo gli autori del rapporto Ocse[122], però, non c'è nulla di più lontano dal vero, visto che gli anziani rappresentano spesso una grande risorsa economica, innanzitutto per le loro pensioni, ma anche per le numerose attività che svolgono in ambito familiare, che spesso consentono alle donne di avere un'autonoma attività lavorativa, e in ambito sociale con il loro impegno nel volontariato per il supporto di servizi fondamentali che la loro esperienza consente di svolgere egregiamente.

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

E infatti si comincia a parlare di *silver economy*, tant'è che per esplorare le opportunità economiche offerte dalle attività e dalle esigenze degli adulti più anziani in Europa la Commissione della Ue ha promosso il progetto di ricerca che dovrà fornire informazioni e dati necessari per stabilire un quadro di riferimento per lo sviluppo di una strategia sulla *silver economy*, basato sulle iniziative regionali, nazionali e industriali esistenti in Europa[123].

Come non vedere, d'altra parte, che è la realtà quotidiana a farsi carico di far avanzare un nuovo modo di essere degli anziani in quanto già oggi protagonisti di contributi concreti, sostanziali alla vita delle famiglie e delle comunità, portatori di valori e stili di vita che costituiscono un supporto importante per il progresso sociale, civile ed economico dell'intera comunità nazionale.

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

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

Guardiamo, solo per fare un esempio, al welfare "erogato" dagli anziani così come emerge dalla ricerca del Censis *L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficient*[124]. I nuovi anziani che si prendono cura di altre persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti in modo regolare sono oltre 972.000, mentre 3,7 milioni lo fanno di tanto in tanto; oltre 1,5 milioni di essi dichiarano di contribuire con i propri soldi alla famiglia di figli o nipoti, mentre sono non lontano da 5,5 milioni coloro che lo fanno di tanto in tanto; oltre 3,2 milioni si prendono cura regolarmente dei nipoti e quasi 5,7 milioni lo fanno di tanto in tanto.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 264

A fronte di questi dati come si fa a sostenere che gli anziani sono solo recettori passivi di risorse e servizi di welfare? Di fatto, essi sono tra i grandi protagonisti di una ridistribuzione orizzontale sia a vantaggio di altri anziani che delle altre classi di età. La bilancia del dare e avere tra generazioni deve tenere presenti i rilevanti flussi di reddito che partono dal monte pensioni e arrivano a integrare redditi familiari traballanti e/o a finanziare le spese impreviste e/o gli investimenti relativi all'acquisto della casa e/o alla formazione dei nipoti; deve tenere anche conto del *care* per i nipoti che consente a tante mamme di lavorare.

4.2.3. La solidarietà tra generazioni chiave dell'invecchiamento attivo

Se la relazionalità è la chiave di volta di una moderna cultura della longevità ne consegue che i rapporti intergenerazionali ne sono un aspetto caratterizzante. L'argomento è particolarmente complesso, e anche molto delicato, soprattutto a causa della diffusa tendenza a impostarlo nei termini di contrapposizione "giovani-anziani" dalla quale non possono venire altro che ulteriori lacerazioni del tessuto sociale, di cui proprio non si sente il bisogno.

In realtà occorre riflettere sul contesto sociale dal punto di vista dei cambiamenti nei rapporti tra le generazioni (e le culture) al fine di far maturare una nuova solidarietà che apra le porte a una società in grado di valorizzare tutte le età (e tutte le culture). Per farlo, la bussola non può essere rinvenuta che nelle idee di giustizia e partecipazione, le uniche in base alle quali le diverse generazioni (e le diverse culture) possono reincontrare la speranza e la fiducia, ovvero costruire il proprio benessere sociale (individuale e collettivo) attraverso progetti di vita nei quali ognuno percepisca che non è lasciato a se stesso. Su questo sfondo, quattro argomenti si impongono con particolare evidenza.

La precarietà da giovani: le condizioni di precarietà o di vera e propria esclusione dolorosamente sperimentate dalle giovani generazioni vanno affrontate sia con interventi sul mercato del lavoro sia con la predisposizione di una rete di ammortizzatori sociali che risulti tanto più robusta in quanto le condizioni della "partecipazione al lavoro" si stanno trasformando in profondità. Il compito naturalmente è quanto mai complesso e certamente non è estraneo alla problematica dell'invecchiamento attivo. Basti pensare, come si è tentato di fare nel capitolo 3.6, che i giovani di oggi saranno gli anziani di domani, e interrogarsi su quali prospettive di invecchiamento attivo potranno avere persone che non hanno

avuto la possibilità di costruirsi quel minimo di sicurezza (reddituale, pensionistica) che è indispensabile, appunto, a una vita attiva.

La precarietà in età avanzata: considerazioni in qualche modo analoghe riguardano la necessità di affrontare il nodo critico dell'espulsione dai processi produttivi e/o della non assunzione delle persone, specie donne, comprese nella fascia di età 50-60 anni. Anche qui siamo in presenza di un fenomeno di precarizzazione, questa volta in età avanzata, che getta le persone in percorsi privi di speranza, nella migliore delle ipotesi di tipo assistenziale.

La transizione dal lavoro alla pensione: attenzione specifica va dedicata anche al tema del passaggio dal lavoro al pensionamento. Due sembrano i versanti su cui intervenire. Uno, per così dire, oggettivo: la prospettiva di un atterraggio "morbido", cioè di una riduzione progressiva del tempo di lavoro, è stata affacciata varie volte ma sembra aver ricevuto molta meno attenzione di quella che merita, mentre, a proposito di rapporti tra le generazioni, va osservato che si presta anche a originali esperienze di *job sharin*g, tutoraggio, metà lavoro-metà pensione. Inoltre, sul versante soggettivo, si tratta di mettere in campo veri e propri supporti di preparazione al pensionamento, che in ogni caso costituisce un momento esistenziale delicato e impegnativo.

Il sistema pensionistico: da come è venuto a delinearsi dopo i recenti provvedimenti di riforma si può, intanto, dire che dovrebbero esservi introdotti maggiori elementi di flessibilità, di incentivazione e di formazione, orientati a far sì che il tempo di permanenza in attività possa aumentare nel rispetto della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori. Magari, anche, prevedendo la possibilità di collegare il prolungamento della carriera lavorativa alla fruizione, in precedenza, di congedi – sempre in omaggio al concetto di "arco della vita". Ma l'argomento pensioni, naturalmente, meriterebbe considerazioni assai più ampie, che in questa sede non possono essere svolte.

Ci limitiamo a osservare che il problema, in una prospettiva di medio e lungo periodo, sembra tutt'altro che risolto: non sul piano della sostenibilità finanziaria, ma su quello della sostenibilità sociale, che la stretta della crisi ha fatto recedere in secondo piano, ma inevitabilmente tornerà a imporsi come questione cruciale quando le nuove regole dispiegheranno appieno i loro effetti. Evidentemente va riservata attenzione anche a quanti vogliono continuare a lavorare dopo la pensione, semplificando le modalità di contribuzione aggiuntiva e valorizzando le esperienze e le

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 266

competenze di cittadini che ancora possono contribuire in modo attivo allo sviluppo del nostro paese. Un lavoro, equamente retribuito, che ovviamente deve essere una libera scelta e non – come purtroppo invece accade sempre più spesso – una costrizione imposta dalla necessità di integrare pensioni insufficienti.

4.2.4. La buona longevità richiede prevenzione

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

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

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

È necessario, allo stesso tempo, un impegno straordinario sul fronte della politica dei servizi sanitari e assistenziali.

Si è già accennato alla necessità di riflettere in modo obiettivo, non strumentale, su quanto l'invecchiamento aumenti realmente i costi dei servizi sanitari, assistenziali e sociali. Solo in questo modo responsabile, consapevole, piuttosto che in un'ottica di destrutturazione, si possono avanzare proposte e percorsi per innovare/riformare il sistema di welfare nazionale e locale. Tenendo conto del fatto che il dibattito ha già individuato importanti direttrici di trasformazione.

Concretamente andrebbe avviata una politica per la salute incentrata su interventi innovativi tesi a potenziare la prevenzione primaria e secondaria, e la promozione della partecipazione degli anziani e della cittadinanza attiva come fattore strategico per promuoverne il benessere, come pure a promuovere nuovi stili di vita, attività motoria, educazione alimentare e progetti sociosanitari: il tutto in alternativa alla medicalizzazione della vecchiaia e alla sua gestione assistenzialistica. Si tratta appunto di un complesso di argomenti da tempo presenti nel dibattito, che tuttavia tendono a essere considerati (e comunque praticati) come alcunché di "aggiuntivo", mentre stanno proprio nel cuore dell'intera fase di transizione che ci troviamo a vivere, essendo collegati ai suoi tratti salienti, assolutamente caratteristici. Non è privo di significato, del resto, che i primi esordi del tema "invecchiamento attivo", dovuti all'Organizzazione mondiale della sanità, siano stati legati a considerazioni dello stesso genere.

In questa prospettiva assume pieno significato la tesi di fondo di questa nostra ricerca tesa a sostenere l'esigenza di una politica per il diritto a vivere il più a lungo possibile nella propria abitazione, assumendo il territorio, la comunità come uno spazio di relazione, d'inclusione nel quale promuovere una politica dell'abitare, della mobilità, del superamento delle barriere architettoniche, dell'offerta di occasioni e opportunità per il tempo libero, la creatività, l'espressività e l'impegno solidale. Le risorse vitali delle persone che invecchiano si valorizzano anche favorendo il loro accesso a spazi ricreativi, culturali ed eventi.

Per questo è indispensabile che le amministrazioni si facciano carico di promuovere veri piani dei servizi sociali integrati con le politiche di pianificazione commerciale, della mobilità e della regolamentazione urbanistica dei cambi di destinazione d'uso, procedendo in questo modo a un'attenta verifica dell'adeguatezza di quegli standard edilizi e urbanistici che hanno regolato la realizzazione di città, quartieri, abitazioni dagli anni Sessanta a oggi. Il Dm 1444 del 1968, in particolare, sostenuto e promosso dalla cultura urbanistica progressista, fondamentale passaggio di civiltà, oggi richiede di essere rivisto e aggiornato alle nuove esigenze con la stessa lungimiranza di allora.

È in questo contesto e con questo spirito che occorre sviluppare l'intera filiera delle attività e dei servizi a sostegno degli anziani che entrano o che sono in situazioni di fragilità sociale e fisica. Si tratta di assicurare la disponibilità di punti informativi di orientamento, di punti di accesso, di prestazioni di Ad e Adi, di centri diurni, di alloggi protetti e, dove neces-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 268

sario, di Rsa e di Rsp. Come pure si tratta di istituire un fondo per la non autosufficienza degno di questo nome, di promuovere una diversa attenzione dei medici di famiglia e un rapporto funzionale con la specialistica ambulatoriale, la diagnostica strumentale, la rete dell'emergenza e la struttura ospedaliera, con particolare attenzione a ricoveri e dismissioni protette. In relazione a tutte queste esigenze l'idea che l'invecchiamento attivo sia un "punto di vista", una "chiave di lettura", piuttosto che una "materia", mostra tutta la sua produttività. In un certo senso, la non autosufficienza è "il contrario" dell'invecchiamento attivo, eppure le strategie di contrasto della non autosufficienza trovano nell'idea di invecchiamento attivo un punto di riferimento comunque pertinente.

L'intera questione della domiciliarità può essere affrontata in questa chiave; come pure va detto che obiettivi di invecchiamento attivo possono essere perseguiti perfino nelle situazioni che sembrano più lontane dal concetto, come quelle di "istituzionalizzazione". A condizione, naturalmente, che se ne mettano a tema le implicazioni in termini di requisiti degli alloggi protetti, Rsa, Rsp eccetera. Si deve comunque prendere coscienza che la non autosufficienza, anche con situazioni di relativa gravità (ad esempio, confinamento su sedia a rotelle), non preclude una vita attiva, e anche lavorativa, che deve essere invece incoraggiata e favorita.

4.2.5. Longevità e mercato

Da tempo il mercato ha scoperto gli anziani come un nuovo *business*[125]. In tal senso si stanno sviluppando un *marketing* sempre più aggressivo e una comunicazione "suggestiva" che sollecita l'acquisto di prodotti legati a nuovi stili di vita, ad attività fisiche, al tempo libero, al turismo, all'alimentazione, al rapporto corpo-bellezza, prevalentemente in un'ottica giovanilistica e consumistica. Si tratta di un approccio che va ripensato "senza negarlo". Piuttosto va posta al centro la promozione di un benessere commisurato alla propria età, sconfiggendo la tendenza ad alimentare la paura di invecchiare e a rifiutare i propri cambiamenti.

Ai fini della nostra riflessione, comunque, va posta una particolare attenzione alla relazione che lega la presenza o meno di politiche pubbliche per la non autosufficienza e le dinamiche del mercato dei relativi servizi. Il dato da cui partire è che nei sistemi europei di cura e di assistenza agli anziani, una delle maggiori novità, a partire dall'inizio degli anni Duemila, è stato lo sviluppo del mercato di cura[126].

Questo è avvenuto perché in alcuni paesi si è scelta la via dell'esternalizzazione dei servizi pubblici a soggetti privati *profit* e *no profit*. In altri, invece, le famiglie hanno fatto ricorso a servizi di cura a pagamento, soprattutto attraverso l'impiego di lavoratrici domestiche e soltanto in parte attraverso servizi resi da organizzazioni.

Da questa relazione sono derivate le differenti dimensioni dei mercati di cura in Europa. Decisamente più importante nel Regno Unito, dove prevalgono le organizzazioni private di cura, e in Italia, dove prevale il modello della badante. Anche nei paesi scandinavi c'è stata una relativa espansione, ma il rapporto tra mercato privato e settore pubblico rimane comunque decisamente a favore di quest'ultimo.

In termini concreti si può facilmente dimostrare come più il mercato della cura sia flessibile e deregolato meno costi, favorendo il ricorso delle famiglie ai servizi, ma a scapito del salario e della qualità dell'assistenza. Il mercato dei servizi di cura in Svezia, ad esempio, è più regolato e tutelante per i lavoratori e per gli utenti dei servizi rispetto a quello inglese, ma comporta una spesa pubblica impegnativa. In paesi come l'Italia un servizio così poco costoso non può che essere deregolato e sommerso e infatti il Censis parla, a proposito del ricorso delle famiglie al mercato di cura, di risposta «spontanea, molecolare, tempestiva e, per molti aspetti, adeguata».

Evidentemente un mercato al ribasso del welfare per gli anziani è una prospettiva improponibile a fronte di quanto finora detto. Una prospettiva da percorrere è, invece, quella di accettare la sfida del mercato in modo da far crescere l'attenzione alle persone nel loro intero arco di vita. La crisi recente, d'altra parte, non ha forse dimostrato la tragicità dell'attenzione ai meri aspetti finanziari da parte del mercato, a detrimento della dimensione più umana?

4.2.6. Longevità stimolo per ricerca e innovazione

Nel processo di ridefinizione del sistema di welfare a favore dell'invecchiamento attivo, l'innovazione tecnologica può assumere un ruolo fondamentale.

Ampi settori della società, dal lavoro all'istruzione, stanno già subendo profondi cambiamenti grazie all'uso di nuove tecnologie digitali sempre più pervasive, autonome e interconnesse. Il progressivo aumento dell'alfabetismo digitale, ovvero quell'insieme di competenze che permettono a una persona di essere in grado di utilizzare con sicurezza ed efficacemente media digitali a fini di lavoro, di apprendimento e durante il tem-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 270

po libero, permette un accesso sempre più ampio ai vantaggi portati dalle nuove tecnologie a quelle persone che oggi ne sono solitamente escluse, in particolare anziani e persone con disabilità.

In particolare, l'utilizzo di tecnologie digitali a supporto dell'attività di monitoraggio delle condizioni di benessere della persona nei vari ambiti di vita (*in primis* quello domiciliare), può consentire di individuare segni di allerta precoce, ottimizzare il bisogno di visite specialistiche e ridurre la frequenza delle ospedalizzazioni, accrescendo il senso di sicurezza percepito dalle persone a casa propria, migliorando al contempo la qualità della loro vita. Le informazioni fornite dall'utilizzo di strumenti tecnologici possono anche aiutare i pazienti con malattie croniche nel prendere decisioni informate rispetto alla convivenza con la loro malattia (*patient empowerment*) e in generale aiutare ad adottare stili di vita più sani.

Perché questo accada emerge la necessità di:

- sviluppare interventi basati su un utilizzo crescente della tecnologia che garantisca una maggiore fruibilità e un uso appropriato dei servizi integrati a sostegno delle persone con maggiore fragilità;
- sviluppare modelli per valutare e aggiornare le cure, e gestire popolazioni complesse (multimorbidità) aiutandole nel *self-management*.

Una particolare attenzione va, quindi, riservata ai rapporti tra longevità e innovazione: ormai la tecnologia, la progettazione innovativa di dispositivi, ausili e simili, fa sì che il benessere sociale, la salute, la qualità della vita possano essere obiettivi ragionevoli anche per chi entra in situazioni di parziale, accentuata o totale non autosufficienza. È necessario, pertanto, aumentare gli investimenti destinati a individuare tecnologie e strumenti che possano sopperire alla perdita di funzioni vitali, per mantenere il più a lungo possibile l'autonomia funzionale delle persone che incontrano problemi di disabilità, per migliorare la qualità della vita, specie in relazione all'esigenza di restare il più a lungo possibile nella propria abitazione.

Non è privo di significato che il progetto europeo Pro Act[127], finanziato dalla Commissione nell'ambito del programma Horizon 2020, sia finalizzato a sviluppare una tecnologia assistiva al fine di migliorare il processo di cura rivolto alle persone anziane con più patologie integrando quattro aree principali: domiciliare, ospedaliera, di comunità e reti di supporto sociale.

Tra i *partner* del progetto, coordinato dal Trinity College di Dublino, compaiono anche due importanti aziende nel panorama europeo e globale: Ibm e Philips, assieme a piccole e medie aziende e fornitori di servizi alla persona. Per l'Italia, partecipano come partner Aias Bologna onlus e Asp Città di Bologna.

Lo scopo di Pro Act è quello di aiutare le persone con multimorbidità a gestire meglio la propria condizione di salute mantenendo una buona qualità della vita nel proprio domicilio e nella propria comunità, permettendo agli attori chiave del sistema di cura (ad esempio, i familiari, l'assistente sociale, il medico di medicina generale, l'infermiere) di supportare la persona e di lavorare insieme per il suo benessere. Dalla raccolta dei bisogni e dei requisiti per lo sviluppo del sistema Pro Act finalizzato alla promozione delle attività di *self-management* da parte di pazienti anziani con multimorbidità. In Italia sono stati coinvolti diversi possibili utenti (persone anziane, operatori sociali e sanitari, *caregiver* informali eccetera) in una serie di discussioni di gruppo (*focus group*). Le informazioni raccolte dalla ricerca svolta in Italia hanno messo in evidenza la necessità di sviluppare una piattaforma in grado di:

- supportare la partecipazione sociale degli utenti al fine di prevenire l'isolamento sociale;
- aiutare nella gestione di patologie croniche sia singole sia multiple;
- migliorare l'efficacia delle attività dei *caregiver* sia formali sia informali;
- migliorare l'aderenza alle indicazioni terapeutiche degli operatori sociosanitari.

4.2.7. Longevità e apprendimento

Affermare il diritto ad apprendere lungo tutto l'arco della vita, a tutte le età, nel quadro di una strategia complessiva che punti all'accrescimento culturale e al mantenimento delle funzioni cognitive delle persone che invecchiano: è questo un obiettivo di primaria importanza, che occorre perseguire con massima determinazione, sconfiggendo la sottovalutazione che ancora si registra in materia di educazione permanente. Si tratta appunto di valorizzare le attività che oggi sono in campo grazie alle università popolari e della terza età, nella consapevolezza che occorre superare il limite costituto dal fatto che i frequentanti, in gran parte, sono persone già interessate ad accrescere le loro conoscenze. In effetti c'è bisogno di nuove iniziative orientate a far emergere la domanda "debole" – la domanda (spesso inespressa) di coloro che da giovani e da adulti hanno avuto meno occasioni di rapporto con il mondo del sapere.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 272

Il quadro delle finalità e dei contenuti deve essere delineato con particolare ampiezza: sollecitare e sostenere interessi culturali, valorizzare la trasmissione della memoria, contrastare l'analfabetismo di ritorno in funzione del rafforzamento delle funzioni vitali e della partecipazione pubblica delle persone che invecchiano. Occorre predisporre percorsi formativi e laboratori che aiutino a:

- vivere bene e invecchiare in salute (il valore delle attività fisiche, degli stili di vita, della conservazione della memoria, della giusta alimentazione eccetera);
- essere anziani competenti e informati (contrasto del *digital divide*, uso di internet, conoscenza dei servizi pubblici; consumo intelligente ed ecocompatibile; gestione del risparmio; sicurezza domestica e stradale eccetera);
- convivere con la diversità, conoscerla e magari apprezzarla (il rapporto con le persone provenienti da altri paesi e culture, il rapporto con le altre generazioni);
- riconoscere e utilizzare le occasioni culturali (l'arte, il cinema, il teatro eccetera);
- valorizzare la memoria tramite i propri ricordi, ascoltando quelli degli altri, ricostruendo la storia dei mestieri, trasmettendola ai giovani come storia della propria città, della propria regione eccetera;
- individuare percorsi che valorizzino e promuovano l'acquisizione di competenze per costruire comunità solidali.

4.2.8. Longevità e impegno sociale

Da ultimo, deve essere valorizzato il protagonismo sociale degli anziani nella forma della cittadinanza attiva e del volontariato. Gli anziani, appunto, rappresentano una grande risorsa sociale e umana quando agiscono quali membri attivi della propria comunità territoriale, impegnati ad alimentare il valore della solidarietà aperta, della relazione, della coesione sociale; a preservare, con il proprio tempo donato, i beni comuni; a sostenere, attraverso interventi di prossimità, persone fragili.

Su questo terreno si registrano già molteplici esperienze, in una grande varietà di campi, attraverso una progettazione territoriale diffusa, promossa dal vasto mondo delle associazioni presenti nei territori anche in rapporto con le istituzioni locali. Negli ultimi anni, inoltre, sono state approvate importanti leggi regionali che assumono la promozione dell'invecchiamento attivo come obiettivo strategico su cui investire[128]. Tra l'altro, dalle esperienze già realizzate emerge che invecchiamento attivo, impegno civile, volontariato sono temi ai quali non è interessato soltanto chi è già "libero dal lavoro", ma, secondo l'ottica proposta, riguardano tutte le età. L'impegno, in particolare civile e solidaristico, attraversa ogni generazione e a esso ci si educa e si viene educati lungo tutto l'arco della vita. Proprio nell'ottica della cittadinanza attiva e della promozione di comunità solidali, allora, può trovarsi un territorio fertile per una nuova solidarietà intergenerazionale.

D'altra parte, se abbiamo molti esempi di buone prassi, va anche detto che un complessivo salto di qualità deve ancora essere compiuto. L'idea di anziani come forza lavoro di riserva messa a disposizione delle amministrazioni per aiutarle a fronteggiare le loro difficoltà finanziarie, non è affatto superata.

4.3. Invecchiare bene

Prospettiva n. 3 - La buona longevità si costruisce nel tempo: questa frase se assunta nei suoi contenuti programmatici è ricca di implicazioni. Dal punto di vista della prevenzione delle limitazioni funzionali latenti con l'avanzare dell'età significa intervenire attivamente su quella complessa interazione di concause, sia operanti nel presente sia eredità di stili di vita passati, che concorrono a favorire o danneggiare la salute (fattori economici, sociali, culturali, politici, ambientali, comportamentali e biologici).

4.3.1. Stili di vita

Come si è detto la buona longevità si costruisce nel tempo: questa frase se assunta nei suoi contenuti programmatici è ricca di implicazioni. Dal nostro punto di vista significa prevenire nella misura del possibile l'insorgere di limitazioni funzionali latenti con l'avanzare dell'età.

Fragilità e non autosufficienza hanno una relazione diretta con il tempo che passa, tanto che tra gli ottantenni cresce in modo esponenziale la quota di persone che hanno bisogno di supporto. Non esiste, tuttavia, un rapporto meccanico tra longevità e non autosufficienza. I tredici milioni di anziani italiani, che sono le generazioni della ricostruzione, del miracolo economico e le prime file dei *baby boomer*, stanno

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 274

rivoluzionando il modo di vivere la terza e quarta età. La longevità attiva è oggi il paradigma concreto di questa rivoluzione silenziosa, quotidiana, molecolare. Non più tratto terminale e declinante del ciclo di vita, la longevità è una fase con contenuti e finalità propri, in cui realizzare la propria soggettività con attività, progetti e coinvolgimento nella vita sociale e delle comunità.

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

Ma vediamo più in dettaglio i progressi nel miglioramento degli stili di vita degli anziani in rapporto alle loro condizioni di salute.

L'Istat ci offre un primo quadro sintetico[129] nel suo "Sistema informativo ≠anziani". Secondo l'istituto la longevità non comporta di per sé il decadimento psicofisico, la disabilità, la malattia e l'isolamento. Tuttavia, la salute delle persone anziane è frutto di una complessa interazione di concause, sia operanti nel presente che eredità di stili di vita passati: fattori economici, sociali, culturali, politici, ambientali, comportamentali e biologici concorrono infatti a favorire o danneggiare la salute.

Anche un'insufficiente offerta di servizi socioassistenziali e sanitari può avere un impatto più o meno determinante nell'insorgenza e nella persistenza delle condizioni di malessere.

In tutte le fasi della vita, lo stato di salute (psichico, fisico e funzionale) condiziona in positivo o in negativo la possibilità di espressione e costruzione della propria vita, tanto a livello individuale quanto familiare e sociale, tanto a livello materiale (condizioni socioeconomiche in età attiva e non attiva) quanto immateriale (partecipazione alla vita sociale, relazionale, benessere soggettivo, benessere psicologico).

Come si vede dalla tabella 90 la maggior parte degli indicatori selezionati nel decennio 2005-2015 fa registrare un ancora eccessivo uso di farmaci, una persistenza del fumo e un leggero incremento delle persone in sovrappeso.

Tabella 90

Stili di vita e salute delle persone anziane nel 2015

Indicatore	Anno	Valore %	Variazione % sul 2005
Persone di 65-74 anni in buona salute (variazione sull'anno 2009)	2015	40,2	+8,9
Persone di 65-74 anni con almeno una malattia cronica	2015	74,8	-0,9
Persone di 65-74 anni che svolgono attività fisica con continuità	2015	11,2	+60,0
Persone di 65-74 che dichiarano di aver consumato farmaci nei due giorni precedenti l'intervista	2015	75,8	+8,8
Persone di 65-74 in sovrappeso	2014	46,5	+0,2
Persone di 65-74 che consumano alcolici fuori pasto (variazione sull'anno 2006)	2014	17,5	=
Persone di 65-74 anni che fumano	2014	12,7	-0,8
Persone di 65-74 anni che consumano 5 o più porzioni al giorno di verdure, ortaggi o frutta	2014	5,2	+6,1

Fonte: Istat

4.3.2. Fattori di rischio

Come si è detto sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Tenuto conto che tra i rischi potenziali che possono determinare condizioni di malattia alcuni non sono modificabili (età, sesso e predisposizione genetica), per il resto molto dipende dalla promozione e dall'adozione di stili di vita salutari nei comportamenti dei singoli e dei gruppi.

Alimentazione: una dieta sana caratterizzata da un adeguato apporto di sostanze nutritive in modo equilibrato assume, con il passare degli anni, un ruolo sempre più importante per la salute. I dati relativi al 2015 evidenziano che il pranzo costituisce nella gran parte dei casi il pasto principale (88,4 per cento della popolazione di 75 anni e più) e nella quasi totalità dei casi è consumato a casa (95,9%), permettendo così una scelta degli alimenti e una composizione dei cibi e degli ingredienti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa.

Una delle principali conseguenze di un'alimentazione poco sana è l'obesità. Anche in Italia, purtroppo, l'obesità sta diventando un importante problema di salute e, nel caso delle persone anziane, l'eccesso di pe-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 276

so influisce non tanto sulla mortalità quanto sullo stato funzionale e può comportare un peggioramento dei problemi medici di comorbilità.

I dati dell'Istat riferiti al 2014 indicano un aumento della popolazione in eccesso di peso a partire dai 55 anni: se fra i 18 e i 24 anni la percentuale di obesi è del 2,4 per cento, nella fascia d'età 55-59 anni la prevalenza di obesità è pari al 12,9 per cento, nella successiva classe di età 60-64 anni sale al 15,5 per cento e nel caso di persone anziane con età compresa tra 65 e 74 anni al 15,7 per cento. Successivamente ai 75 anni si registra una diminuzione (13,2%).

Su questo delicato argomento lo Spi Cgil e l'Auser hanno promosso una campagna nazionale[130], ancora in corso, collegando l'alimentazione alla salute e alla qualità della vita delle persone anziane. La campagna mira ad accrescere la consapevolezza degli anziani tenuto conto che l'alimentazione negli ultimi decenni ha subìto un mutamento quantitativo e soprattutto qualitativo straordinario, conseguenza di uno sviluppo consumistico dell'economia di mercato che ha determinato nei paesi industrializzati un profondo cambiamento sociale. Per interrompere la strategia tutt'oggi perseguita dall'industria alimentare, finalizzata essenzialmente all'aumento dei propri profitti a scapito dell'attenzione per la salute dei cittadini, l'unica arma è quella di essere quanto più possibile informati. Inoltre, in aggiunta alla buona informazione, è indispensabile che si creino le condizioni perché l'industria dell'alimentazione recuperi comportamenti etici in relazione a metodi corretti di produzione di *marketing*. A questo può contribuire una buona educazione alimentare, obiettivo di fondo della campagna.

Attività fisica: è noto come una corretta attività fisica associata a un'alimentazione adeguata comporta benefici effetti sulla qualità della vita a ogni età, e in modo particolare nell'età avanzata. Ciò nonostante la sedentarietà, in Italia, condiziona una proporzione elevata di persone anziane e il fenomeno è più accentuato tra le donne. Nel 2015 la quota di sedentari sale oltre il 44,7 per cento per le persone con età compresa tra 55 e 74 anni e raggiunge il 68,8 per cento tra gli ultrasettantacinquenni. Nelle classi di età anziane diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre cresce il coinvolgimento nelle attività fisiche, come fare passeggiate per almeno due chilometri, nuotare o andare in bicicletta. Nello specifico, la pratica sportiva continuativa scende sotto il 20 per cento dopo i 55 anni di età sia fra le donne che fra gli uomini contro la media nazionale del 23,9 per cento. Va tuttavia sottolineato che la quota di sportivi ultrasettantacinquenni crolla al 6,4 per cento tra gli uomini e al 3,1 fra le donne. Anche rispetto all'attività fisica, gli uomini con 75 anni e oltre si confermano più attivi delle donne (rispettivamente 31,2 e 18,8 per cento).

L'alcool: un importante fattore di rischio per la salute degli anziani è il consumo di alcool. Nel nostro paese il modello di consumo degli anziani è di tipo essenzialmente tradizionale, caratterizzato, in particolare, dal consumo di vino durante i pasti. È, comunque, importante sottolineare il trend in costante discesa dei consumatori di bevande alcoliche che si osserva negli ultimi anni anche tra gli ultrasessantacinquenni. Dal 2015 gli indicatori sul consumo di alcol più a rischio per la salute sono stati rivisti e calcolati sulla base dei limiti proposti dai nuovi livelli di assunzione di riferimento di nutrienti (Larn). In Italia gli anziani di 65 anni e più con comportamenti a rischio risultano il 38 per cento degli uomini e l'8,1 delle donne. Il tipo prevalente di comportamento a rischio è pressoché coincidente con un consumo giornaliero non moderato, soprattutto durante il pasto (59,6 per cento degli uomini e 83,1 delle donne).

Fumo: è noto come il fumo anche nell'età avanzata possa compromettere la qualità della vita con l'insorgenza di patologie cronico-degenerative soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Nel 2015, la quota di fumatori di tabacco tra la popolazione di 55-59 anni supera il 23 per cento, si osserva una diminuzione nelle successive classi di età fino a registrare tra gli ultrasettantacinquenni un contenuto 5,3 per cento. La quota di fumatrici nelle classi di età adulte e anziane è sempre più contenuta di quella degli uomini anche se nel tempo tra questi si osserva una diminuzione dei fumatori, in controtendenza rispetto a quanto osservato fra le ultracinquantacinquenni.

4.3.3. La prevenzione

Sempre l'Istat attesta che la speranza di vita alla nascita dei maschi è pari a 80,1 anni, mentre quella delle donne è pari a 84,7 anni e di conseguenza gli anziani stanno diventando sempre più numerosi. Si tratta di una sfida dal punto di vista sia sanitario sia economico e sociale. Il progressivo allungamento della vita impone infatti alla società di assicurare agli anziani di vivere il più a lungo possibile in buona salute. Al fine di creare le condizioni per il raggiungimento di tale obiettivo è necessario un monitoraggio sempre aggiornato delle condizioni di salute degli anziani per mirare gli interventi di *policy*, a partire da misure di prevenzione, e garantire agli anziani una vita in buona salute e attiva.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 278

Sentirsi bene: per una valutazione globale delle condizioni di salute, la percezione dello stato di salute rappresenta un importante indicatore di riferimento, molto usato anche in ambito internazionale, in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute, inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, come stato di «completo benessere fisico, mentale e sociale». Nel 2015, al quesito: «Come va in generale la sua salute?» il 70 per cento della popolazione residente in Italia ha dato un giudizio positivo, rispondendo "molto bene" o "bene". La prevalenza di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute decresce vistosamente al crescere dell'età: scende al 63,4 per cento tra le persone di 55-59 anni, al 54,3 nella successiva classe di età 60-64, si riduce ulteriormente al 40,2 per le persone con età compresa tra 65 e 74 anni e raggiunge il 24,8 per cento tra gli ultrasettantacinquenni. A parità di età emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne: le differenze maggiori si hanno tra i 55-59 anni (65,9 contro 61 per cento) e tra gli ultrasettantacinquenni (29,6 contro 21,6 per cento).

Patologie cronico-degenerative: la diffusione di questo tipo di patologie costituisce un importante indicatore di salute. Molte di queste malattie non sono suscettibili di guarigione e, una volta insorte, condizionano in modo permanente la qualità della vita degli individui che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e accrescendo la necessità di assistenza e cura. Già nella classe 55-59 anni soffre di patologie cronico-degenerative il 51,5 per cento della popolazione e la quota raggiunge l'85,2 tra le persone ultrasettantacinquenni.

Comorbilità: in aumento tra gli anziani. Per le persone di 75 anni e più si attesta al 65,4 per cento in linea di massima a svantaggio delle donne (57,3 per cento tra gli uomini e 70,9 tra le donne). Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica (16 per cento donne, 19,4 uomini) e malattie del cuore (14,1 per cento donne, 18,2 maschi).

Uso di farmaci: il 41 per cento della popolazione ha fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti il rilevamento Istat. Tale quota è in preoccupante aumento rispetto all'anno precedente. Le quote di consumatori aumentano all'avanzare dell'età: per entrambi i sessi si raggiunge la metà della popolazione già dai 55 anni (di cui 46,6 per cento maschi, 52,8 donne) fino a raggiungere il 90 per cento tra le donne ultrasettantacinquenni e l'89 per cento tra gli uomini della stessa fascia d'età.

Mortalità: nella popolazione anziana nell'ultimo decennio risulta in netto calo in entrambi i sessi, in linea con l'andamento osservato nella popolazione generale. Tuttavia, sebbene vi sia una riduzione dei tassi di mortalità nella popolazione, il numero dei decessi è progressivamente crescente. Siamo, infatti, in presenza di un apparente paradosso: una quota sempre più consistente di persone raggiunge le età più avanzate della vita, quelle dove i rischi di morte sono più elevati. L'effetto dell'invecchiamento della popolazione è quindi la causa determinante nell'incremento del numero dei decessi. Nel 2012, circa la metà dei decessi avviene tra i 65 e gli 84 anni (157.847 uomini e 124.258 donne), principalmente per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari.

Cause di morte: l'analisi della struttura per età dei dati di mortalità per causa di morte evidenzia che i tumori rappresentano la prima causa di morte sia per gli uomini sia per le donne tra i 45 e i 79 anni. Alle età più avanzate (oltre gli 85 anni) le cause più frequenti sono le malattie del sistema circolatorio, dagli 80 anni di età in poi invece il primato spetta alle malattie del sistema circolatorio per entrambi i generi con quozienti simili nei due sessi; negli ultranovantenni quasi un decesso su due è dovuto a questo gruppo di cause (53,8 per cento tra le donne e 47,8 tra gli uomini).

4.4. Il riconoscimento del lavoro familiare di cura

Prospettiva n. 4 - Il riconoscimento del lavoro di cura familiare, per lo più garantito dalla presenza femminile, non è più solo il riconoscimento di una funzione sociale fondamentale e di elementari diritti del lavoro, ma è sempre più una stringente necessità sociale a fronte della prevedibile crescente domanda.

4.4.1. Sulle donne il carico della domiciliarità

«La grande sfida dei prossimi decenni sarà quella della non autosufficienza. Ce lo dice l'invecchiamento della popolazione e non possiamo pensare di poter affrontare questo problema ancora basandoci largamente sul ruolo informale delle famiglie».

È questo il primo elemento di riflessione suggerito dal presidente dell'Inps, Tito Boeri, nel suo intervento durante i lavori della terza Confe-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 280

renza nazionale della famiglia del 2017[131]. Secondo Boeri, infatti, in Italia ci sono ancora «tantissime famiglie che non sono in grado di svolgere la funzione di ammortizzatore sociale che noi abbiamo assegnato loro implicitamente con i buchi del nostro sistema di protezione sociale. Se vogliamo davvero assegnare centralità alla famiglia nel nostro sistema di protezione sociale non possiamo esimerci dal selezionare i beneficiari dell'assistenza guardando alla situazione economica, reddituale e patrimoniale delle famiglie nel loro complesso. Sono ancora troppo poche le prestazioni che oggi guardano alla situazione della famiglia». È sempre più necessario, quindi, «graduare gli strumenti e selezionare le famiglie che aiutiamo di più guardando alla situazione economica, reddituale e patrimoniale», ha aggiunto Boeri. «Non possiamo pensare di poter aiutare le famiglie che hanno forti problemi di reddito con strumenti come l'indennità di accompagnamento – ha sottolineato –. I cinquecento euro al mese sono del tutto insufficienti per una famiglia che affronta una condizione di questo tipo, mentre famiglie che hanno potenzialità e livelli di reddito superiori possono probabilmente avere un aiuto più limitato».

Altra sfida per il futuro è quello del ruolo della donna a cui troppo spesso viene affidato il compito di cura e di lavoro domestico. Secondo Boeri, «la crescita della famiglia dipende dal lavoro delle donne». E i dati provenienti da altri paesi europei lo confermano. «Se guardiamo al rapporto tra il tasso di occupazione femminile e quello di fecondità in Europa – ha spiegato Boeri – abbiamo paesi come l'Italia e la Grecia in cui il tasso di occupazione femminile è inferiore al 50 per cento e il tasso di fecondità è molto basso, e paesi nordici in cui il tasso di occupazione femminile è attorno all'80 per cento e quello di fecondità è molto più alto. Più alto è il tasso di occupazione femminile più figli si fanno, questo perché fare i figli costa troppo».

Secondo il presidente dell'Inps, infatti, le donne che hanno dei figli «perdono circa un terzo del loro reddito. Finché ci sarà un'asimmetria così forte nella condivisione degli oneri della cura dei figli, noi avremo discriminazioni del mercato del lavoro contro le donne. È noto in particolare che nelle piccole e medie imprese gli imprenditori preferiscono assumere uomini piuttosto che donne in età fertile». Alcuni strumenti introdotti in questi anni, intanto, hanno avuto un ruolo importante, ha aggiunto Boeri, come il bonus infanzia. «I beneficiari hanno subìto meno i costi della genitorialità – ha specificato –, ma bisogna pensare anche ad altri strumenti, per esempio, quelle forme di decontribuzione a cui oggi si pensa per i giovani, forse andrebbero estese alle donne subito dopo i periodi di maternità».

A pesare sul futuro stesso della famiglia in Italia, però, c'è anche un'asimmetria tra uomini e donne sia nel mondo del mercato sia in quello del lavoro domestico. «In tutti i paesi area Ocse gli uomini dedicano più tempo al lavoro remunerato e meno tempo al lavoro domestico e familiare – ha spiegato Boeri –. Se sommiamo le ore dedicate al lavoro di mercato e domestico, giungiamo più o meno allo stesso livello di ore lavorate per giorno. C'è solo un paese che fa eccezione ed è il nostro. In Italia le donne lavorano circa il 20 per cento in più degli uomini se teniamo conto delle ore di lavoro di mercato e domestico». Per Boeri, c'è un problema forte di "potere contrattuale" della donna all'interno della famiglia. E lo dimostrano anche i dati sui congedi dei padri. «Una misura utile introdotta ancora in modo troppo timido è quella dei congedi di paternità obbligatori – ha aggiunto –. Spinge e vincola gli uomini a prendere questa responsabilità. Introdurre queste misure in modo facoltativo non basta. I congedi facoltativi sono stati usati da novemila padri e questo numero è costante nel tempo, vuol dire circa il 3 per cento dei padri. Quelli obbligatori cominciano a essere utilizzati da un numero consistente, attorno al 40 per cento. Dovrebbero essere obbligatori e questo vuol dire che la legge non è del tutto applicata».

Come si vede in questa dichiarazione del presidente dell'Inps trova conferma il quadro emerso nella nostra analisi svolta nel capitolo 3.3 sul ruolo della famiglia nel lavoro di cura. Nel prossimo futuro la donna sarà sempre meno in grado di garantire quel lavoro di cura che ha sostenuto nel tempo il welfare domiciliare. A riguardo c'è da dire, come si evince dalle dichiarazioni del presidente dell'Inps, che i tentativi di soluzione di questo enorme problema fino a oggi sono parziali e frammentari, tant'è che l'impegno delle donne nella cura delle persone anziane non viene neanche sfiorato.

«Tutte le ricerche comparative – sostiene Chiara Saraceno – segnalano che, a differenza dei paesi in cui vi sono politiche pubbliche per la non autosufficienza orientate prevalentemente a offrire servizi, in Italia i familiari delle persone non autosufficienti – per lo più donne, come mogli, figlie, nuore – non si occupano solo degli aspetti relazionali e organizzativi, ma soprattutto della cura diretta, materiale, ogni giorno, spesso per mesi e anni, riducendo anche la partecipazione al mercato del lavoro. L'assegno di accompagnamento può servire a integrare il reddito o a pa-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 282

gare qualche ora a una badante, ma non basta a sollevare dalla responsabilità delle prestazioni quotidiane di cura e tantomeno garantisce che questa sia appropriata. D'altra parte, la disponibilità di servizi domiciliari o diurni è molto variabile da un Comune all'altro. Lo stesso vale per gli assegni di cura, offerti in base a criteri spesso eterogenei in alcune Regioni e Comuni. In generale, solo chi ha un reddito elevato può permettersi di acquistare servizi che sollevino dalla cura materiale. Non a caso l'"opzione donna", che permetteva di andare prima in pensione a determinate condizioni, è stata così popolare e il suo prolungamento chiesto a gran voce dalle donne, nonostante l'elevato costo in termini di ammontare pensionistico. Per molte lavoratrici in età matura pagare questo prezzo era l'unico modo che avevano per poter far fronte alle domande di cura di genitori o suoceri divenuti non autosufficienti».

4.4.2. Primi segni di cambiamento: ma inadeguati

Un elemento di novità è senza dubbio emerso nel dibattito parlamentare in merito alla legge di stabilità 2018 che ha portato all'approvazione dell'articolo che introduce nel nostro paese il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare[132]. L'iniziativa, pur significativa in quanto per la prima volta segna l'emergere di un'attenzione nuova verso un problema finora ignorato, è comunque un primo timido passo in un cammino decisamente lungo verso il riconoscimento di diritti fondamentali per i *caregiver*.

Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare

È istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali un fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare con una dotazione iniziale di venti milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020. Il fondo è destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare, come definito al comma 2.

Si definisce *caregiver* familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, di una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 104/1992, anche di un familiare entro il terzo grado, che a causa di malattia, infermità o disabilità anche croniche o degenerative non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/1980.

Nulla viene detto, infatti, dei diritti di chi si occupa a tempo pieno dei parenti disabili. Le modalità di assegnazione e riparto, inoltre, dovranno essere definite da un successivo disegno di legge. Per ora ci sono infatti solo due certezze. La prima è che il fondo sarà istituito presso il Ministero del lavoro. La seconda è il riconoscimento della figura giuridica del *caregiver* identificato come: un familiare entro il terzo grado che si prende cura di un parente non autosufficiente. La situazione di gravità del disabile viene poi definita «ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18». Con questa formulazione, il fondo andrà principalmente a beneficio di circa tre milioni di *caregiver* che accudiscono familiari con invalidità riconosciuta al 100 per cento. Non è escluso, tuttavia, che il disegno di legge successivo possa aprire anche a parenti di persone affette da non autosufficienza grave e gravissima, anche se non certificata dal massimo di invalidità.

Difficile quindi, in questa fase, stabilire a quanto ammonterà il sostegno economico per ogni familiare impegnato a tempo pieno nella cura del parente disabile. Se, per ipotesi, lo stanziamento di sessanta milioni in tre anni indicato in manovra venisse equamente suddiviso, a ogni *caregiver* italiano toccherebbero appena 6,60 euro l'anno. Ma è probabile che il legislatore decida di concentrare le risorse solo su alcuni *caregiver* sulla base della gravità dello stato del familiare assistito. In questa fase, non si può però escludere che il criterio per l'assegnazione dei fondi possa essere semplicemente la data di presentazione delle domande fino a esaurimento dello stanziamento.

Comunque, al di là del sostegno economico alle famiglie, il provvedimento è importante perché per la prima volta riconosce l'esistenza del *ca-*

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 284

regiver nel nostro ordinamento e gli attribuisce una funzione sociale. Indubbiamente questo non migliorerà nell'immediato la vita dei familiari che si occupano assiduamente della cura dei loro cari disabili.

Al riguardo è anche opportuno richiamare quanto scrive il senatore Ignazio Angioni promotore dell'iniziativa, in un suo recente articolo[133]: «Innanzitutto bisogna superare un equivoco che ancora troppo spesso è presente: il *caregiver* non è un "badante", non è cioè una persona pagata per prestare un'assistenza domestica che riguarda per esempio la pulizia della casa, la preparazione del cibo eccetera. Il *caregiver*, invece, è la figura che quotidianamente segue il percorso terapeutico del proprio congiunto, lo assiste moralmente e fisicamente, è il suo tramite con la pubblica amministrazione, ne cura gli interessi da ogni punto di vista. Per svolgere questo delicato e faticosissimo impegno, in molti casi condotto anche per diversi decenni, il *caregiver* da soggetto che aiuta il disabile diventa spesso a sua volta un soggetto fragile, bisognoso anch'esso di assistenza da parte dello Stato. È ormai riconosciuto che diverse patologie psichiche o fisiche sono da ricondurre a questa attività di assistenza».

Sicuramente per una soluzione più strutturata sui diritti dei *caregiver* familiari ci sarà da attendere sperando che il lavoro fatto non venga del tutto vanificato.

4.4.3. I tre disegni di legge

Nella legislatura scorsa, in Parlamento sono stati presentati tre disegni di legge di iniziativa parlamentare aventi per oggetto i *caregiver* familiari. Il confronto tra le forze politiche ha consentito l'approvazione di un testo unificato presso la commissione lavoro e previdenza sociale del Senato e per ora lì si è fermato.

I tre testi, molto diversi fra loro, recano anche titoli differenti. Il tema oggetto dei Ddl è quello del *caregiver* familiare cioè di chi si prende cura, al di fuori di un contesto professionale e retribuito, di una persona, generalmente un familiare, assicurandole assistenza, supporto, sostegno che sono necessari a causa dell'età, di una menomazione, di una patologia e a causa dell'assenza o della carenza di servizi pubblici adeguati e sufficienti alla situazione.

▶ Il Ddl 2266 (Ignazio Angioni e altri, Pd). "Legge quadro nazionale per il riconoscimento e la valorizzazione del *caregiver* familiare", punta a tracciare le linee di orientamento per una successiva regolamentazione regionale della materia, limitando i benefici effettivi e diretti ad agevolazioni fiscali in termini di detrazione di spese sostenute per l'assistenza e a un ampliamento della platea dei beneficiari dei permessi lavorativi (ex legge 104/1992). Fra le azioni più di sistema invece prevede un'indagine multiscopo da affidare all'Istat e interventi di sensibilizzazione.

▶ Il Ddl 2228 (Laura Bignami e altri, gruppo misto). "Norme per il riconoscimento e il sostegno del *caregiver* familiare", al contrario, contempla una serie di benefici di varia entità sia in ambito previdenziale (contributi figurativi) che di copertura assicurativa (malattia, infortuni, malattie professionali), indicando però in modo molto stringente sia la platea dei beneficiari sia la tipologia di limitazioni funzionali da considerare meritevoli di tutela. Il disegno di legge non indica la copertura della relativa spesa.

▶ Il Ddl 2048 (Cristina De Pietro e altri, gruppo misto). "Misure in favore di persone che forniscono assistenza a parenti o affini anziani" ha intenti e finalità diverse: favorire l'assistenza delle persone anziane di età pari o superiore agli ottant'anni. In realtà i benefici previsti sono piuttosto limitati: agevolazioni fiscali sulle spese sostenute per l'assistenza, circoscritte però ai bassi redditi, e incentivazione del *part-time*.

Nessuno dei tre disegni di legge prevede interventi di sistema per contenere o prevenire il ricorso al *caregiver* familiare, potenziando i servizi a sostegno della domiciliarità o della vita indipendente delle persone con disabilità né altre azioni di sistema.

Nel merito della mediazione raggiunta molto c'è da dire e molto ancora si deve fare per rendere il testo adeguato alle esigenze. Le scelte operate rappresentano la selezione delle parti meno di impatto dei tre testi originali. Da un lato, restituisce le responsabilità e le iniziative alle singole Regioni e, dall'altro, evita di fissare un qualsiasi obiettivo di servizio (premessa a specifici livelli essenziali di assistenza validi in tutto il paese). Al contempo rimanda *sine die* l'impegno dello Stato (che non è certo delle Regioni) a intervenire in ambiti delicati come il riconoscimento del diritto alla salute, dei contributi figurativi per l'accesso alla pensione, delle malattie professionali, degli infortuni e altro.

Di fondo permane una sorta di retropensiero secondo cui l'attività di *caregiving* va incentivata poiché è una scelta volontaria e apprezzabile. Se in alcuni casi ciò corrisponde al vero, in moltissimi altri non è affatto una scelta, ma il risultato dell'assenza o della carenza di servizi territoriali sufficienti, adeguati, efficaci al sostegno delle persone e delle famiglie. Una condizione che colpisce – è utile ribadirlo – soprattutto le donne. In tal sen-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 286

so nei tre testi originali, e ancor meno nello schema di testo unificato, troppo poco o troppo timidamente si rilevano volontà di favorire un welfare che modifichi lo scenario attuale in modo consistente e in tempi certi.

4.4.4. Il testo unificato

Lo schema di testo unificato, cioè la base sulla quale la commissione avrebbe dovuto procedere alla discussione, è stato presentato in sede referente alla commissione del Senato (lavoro, previdenza sociale) nella seduta del 27 settembre 2017.

Come sovente accade, quando i testi sono molto diversi fra loro, la sintesi finisce per livellarne i contenuti, sfrondando gli aspetti troppo dissimili e tentando mediazioni. A riguardo è significativo quanto dichiarato dal relatore senatore Pagano (Ap-Cpe-Ncd) nel presentare lo schema: «Il testo proposto non comporta oneri aggiuntivi di finanza pubblica, perché orienta l'attività delle Regioni e delle Province autonome, nell'ambito del riparto costituzionale di competenza tra queste e lo Stato, e rimanda alla sessione di bilancio la quantificazione delle risorse che lo Stato destinerà a favore dei prestatori volontari di cura che sono identificati nel testo proposto».

Ne esce, in sintesi, un testo che tenta di abbozzare una definizione di *caregiver*, che tratteggia possibili azioni di ambito regionale, che non attribuisce alcuna nuova responsabilità allo Stato se non quella di definire i criteri di individuazione degli "assistiti". Il resto (misure previdenziali, assistenziali individuali o di sistema) è rinviato *sine die*.

Un testo molto limitato, quindi, rispetto alle aspettative e comunque non privo di coni d'ombra definitori e applicativi.

Finalità

Il primo articolo del testo unificato illustra le finalità della norma, ma si tratta più che altro di una descrizione dell'esistente: lo Stato «riconosce l'attività di cura non professionale e gratuita prestata nei confronti di persone che necessitano di assistenza a lungo termine a causa di malattia, infermità o disabilità gravi, svolta nel contesto di relazioni affettive e familiari, ne riconosce il valore sociale ed economico connesso ai rilevanti vantaggi che trae l'intera collettività».

In tale edulcorata premessa scompare l'evidenza che tale attività troppo spesso sussiste a causa dell'assenza o della limitazione di servizi di sostegno pubblici e accessibili alle famiglie, sia in forma diretta sia indiretta. Da notare come già il primo articolo limiti pure il raggio di azione alla gravità delle menomazioni (il termine disabilità ancora una volta non viene usato nell'accezione che discende dalla convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità). Solo l'ultima frase dell'articolo azzarda, a favore dei *caregiver*, una timida «tutela al fine di conciliarla alle esigenze personali di vita sociale e lavorativa».

Valorizzazione e sostegno

L'articolo che prevede futuribili e possibili azioni di sostegno è il secondo. Qui il relatore ha scelto, semplificandone di molto il disegno, la linea della proposta Angioni, cioè di orientamento alle Regioni che possono agire nei limiti di bilancio. Va anche detto che in realtà, anche in forza dell'attuale impostazione costituzionale (Titolo V), queste competenze sono esclusive delle Regioni, quindi al legislatore (nazionale) non rimangono che due opzioni: o fornire orientamenti generali e non vincolanti per una regolazione regionale o fissare dei livelli essenziali di assistenza, validi su tutto il territorio nazionale, che però dovrebbe adeguatamente finanziare. Il testo unificato sceglie la prima ipotesi (che non comporta impegno economico, evita attriti con le Regioni, ma al contempo rende alquanto probabile una profonda disomogeneità di trattamento sul territorio nazionale).

Gli interventi e le azioni che il secondo articolo profila come auspicabili (lo ripetiamo non sono diritti, né livelli essenziali, né obiettivi di servizio) sono numerosi e in alcuni casi viene da chiedersi perché non esistano già in modo consolidato.

Prendiamo ad esempio la prima lettera, la a), che prevede «un'informazione puntuale ed esauriente sulle problematiche dell'assistito, sui suoi bisogni assistenziali e sulle cure necessarie, sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, nonché sulle diverse opportunità e risorse esistenti nel territorio che possano essere di sostegno all'assistenza e alla cura». Francamente riteniamo questa indicazione esigibile, evidente e spesso praticata dai servizi sociali già oggi, senza la necessità di una nuova disposizione. E se non viene praticata non è certo per un vuoto normativo.

La stessa riflessione vale per la lettera l), che prevede la «domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari». Non appare "rivoluzionario" ri-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 288

cordare che la spedalizzazione a domicilio comporta già – ove tecnicamente possibile – l'esecuzione di visite specialistiche a domicilio. In molti territori già accade; laddove non è garantito non è certo, ancora una volta, a causa di un vuoto legislativo.

Le Regioni poi possono, in funzione della nuova norma se approvata, offrire «opportunità formative al fine di sviluppare maggiore consapevolezza rispetto al ruolo svolto, supporto psicologico, al fine di sostenere il *caregiver* nella ricerca e nel mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare, per prevenire rischi di malattie da stress fisico-psichico; consulenze e contributi per l'adattamento dell'ambiente domestico dell'assistito».

Più concretamente, le Regioni dovrebbero incentivare «soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale o assistenziale e interventi di sollievo, di emergenza o programmati, attraverso l'impiego di personale qualificato anche con sostituzioni temporanee» a domicilio. Il testo ricorda anche che è possibile «il supporto di assistenza di base attraverso assistenti familiari o personali» cioè che il *caregiver* può essere aiutato nello svolgimento delle sue attività dai servizi assistenziali.

Scompare dal testo unificato qualsiasi riferimento a tutela previdenziale, contributi figurativi, pensionamento anticipato, malattie professionali, infortuni e quant'altro, cioè le parti più appetibili e interessanti del disegno di legge Bignami.

Caregiver a denominazione variabile

Tutte queste azioni regionali (possibili) sono orientate, per espressa e letterale indicazione dell'articolo 2, a «*caregiver* che volontariamente prestano cura e assistenza a persone non autosufficienti». Va sottolineato in quanto il successivo articolo 3 cambia registro definitorio con una incertezza di tipo tecnico. L'articolo 3, infatti, reca: «Definizione di prestatore volontario di cura»; razionalmente viene da ritenere che sia la "nuova" definizione di *caregiver*, ma il disorientamento è conseguente alla precisazione «di competenza dello Stato», che favorisce un'interpretazione: le Regioni continuino pure a usare il termine *caregiver*, ma lo Stato per i suoi interventi di natura economica e sociale (non definiti) userà il termine "prestatore volontario di cura". Il che non è il massimo in termini di coerenza semantica né politica: potrebbe accadere che chi è un *caregiver* per la propria Regione non lo sia per il proprio paese.

La definizione adottata ha comunque tre tratti peculiari.

Il primo è la gratuità dell'assistenza, il che esclude la possibilità di considerare prestatore volontario di cura un familiare assunto come assistente.

Il secondo criterio è il grado di parentela o affinità: oltre al coniuge (inclusi unione civile o convivenza di fatto), vengono ammessi i familiari o gli affini entro il secondo grado e gli affidati.

Il terzo elemento è quello della situazione personale dell'assistito e appare la più critica, riprendendo in larga misura le indicazioni del Ddl Bignami che unisce in modo disarticolato definizioni normative già esistenti.

Non è previsto alcun riferimento formale all'obbligo della convivenza.

La definizione proposta per individuare l'assistito è: «A causa di malattia, infermità o disabilità gravi, è riconosciuto invalido civile al punto da necessitare assistenza globale e continua ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per almeno 54 ore settimanali, ivi inclusi i tempi di attesa e di vigilanza notturni».

Sotto il profilo tecnico rileviamo che il secco riferimento all'invalidità civile esclude – ad esempio – le persone cieche e sordocieche, oltre a tutte le persone con invalidità pur gravissime di altra origine (invalidi per servizio, del lavoro). Esclude inoltre i minori pur invalidi civili titolari di indennità di frequenza o i minori ciechi.

Il riferimento all'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992, inoltre, appare contraddittorio se abbinato all'indicazione delle 54 ore di assistenza. La definizione dell'articolo 3, comma 3, infatti, già prevede «un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione». Ci si chiede come «un intervento permanente, continuativo e globale» possa essere contingentato in 54 ore a meno di non ridiscutere la stessa legge 104/1992.

A ogni buon conto il successivo articolo 4 attribuisce al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministro della salute, il compito di definire con decreto le modalità di accertamento dei requisiti del prestatore volontario di cura e dell'assistito.

Forse il decreto potrebbe sanare anche altri dubbi applicativi e operativi quali ad esempio come trattare i casi di plurima presenza di persone con disabilità da assistere o la presenza plurima di persone con menomazioni non "sufficientemente" gravi ma ugualmente severe nello stesso nucleo.

Con l'ultimo comma dello stesso articolo il testo fissa un'ulteriore condizione: il riconoscimento della qualifica di prestatore volontario di cura preclude a tutti gli altri familiari lavoratori, fatta eccezione per i ge-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 290

nitori, la facoltà di godere delle disposizioni di cui all'articolo 33 della legge n. 104 del 1992, in relazione allo stesso assistito.

Nella sostanza, se si ottiene il riconoscimento (parrebbe a prescindere da effettivi benefici economici o sociali) di prestatore volontario di cura, nessun lavoratore dello stesso nucleo può accedere ai benefici dell'articolo 33 della legge 104/1992. Va ricordato che l'articolo in questione riguarda non solo i permessi, ma anche il divieto di trasferimento di sede di lavoro. L'estensore si è poi dimenticato di escludere anche i benefici del decreto legislativo 151/2001 (l'articolo 42 prevede i congedi biennali retribuiti).

4.5. I servizi di prossimità per la domiciliarità

Prospettiva n. 5 - Colmare gli squilibri territoriali creando un sistema di servizi di prossimità per la domiciliarità a livello di territorio/quartiere in grado di garantire all'anziano una continuità di cura adeguata alle sue condizioni, evitando che venga sottoposto a costrizioni o discontinuità traumatiche per il suo equilibrio psicofisico.

4.5.1. Superare la "babele"

Un primo dato da cui partire è l'immagine che si ricava dalla prima parte della ricerca caratterizzata da un'offerta domiciliare pubblica esigua, ben lontana da quella di altri paesi europei. I servizi per la domiciliarità, in particolare Sad e Adi, complessivamente hanno in carico percentuali di anziani minime, ai quali vengono erogati soprattutto interventi prestazionali; la loro efficacia globale nel sostenere i non autosufficienti e i loro *caregiver* è marginale, inoltre il panorama è estremamente variegato con esperienze regionali e locali di grande qualità a fronte di realtà in cui il servizio stenta a raggiugere livelli di adeguatezza soddisfacente con picchi di mancata copertura del servizio che interessano intere aree del Meridione.

Un secondo dato è messo bene in luce dalla ricerca *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa* promossa da Italia Longeva nel 2017[134]. È nella "babele" dei servizi della domiciliarità, infatti, che anche gli sforzi più generosi di famiglie e operatori pubblici e privati, incontrano le maggiori difficoltà.

La "babele" trae origine, secondo le parole del presidente di Italia Longeva, da «impostazioni e soluzioni che variano a partire dai distretti di una stessa Asl, frutto abnorme del Titolo V e dell'autonomia». Questo determina a livello locale un'interpretazione e una declinazione dell'impianto normativo secondo modelli organizzativi talvolta estremamente differenti tra loro. In particolare, ad esempio, si denuncia come, spesso, «l'integrazione si attui nella persona stessa dell'assistito», destinatario di prestazioni sia sanitarie che sociali, sia afferenti alla Asl che al Comune, ma assolutamente non coordinate fra loro. Nella maggior parte dei casi si rileva, inoltre, che le prestazioni sono realizzate da operatori che, facendo capo a enti differenti, non sono coinvolti in momenti di raccordo strutturati. È più frequente che Asl e Comuni rispondano separatamente ai bisogni sanitari e sociali degli utenti, salvo casi di "buona volontà" degli operatori nel garantire l'integrazione. Emerge soprattutto un'asimmetria tra Asl e Comuni, con le Asl a rappresentare realtà più strutturate e i Comuni caratterizzati da forti differenze in termini di dimensioni, e quindi di disponibilità di risorse, che comportano ritardi nell'attivazione della parte sociale e limiti nelle ore erogate e nelle attività svolte.

È in questo quadro, ben descritto nella ricerca di Italia Longeva, che si inserisce l'attività di cura che i *caregiver* svolgono quotidianamente all'interno del nucleo familiare. Una complessa rete di relazioni assistenziali, un mix di servizi pubblici, privati e familiari dal quale dipende il carattere stesso dell'assistenza, ma che tuttavia presenta diffuse e profonde smagliature verticali e orizzontali. L'obiettivo prioritario è, dunque, intervenire per dare coerenza a quella rete di servizi di prossimità per la domiciliarità a livello di territorio/quartiere in grado di garantire all'anziano una continuità di cura adeguata alle sue condizioni, evitando che venga sottoposto a costrizioni o discontinuità traumatiche per il suo equilibrio psicofisico.

4.5.2. Pensare per reti integrate nel territorio

Assumere come obiettivo il funzionamento della rete di relazioni significa prendere in considerazione tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, per raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaria, rionale o amicale, sino a spingersi verso l'insieme dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale e dai servizi

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 292

messi in atto dall'ente locale alle strutture sociosanitarie e residenziali presenti sul territorio.

Questo comporta acquisire le indispensabili conoscenze circa le diverse situazioni e problematiche che caratterizzano la popolazione anziana negli specifici contesti regionali e/o locali. Il livello di integrazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria, le tipologie alternative di gestione dei servizi, le modalità di integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi pubblici, le conseguenze a lungo termine delle contribuzioni economiche dirette in seno alla famiglia, la distribuzione territoriale dei presìdi sanitari e per l'assistenza sono solo alcuni degli aspetti che possono contribuire alla costruzione della "rete" e di cui sarebbe grave sottovalutare l'importanza ai fini degli effetti sull'anziano, sulla famiglia e sul sistema di welfare stesso.

Allo stesso modo andrà approfondita nel dettaglio la struttura delle reti informali di aiuto, dei processi relazionali impliciti, del rapporto tra esigenze dell'anziano ed esigenze dei familiari che se ne occupano, consapevoli che questo significa mettere mano a uno dei nodi fondamentali del dibattito sui sistemi di domiciliarità di cui si stenta invece a riconoscere l'importanza.

Coordinare la rete dei diversi soggetti impegnati nell'assistenza si manifesta a un duplice livello: da un lato, in rapporto agli altri servizi esistenti, messi in atto dall'ente pubblico (Sad, Adi, contributi economici, altri servizi domiciliari); dall'altro, in relazione alla rete informale di assistenza presente alle spalle dell'anziano.

Sul primo versante, l'attività dei *caregiver* è spesso finalizzata a soddisfare un insieme di bisogni più ampio di quelli meramente sociali (medicazioni, assunzione di farmaci, prestazioni infermieristiche eccetera) coprendo anche necessità di natura sociosanitaria. Con un ventaglio talmente ampio di prestazioni, l'attività dei *caregiver* si sovrappone spesso ad altri servizi e interventi presenti sul territorio ed erogati dall'ente pubblico quali l'Adi, il Sad, l'indennità di accompagnamento, i buoni erogati da alcune municipalità eccetera. Ciò che trasforma questo vasto panorama in una qualità potenziale è l'integrazione della rete dei servizi che dovrebbero funzionare come una sorta di "filiera", intendendo con questo un insieme di servizi realizzati da organizzazioni diverse che si comportano come fossero segmenti o comparti di un'unica impresa generale. La filiera è una modalità organizzativa che sviluppa l'idea della rete coordinata e flessibile.

Per ottenere questo risultato è imprescindibile l'azione di coordinamento dell'ente pubblico che deve essere in grado di organizzarsi e di svolgere un costante ruolo di programmazione e di monitoraggio delle diverse maglie della rete, costruendo forme adeguate di cooperazione e integrazione tra Asl, Municipalità, Province e Regione, ai fini di un'erogazione razionale e flessibile dei servizi. Risulta così imprescindibile la sottoscrizione di accordi progettuali tra i soggetti decisori presenti sul territorio ai diversi livelli, volti alla creazione di chiare linee di indirizzo verso la costituzione di reti integrate di servizi sul territorio.

Sul secondo versante, l'attività di cura si inserisce in una rete relazionale composta non solo dall'anziano e dalla famiglia, ma anche, spesso, dalla rete di vicinato, da quella amicale e di volontariato, dalle quali non è possibile prescindere.

Spesso, purtroppo, l'esistenza di questo insieme di relazioni non è direttamente indagata dai responsabili dei servizi, con l'inevitabile conseguenza che la rete familiare, amicale e sociale si dissolve nel vuoto di legami significativi per la persona anziana e nella costruzione dello stereotipo comune dell'anziano solo. Questa miopia nei confronti della rete esterna alle mura domestiche può portare alla riduzione del concetto di domiciliarità al puro intervento di assistenza domiciliare, con il rischio di espellere, anche involontariamente, soggetti che sono una risorsa significativa per l'anziano che vive solo.

L'ente pubblico è dunque chiamato a sostenere la capacità innovativa, creativa e forse ancor più tradizionale, verso la soddisfazione dei bisogni che emergono dall'insieme del sistema relazionale dell'anziano e della sua famiglia. Non farlo sarebbe un errore in quanto indurrebbe a sottovalutare le residue capacità relazionali e autorganizzative della rete di cura informale con il rischio di isolare la famiglia dal contesto sociale di riferimento.

È dunque opportuno che l'ente pubblico promuova interventi che tengano conto delle diverse dimensioni della persona, superando il nodo della somministrazione della mera prestazione per privilegiare il territorio/quartiere, non dimenticando il possibile desiderio di presenza nella dinamica sociale ancora viva nella persona non autosufficiente. Esperienze di assistenzialismo volontario da parte di Ong, parrocchie, associazioni, centri sociali comunali per anziani, gruppi di mutua assistenza geriatrica organizzati su base rionale, sono ancora presenti in molte realtà, spesso sostenuti da politiche e finanziamenti comunali.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 294

Mettere in rete le possibilità offerte, partendo dalla realtà territoriale, dovrebbe essere compito dell'ente locale, chiamato a definire, nell'ambito del piano sociale di zona, la rete complessiva dei servizi e degli interventi rivolti ai cittadini: attraverso un maggior coordinamento tra le realtà territoriali, i Comuni e le Asl possono promuovere un insieme di regole e procedure orientate all'adeguatezza dei bisogni, all'efficacia dei metodi e degli investimenti, all'uso ottimale delle risorse impiegate e alla sinergia con le risorse – anche informali – presenti sul territorio, orientando l'intero processo verso un «sistema di servizi di prossimità per la domiciliarità».

Per perseguire questo obiettivo servono certamente più risorse, ma serve soprattutto un uso diverso di quelle che ci sono, nel segno della ricomposizione di ciò che oggi si presenta come frammentato, sia in termini di competenze sia di risorse sia di organizzazione dei servizi.

4.5.3. Integrare i livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza (Lesna)[135] *con i livelli essenziali di assistenza (Lea)*[136]

Dalla costruzione di un sistema a rete di servizi di prossimità dipenderà in larga misura anche l'effettiva esigibilità dei Lesna e dei Lea in modo equilibrato sul territorio.

L'esperienza insegna che non basta scrivere un elenco di livelli essenziali delle prestazioni per garantire che ci sia un contenimento delle disuguaglianze delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini tale da poter condividere una comune cittadinanza, bisogna dunque individuare quali sono i punti critici su cui intervenire. In questo senso cruciale è il significato di "presa in carico". A riguardo nella proposta di legge del 2005 delle organizzazioni sindacali si precisa con nettezza che «il momento di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza meritevole di sostegno non sia disgiunto da quello della definizione del progetto di intervento personalizzato, qualunque sia il livello di disabilità». Se interpretata così la presa in carico, attraverso il punto unico di accesso, non è un servizio che si può appaltare a strutture accreditate come fosse una normale fornitura di un servizio di consulenza, perché lì si combinano valutazioni del bisogno e valutazioni dell'appropriatezza dell'intervento (sanitario, sociosanitario e socioassistenziale) che impattano non solo sui diritti della persona ma anche su rilevanti interessi pubblici.

Da questo discende una serie di problemi che attengono:

1) all'integrazione dei servizi: bisogna affrontare seriamente il problema che la maggior parte dei Comuni, titolari della competenza in materia di assistenza sociale, data la loro ridotta dimensione, possono esercitare tale compito solo se lo esercitano in forma associata. Ma nel rapporto con le competenze sanitarie quella forma associata entra in sofferenza perché il luogo dell'integrazione, il distretto, è venuto assumendo dimensioni sempre maggiori. Per cui, da un lato, non sempre gli ambiti corrispondono ai distretti, dall'altro, l'ambito è un perimetro territoriale ma non un "soggetto istituzionale". Questa è una delle ragioni per cui il servizio sociale è ridotto in molti Comuni. Evidentemente la coincidenza tra ambito e distretto è una scelta dalla quale non si può prescindere. È lecito interrogarsi, quindi, se non si debba individuare un ambito istituzionale più idoneo per garantire un adeguato livello di integrazione dei servizi;
2) all'integrazione dei Lesna con i Lea sanitari verso la definizione di obiettivi "congiunti" e verso il budget di cura. L'integrazione tra Lea e Lesna la si può immaginare in tre stadi:
   - a livello della definizione stessa dei livelli essenziali, che dovrebbero essere definiti congiuntamente, in occasione del periodico aggiornamento dei Lea e con standard di prestazioni nei vari campi; residenziale, semiresidenziale e domiciliare anche con una revisione dei livelli reciproci di concorso nella copertura dei costi, e in questo quadro andrebbe affermata una copertura dei costi a carico della sanità per l'assistenza dei disabili gravissimi più ampia, se non integrale, anche per far fronte a sentenze come quella della Cassazione del 2012 sulla pertinenza degli oneri per l'assistenza ai malati di Alzheimer;
   - a livello regionale caratterizzato da obiettivi di copertura delle prese in carico che siano reciproci, e rendendo obbligatorio il piano sociosanitario che oggi fanno solo alcune Regioni;
   - a livello del distretto, non solo in sede di programmazione ma nella definizione del piano individuale e nell'individuazione di un responsabile della gestione del piano individuale fatto di prestazioni e servizi di varia natura (sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale) gestite come budget del piano individuale, a completamento e integrazione di quanto già previsto dal comma 3 dell'articolo 21 del decreto Lea[137];
3) alla necessità di adottare parametri di riferimento, indicatori di efficacia, sui quali misurare l'attuazione dei livelli essenziali superando l'attuale limite per cui la verifica si fa sulla media e sulla tendenza, non su standard minimi di copertura da garantire.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 296

4.5.4. Dare continuità al sistema residenzialità/domiciliarità

I due pilastri su cui si fonda la Ltc in Italia, residenzialità e domiciliarità, non presentano solo problemi di efficienza ed efficacia interna, ma soffrono anche del limite di essere estranei l'uno all'altro. Questa rigidità crea non pochi problemi alla maturazione di un'idea di Ltc più aderente alle esigenze degli anziani in quanto più flessibile nelle soluzioni che offre. In questa direzione negli ultimi anni in alcune realtà del paese si sono andate sviluppando interessanti sperimentazioni promosse da organizzazioni del *no profit*. L'idea di fondo è quella di ampliare tanto il concetto di residenzialità quanto quello di domiciliarità. Da una parte, si pensa che le residenze si debbano aprire al territorio, in questo caso si parla di "residenze aperte" (Lombardia), e in tutti i casi a una residenzialità "leggera" o forme di "abitare protetto". Nello stesso tempo si tende a far coincidere la domiciliarità con un sistema a rete, fondato sull'intreccio di politiche diverse e inclusive e sulla responsabilità partecipe della comunità locale, che accoglie l'anziano e accompagna chi lo aiuta. È infatti maturata la consapevolezza che né le varie unità d'offerta sociosanitarie né le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nel luogo primario di vita e delle relazioni: la loro casa.

Modalità nuove e più efficaci, dunque, tanto sul fronte della residenzialità, non basta adeguare il numero dei posti letto di cui, comunque, c'è un grande bisogno, quanto su quello della domiciliarità, che non può più limitarsi a mera somministrazione di servizi domiciliari né, tantomeno, a una mera "badantizzazione" del welfare, ma devono ambedue esplorare prospettive più ampie.

4.5.5. Assicurare presìdi di servizi di cura intermedia

Nell'idea di una rete territoriale a supporto della domiciliarità un'attenzione del tutto particolare deve essere dedicata ai servizi per le cure intermedie. È indubbio infatti che al crescente numero di anziani non autosufficienti farà riscontro una crescita della domanda delle cure sanitarie. Pensare che questa possa essere adeguatamente affrontata o con il ricorso all'ospedale o presso il domicilio è del tutto irrealistica, oltreché estremamente costosa tanto per il pubblico (domanda di ospedalizzazione) quanto per il privato (assistenza a domicilio). Si pone quindi l'esigenza di servizi intermedi di cura.

Come viene chiarito nel sesto rapporto *Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia* del Network non autosufficienza, le strutture per le cure intermedie vanno a intercettare un bisogno effettivo del sistema sanitario italiano derivante dalla permanenza di difficoltà nella dimissione dei pazienti dall'ospedale e di garanzia della continuità assistenziale. «Infatti, le strutture residenziali attuali non rispondono, se non in parte, a questo tipo di esigenze perché sono organizzate soprattutto per gestire la fase lungodegenziale, e molto meno per gestire la fase di transizione fra l'ospedale e il domicilio sia per quantità che per qualità (intensità dell'assistenza) delle strutture. Inoltre, considerato il numero, l'età e la multiproblematicità dei pazienti post acuti, è emersa la necessità di un approccio multidimensionale con una presa in carico globale, con la finalità di curare la non autosufficienza e i pazienti fragili con maggiore efficacia e a un costo minore di quello ospedaliero».

Nel rapporto si precisa inoltre che «a tutt'oggi dunque, ci sono bisogni non pienamente soddisfatti nei percorsi di continuità assistenziale e nella costruzione dei *setting* assistenziali che portano ad affermare l'utilità di una nuova struttura assistenziale che è "intermedia" fra ospedale e territorio. Nel senso che è intermedia fra ospedale e altre strutture residenziali ma anche intermedia fra ospedale e domicilio. Il problema è che tale nuovo *setting* assistenziale va a inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, Rsa, strutture residenziali riabilitative) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede un'attenta regolamentazione».

A dare risposta a questa delicata problematica provvede il decreto del Ministero della salute n. 70 del 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"[138], che così si esprime in merito alla continuità ospedale/territorio: «L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata sia in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale a una centrale della continuità o altre strutture equivalenti poste sul ter-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 298

ritorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016».

Il decreto precisa inoltre che per struttura intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea a ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
  - consolidare le condizioni fisiche;
  - continuare il processo di recupero funzionale;
  - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero;
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il Mmg richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

A oggi, purtroppo, solo una minoranza di Regioni ha provveduto a dare seguito a quanto previsto dal decreto ministeriale.

4.5.6. Istituire la figura del "**case manager** – *gestore del caso*"

Gli oneri e le difficoltà che emergono per le famiglie e le responsabilità che ne derivano in termini di rischi, hanno portato in via sperimentale alcune strutture territoriali ad attrezzarsi con servizi di garanzia in grado di sostenere situazioni di crisi e bisogni urgenti, e di promuovere un percorso di monitoraggio e supporto continui.

La programmazione dei servizi territoriali prevede in alcuni casi azioni di sostegno dell'area privata in termini di *tutoring*: individuato nella figura ora dell'operatore domiciliare, ora dell'operatore sociosanitario, il *tutor* domiciliare si mette a disposizione del *caregiver* principale, per far fronte alle fasi più delicate e critiche del lavoro di cura (aggravamenti dello stato di salute dell'assistito, emergenze, ricoveri o dimissioni ospedaliere, malattia e periodi d'assenza dell'assistente). Le principali funzioni del servizio di affiancamento sono: raccogliere le richieste della famiglia,

verificare le attività di cura svolte in relazione alle esigenze dell'anziano, aiutare i *caregiver* (o l'assistente familiare) a rafforzare le competenze ove necessario, analizzare le condizioni abitative dell'anziano e verificare il bisogno di ausili e modifiche strutturali, assistere la famiglia nell'organizzazione delle attività e nell'assolvimento dei compiti più delicati e intervenire in caso di difficoltà psicologiche ed emozionali. Si tratta quindi di un servizio di affiancamento e garanzia che dovrebbe divenire strutturalmente complementare e aggiuntivo alle prestazioni acquistate sul mercato privato.

Numerosi sono gli interventi di studiosi ed esperti che concordano sulla necessità di creare una figura in grado di accompagnare il percorso assistenziale, con forme di pianificazione, sostegno e monitoraggio. In particolar modo si sottolinea la necessità di una figura in grado di:

- definire un piano di intervento multidisciplinare e personalizzato che tenga in considerazione sia i bisogni sanitari e le necessità socioassistenziali sia la presenza di una rete di sostegno all'attività curante;
- garantire la continuità del progetto assistenziale in caso di sostituzione dell'assistente familiare, attivando verifiche periodiche sullo stato di salute degli utenti e sull'operato dei responsabili della cura;
- garantire un filtro ai servizi della rete, evitando dispersioni di energie e un incontro tra domanda e offerta più razionale ed efficiente;
- orientare l'utente e la sua famiglia nel loro incontro con l'offerta di servizi, facendosi garante delle scelte operate dai soggetti in fase di valutazione;
- assicurare il coordinamento e la razionale cooperazione dei servizi, creando una rete che condivida i singoli progetti individuali di assistenza.

La questione di fondo, dunque, risulta essere l'esigenza di una figura di riferimento in grado di offrire un giudizio complessivo delle condizioni dell'utente e di seguirlo in tutte le fasi del processo di cura, supportando, allo stesso tempo, la famiglia nelle scelte e indirizzando l'attività svolta, soprattutto nelle prime fasi del percorso assistenziale. In questo frangente, fondamentale risulta essere la figura di un responsabile del caso (*case manager*) che in collaborazione con l'assistenza sociale, il medico di base e le altre realtà assistenziali di zona, sia in grado di guardare al singolo caso nella sua totalità, considerando tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale, valutando l'esistenza di una rete alle spalle dell'anziano fragile, trasmettendo alla famiglia una map-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 300

pa delle risorse esistenti, aiutandola nella costruzione di un circuito di sostegno mirato, a integrazione del lavoro di cura assicurato dall'assistente familiare.

4.6. Il lavoro di cura

Prospettiva n. 6 - Qualificazione, riconoscimento, emersione del lavoro di cura, anche a fronte del prevedibile incremento della domanda, attraverso processi di riorganizzazione del "settore" in forme di imprese profit e no profit.

4.6.1. La futura domanda di lavoro di cura

Valutare quale sarà la futura domanda di lavoro di cura è un esercizio di non semplice svolgimento in quanto non sono disponibili dati sistematici a supporto. Stando tuttavia all'andamento di tutti gli indicatori, nei prossimi anni assisteremo a una sicura e progressiva crescita della domanda di lavoro per la cura degli anziani tanto in ambito pubblico, quanto nel lavoro privato e del terzo settore.

Qui di seguito prenderemo in esame alcuni di questi indicatori per valutare il trend della domanda di lavoro nei prossimi anni.

Come primo indicatore assumiamo innanzitutto l'aumento della popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura che passerà dai circa 2,5 milioni valutati dall'Istat nel 2013 ai circa 3,5-3,9 milioni nel 2045 secondo lo scenario di previsione intermedio.

Come secondo indicatore assumiamo a riferimento il calcolo dell'*Oldest support ratio* per il 2016, 2025, 2045 e 2065 (tabella 31). Da questo ricaviamo che il rapporto tra le due classi di età passa dall'1,8 del 2016, praticamente due persone di età compresa tra 40 e 65 anni per ogni persona con età superiore ai 65 anni, a un rapporto di 1,6 nel 2025, leggermente inferiore rispetto al 2016, per precipitare allo 0,98 nel 2045, praticamente meno della metà, che grosso modo si conferma anche nel 2065.

Già da questi due indicatori, aumento degli anziani con difficoltà funzionale nell'ordine di 1,5 milioni di unità e riduzione del lavoro di cura familiare di circa la metà dell'attuale, si può desumere con una certa attendibilità che la domanda di operatori nel lavoro di cura si aggirerà a non meno di un milione.

A supporto prendiamo a riferimento un terzo indicatore relativo alle lavoratrici e ai lavoratori che svolgono la professione di assistenti familiari. A riguardo gli unici dati attendibili sono desumibili dall'osservatorio dell'Inps sul lavoro domestico[139]. Da questo deduciamo che nel 2015 i lavoratori domestici erano 886.125, di cui 375.560 (42,4%) erano badanti. Dal 2009 al 2015 il loro numero è in progressiva crescita, assoluta e percentuale, passando dal 26 per cento dei lavoratori domestici nel 2009 al 42,4 per cento, con un incremento del 46,1 per cento. Certo la crisi ha toccato anche questo settore, rendendolo ancora più opaco, certamente più sommerso, in parte ridimensionandolo. L'Inps calcola comunque che ogni 28 famiglie vi sia un lavoratore domestico, mentre il Censis nel 2010 ne quantifica una ogni dieci, facendo emergere come vi siano 1.538.000 persone che prestano il loro lavoro in 2.412.000 famiglie.

Un quarto indicatore è il lavoro pubblico impegnato nell'ambito dei presìdi sociosanitari[140]. Qui ricaviamo che nel 2013 il personale impegnato ammontava a 362.499 lavoratori di cui 308.125 retribuiti e 54.374 volontari, rispettivamente 85 e 15 per cento. Nel 2009 il totale era di 363.607 di cui 321.194 lavoratori retribuiti e 42.413 volontari: rispettivamente 88,3 e 11,7 per cento. Tra il 2009 e il 2013 il totale del personale è diminuito dello 0,3 per cento, quello retribuito è diminuito del 4,1 per cento, mentre il volontario è aumentato del 28,2 per cento. Il rapporto tra personale retribuito e assistiti è di 1,14.

Se rapportiamo i 384.450 posti letto presenti nei presìdi, 6,3 ogni 1.000 persone residenti, al numero dei principali paesi Ocse dove i servizi residenziali per anziani sono organizzati su un'offerta che varia da quattro a otto posti letto per 1.000 abitanti (o meglio da 30 a 60 posti per 1.000 anziani), ne deriviamo una necessità di adeguamento di circa 111.000-500.000 posti per allineare il nostro paese al valore medio Ocse. Considerando che l'attuale rapporto lavoro/posti letto è di uno a uno, anche qui ci troviamo di fronte a una crescente domanda di lavoro dell'ordine di 100-500 mila posti di lavoro.

Si può valutare, in conclusione, che la futura domanda di lavoro di cura sarà superiore agli attuali livelli di almeno un milione di *caregiver* professionali.

4.6.2. Il superamento del "badantato"

Come risulta evidente dai dati riportati sopra, il lavoro di cura nell'ambito della domiciliarità è caratterizzato da una presenza rilevante di

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 302

lavoro informale, il così detto "badantato". Come detto, questa è stata una risposta spontanea delle famiglie efficace e, tutto sommato, a basso costo. Pensare, tuttavia, che il futuro della domiciliarità possa continuare a fondarsi sulla prevalenza del ruolo delle badanti nelle forme assunte nel recente passato, sarebbe una visione miope in quanto con estrema difficoltà consentirebbe di risolvere le criticità da più parti rilevate. È innegabile infatti, che il ricorso alle badanti, pur avendo avuto degli indiscutibili meriti di far fronte a una grave carenza del welfare, è caratterizzato da:

- *una rilevante presenza di lavoro nero*. L'impegno nell'emersione è un primario interesse economico e sociale. Stime di varie fonti sostengono che le persone che lavorano in nero nell'assistenza agli anziani siano quanto meno il doppio delle 375.560 rilevate dall'osservatorio Inps nel 2015. Negli ultimi anni non ci sono stati interventi particolari per regolare il mercato privato delle assistenti familiari. In linea generale, sono disponibili degli incentivi fiscali per i destinatari delle cure e per le relative famiglie che impiegano lavoratori nel settore dell'assistenza domiciliare con contratti regolari (legge n. 342/2000 e legge n. 296/2006). L'opzione strategica principale adottata per affrontare il caso dei cittadini extracomunitari in questione è stata la legalizzazione di quelle persone impiegate nel mercato parallelo senza un regolare contratto o anche un permesso di soggiorno. Alcuni decreti *ad hoc* hanno permesso sia ai migranti sia ai loro datori di lavoro di regolarizzare la loro posizione senza conseguenze legali.
  È questa una strada che va ripresa con più decisione interrompendo il circuito delle reciproche convenienze: le famiglie pagano meno e sono libere da vincoli, mentre le assistenti familiari rinunciano a un insieme di garanzie e di tutele, in cambio di una paga più vantaggiosa. Si tratta di lavorare per fare in modo che il costo della regolarizzazione non sia troppo elevato per le famiglie, prevedendo, ad esempio, misure di detrazione dal reddito e che allo stesso tempo garantisca un ritorno economico per le lavoratrici;
- *bassa qualificazione professionale.* L'emersione si deve accompagnare a un serio impegno per il riconoscimento professionale e contrattuale di queste lavoratrici a garanzia dei loro diritti, ma anche dell'anziano e delle famiglie. Una famiglia, quando decide di ricorrere a un assistente familiare per la cura del proprio anziano, deve essere messa in condizione di sapere quali competenze professionali le sono necessarie: questo è possibile solo se sono disponibili profili professionali definiti e riconosciuti. Nello stesso tempo l'assistente familiare deve essere messo in grado di far valere le sue competenze in quanto riconosciute nella forma contrattuale che garantisce i suoi diritti. Tutto questo, se coniugato contrattualmente con programmi di formazione, consente di avviare un processo di qualificazione diffusa di quell'insieme di assistenti familiari (badanti) a cui affidiamo la cura di persone a noi care senza avere nessuna garanzia della loro professionalità;
- *assenza di trasparenza nel rapporto domanda e offerta*. Una pluralità di soggetti individuali e collettivi negli ultimi anni si è attivata per intermediare l'incontro tra la domanda e l'offerta nel lavoro di cura. Il livello di trasparenza di questa sorta di servizio spesso lascia a desiderare sia dal punto di vista delle famiglie (tariffe, garanzia di professionalità, livelli di competenza, sicurezza) sia dal punto di vista dei lavoratori (salario, diritti contrattuali, formazione). Il tema è di una delicatezza straordinaria ed è possibile porvi rimedio promuovendo l'istituzione, come è stato fatto in alcune città, del "registro degli assistenti familiari" che raccoglie i nomi di chi fa assistenza agli anziani, garantendo a questo scopo una formazione specifica. Il registro dovrà essere reso disponibile a chiunque cerchi un assistente familiare di sicura esperienza e capacità. Duplice la finalità: fornire uno strumento che faciliti la ricerca di assistenti familiari qualificati e sostenere la crescita professionale e l'inserimento lavorativo di chi offre questo servizio.
  Il superamento di questi problemi è possibile alla condizione che l'intero sistema dei servizi informali nel lavoro di cura sia interessato da un processo organizzativo interno che lo conduca nel volgere di alcuni anni alla costituzione di imprese *profit* o *no profit*. Fortunatamente non si parte da zero e il terreno è fertile per l'ulteriore sviluppo di iniziative di varia ispirazione.

4.6.3. Il no profit nel lavoro di cura

Avendo visto quanto sia cresciuta la componente del lavoro volontario nell'ambito delle Rsa, e tenendo conto dell'impegno crescente sul fronte dell'assistenza delle organizzazioni *no profit*, si può sicuramente affermare che nei prossimi anni assisteremo a un significativo trend di crescita. Per valutarne con maggiore attendibilità le possibili evoluzioni un utile riferimento è il censimento permanente delle istituzioni *no profit* dell'Istat che a dicembre 2017 ha pubblicato i primi risultati. Anche qui, comunque, si riescono a ricavare dati aggregati con riferimento generale all'"assistenza e alla protezione civile".

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 304

Struttura e localizzazione territoriale del no profit

Un primo quadro ricavabile dalla ricerca è la struttura e la localizzazione territoriale delle istituzioni *no profit*. Al 31 dicembre 2015 le istituzioni *no profit* attive in Italia erano 336.275: l'11,6 per cento in più rispetto al 2011, e complessivamente impiegavano 5.528.760 volontari e 788.126 dipendenti. Rispetto al censimento del 2011 il numero di volontari cresce del 16,2 per cento mentre i lavoratori dipendenti aumentano del 15,8 per cento. Si tratta quindi di un settore in espansione in un contesto economico caratterizzato da una fase recessiva profonda e prolungata (2011-2013) e da una successiva ripresa (2014-2015) (tabella 91).

Le istituzioni che operano grazie all'apporto di volontari sono 267.529, pari al 79,6 per cento delle unità attive (+9,9 per cento rispetto al 2011); quelle che dispongono di lavoratori dipendenti sono 55.196, pari al 16,4 per cento delle istituzioni attive (+32,2 per cento rispetto al 2011).

Nel confronto con i dati rilevati nel 2011, tra le istituzioni con dipendenti diminuisce la dimensione media in termini di dipendenti, passando da sedici a quattordici nel 2015; tra le istituzioni con volontari aumenta invece lievemente la dimensione media in termini di volontari (ventuno nel 2015 a fronte dei venti del 2011).

Tabella 91
Numero di istituzioni no profit attive e di risorse umane impiegate. Valori assoluti e percentuali anni 2015 e 2011

	2015	2011	Var. % 2015/2011
Istituzioni no profit	336.275	301.191	11,6
Istituzioni con volontari	267.529	243.482	9,9
Volontari	5.528.760	4.758.622	16,2
Istituzioni con dipendenti	55.196	41.744	32,2
Dipendenti	788.126	680.811	15,8

La distribuzione territoriale delle istituzioni *no profit* conferma un'elevata concentrazione nell'Italia settentrionale (171.419 unità, pari al 51 per cento del totale nazionale) rispetto al Centro (75.751 unità, pari al 22,5 per cento) e al Mezzogiorno (89.105 unità, pari al 26,5 per cento). La Lombardia e il Lazio sono le Regioni con la presenza più consistente di istituzioni *no profit* (con quote rispettivamente pari al 15,7 e al 9,2 per

cento), seguite da Veneto (8,9%), Piemonte (8,5%), Emilia Romagna (8%) e Toscana (7,9%). Le Regioni con la minore presenza di istituzioni sono la Valle d'Aosta (0,4%), il Molise (0,5%) e la Basilicata (1%).

Le risorse umane

Le istituzioni *no profit* attive al 31 dicembre 2015 contavano sul contributo di 5.528.760 volontari e 788.126 lavoratori dipendenti. In media, l'organico è composto da sedici volontari e due dipendenti ma la composizione interna delle diverse tipologie di risorse impiegate varia notevolmente in relazione alle attività svolte, ai settori d'intervento, alla struttura organizzativa adottata e alla localizzazione. In particolare, nei settori della sanità e dello sviluppo economico e coesione sociale si riscontra, in media, una presenza molto più elevata di dipendenti pari rispettivamente a quindici e quattordici unità di personale.

A livello territoriale, le aree che presentano una maggiore concentrazione di dipendenti nelle istituzioni *no profit* registrano anche una maggiore intensità di risorse umane impiegate nel settore rispetto alla popolazione residente. Nel Nord-Est e nel Centro si rilevano i rapporti più elevati di volontari (pari rispettivamente a 1.221 e 1.050 persone per 10.000 abitanti) mentre in termini di dipendenti sono il Nord-Ovest e il Nord-Est a presentare il rapporto più elevato (pari rispettivamente a 169 e 156 addetti ogni 10.000 abitanti) (tabella 92).

Rispetto al 2011, si rileva per le Regioni del Sud una crescita particolarmente sostenuta in termini sia di dipendenti (+36,1%) sia di volontari (+31,4%).

Le attività

In base alla classificazione internazionale delle attività svolte dalle organizzazioni *no profit*, l'area cultura, sport e ricreazione è il settore di attività prevalente nel quale si concentra il numero più elevato di istituzioni: quasi 220.000, pari al 65 per cento del totale nazionale (tabella 93).

L'assistenza sociale (che include anche le attività di protezione civile), con quasi 31.000 istituzioni (pari al 9,2 per cento del totale), si distingue come secondo ambito di attività prevalente, seguito dai settori relazioni sindacali e rappresentanza di interessi (20.614 istituzioni, pari al 6,1 per cento), religione (14.380 istituzioni, 4,3 per cento), istruzione e ricerca (13.481 istituzioni, 4 per cento) e sanità (11.590 istituzioni, pari al 3,4 per cento). I restanti sei settori raccolgono l'8 per cento delle istituzioni *no profit*.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 306

Tabella 92

Dipendenti e volontari delle istituzioni no profit per Regione/Provincia autonoma e ripartizione geografica. Valori assoluti anno 2015, variazioni percentuali 2015/2011 e rapporto di incidenza sulla popolazione anno 2015

Regioni/Province autonome e ripartizioni	Dipendenti			Volontari		
	Valore assoluto	Var. % 2015/2011	Per 10.000 abitanti	Valore assoluto	Var. % 2015/2011	Per 10.000 abitanti
Piemonte	68.517	16,0	155,6	439.893	5,5	998,8
Valle d'Aosta	1.943	-8,0	152,6	25.935	38,7	2.036,9
Lombardia	179.956	8,5	179,8	1.009.795	24,1	1.009,0
Liguria	21.495	13,7	136,8	186.554	18,9	1.187,4
Nord-Ovest	**271.911**	**10,6**	**168,8**	**1.662.178**	**18,2**	**1.031,7**
Bolzano / Bozen	8.063	10,8	154,8	156.476	3,1	3.004,0
Trento	12.374	22,2	229,9	118.397	14,7	2.199,8
Trentino A. A.	20.438	17,5	193,0	274.874	7,8	2.595,3
Veneto	71.995	12,0	146,5	505.239	8,4	1.027,9
Friuli V. G.	17.728	15,5	145,2	168.916	4,4	1.383,2
Emilia Romagna	71.652	11,3	161,1	473.060	10,4	1.063,5
Nord-Est	**181.812**	**12,6**	**156,1**	**1.422.089**	**8,4**	**1.221,3**
Toscana	46.048	15,1	123,0	469.495	8,6	1.253,9
Umbria	11.325	18,1	127,1	133.042	24,4	1.492,9
Marche	17.828	15,3	115,5	177.966	11,3	1.152,8
Lazio	102.139	24,0	173,5	485.958	24,2	825,3
Centro	**177.339**	**20,3**	**147,0**	**1.266.461**	**16,2**	**1.049,5**
Abruzzo	10.455	25,3	78,8	129.354	46,0	975,1
Molise	2.981	23,2	95,5	25.255	13,7	809,4
Campania	30.022	53,6	51,3	238.858	50,1	408,2
Puglia	34.037	28,7	83,5	218.695	22,7	536,4
Basilicata	6.395	50,7	111,5	58.527	22,8	1.020,2
Calabria	10.641	26,2	54,0	97.717	9,6	495,9
Sud	**94.531**	**36,1**	**67,0**	**768.406**	**31,4**	**544,6**
Sicilia	41.174	3,8	81,1	216.534	-3,6	426,7
Sardegna	21.359	25,8	128,8	193.091	37,2	1.164,5
Isole	**62.533**	**10,4**	**92,9**	**409.625**	**12,1**	**608,4**
Italia	**788.126**	**15,8**	**129,9**	**5.528.760**	**16,2**	**911,4**

Fonte: Istat

Tabella 93

Istituzioni no profit per settore di attività. Valori assoluti, percentuali anni 2015 e 2011 e variazioni percentuali 2015/2011

Settore di attività prevalente	2015		2011		Var. % 2015/2011
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	
Cultura, sport e ricreazione	218.281	64,9	195.808	65,0	11,5
Istruzione e ricerca	13.481	4,0	15.528	5,2	-13,2
Sanità	11.590	3,4	10.975	3,6	5,6
Assistenza sociale e protezione civile	30.877	9,2	25.019	8,3	23,4
Ambiente	5.105	1,5	6.293	2,1	-18,9
Sviluppo economico e coesione sociale	6.838	2,0	7.458	2,5	-8,3
Tutela dei diritti e attività politica	5.249	1,6	6.810	2,3	-22,9
Filantropia e promozione del volontariato	3.782	1,1	4.844	1,6	-21,9
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.332	1,3	3.564	1,2	21,5
Religione	14.380	4,3	6.839	2,3	110,3
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	20.614	6,1	16.409	5,4	25,6
Altre attività	1.746	0,5	1.644	0,5	6,2
Totale	**336.275**	**100,0**	**301.191**	**100,0**	11,6

Fonte: Istat

Dal confronto con il censimento 2011, risulta che alcuni settori di tradizionale concentrazione delle attività *no profit* registrano un incremento del numero di istituzioni attive, anche se con differenti intensità: cresce la quota di istituzioni *no profit* a carattere religioso (+110,3%); seguono le istituzioni delle relazioni sindacali e rappresentanza di interessi (+25,6%), dell'assistenza sociale e protezione civile (+23,4%), della cooperazione e solidarietà internazionale (+21,5%). Le istituzioni attive in cultura, sport e ricreazione sono aumentate in misura leggermente inferiore alla media nazionale (+11,5%). Analogamente è accaduto per le istituzioni presenti nei settori della sanità (+5,6%) e delle altre attività (6,2%). Registrano invece un decremento: tutela dei diritti e attività politica (-22,9%), filantropia e promozione del volontariato (-21,9%), am-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 308

biente (-18,9%), istruzione e ricerca (-13,2%), sviluppo economico e coesione sociale (-8,3%).

Osservando la distribuzione delle risorse umane per settore di attività prevalente (tabella 94), si nota che i dipendenti delle istituzioni *no profit* sono prevalentemente concentrati in quattro ambiti che raccolgono l'86,1% dei dipendenti del settore: assistenza sociale e protezione civile (36%), sanità (22,6%), istruzione e ricerca (15,8%) e sviluppo economico e coesione sociale (11,8%).

Ancora più marcata è la concentrazione dei volontari nel settore prevalente: oltre tre milioni, pari al 56,6 per cento, svolgono la propria attività nelle istituzioni attive in cultura, sport e ricreazione. I settori dell'assistenza sociale e protezione civile e della sanità catalizzano rispettivamente il 16,1 e il 7,8 per cento dei volontari.

Tabella 94
Dipendenti e volontari delle istituzioni no profit per settore di attività prevalente. Valori assoluti e percentuali anno 2015

Settore di attività prevalente	Dipendenti		Volontari	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
Cultura, sport e ricreazione	46.803	5,9	3.128.701	56,6
Istruzione e ricerca	124.879	15,8	161.028	2,9
Sanità	177.725	22,6	428.744	7,8
Assistenza sociale e protezione civile	283.767	36,0	888.080	16,1
Ambiente	1.984	0,3	179.726	3,3
Sviluppo economico e coesione sociale	92.696	11,8	45.566	0,8
Tutela dei diritti e attività politica	3.527	0,4	128.057	2,3
Filantropia e promozione del volontariato	2.162	0,3	116.942	2,1
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.350	0,6	106.659	1,9
Religione	6.692	0,8	170.046	3,1
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	37.925	4,8	165.144	3,0
Altre attività	5.617	0,7	10.068	0,2
Totale	**788.126**	**100,0**	**5.528.760**	**100**

Fonte: Istat

Dal confronto con il 2011, nell'ambito dei settori più consistenti, emerge che l'assistenza sociale e protezione civile è uno dei settori più dinamici del *no profit* con una crescita sia dei dipendenti (+26,1%) sia dei volontari (+48,3%) (tabella 95).

Tabella 95
Dipendenti volontari delle istituzioni no profit per settore di attività prevalente. Variazioni percentuali 2015-2011, valori medi e dipendenti per 100 volontari

Settore di attività prevalente	Variazione % 2015/2011		Numero medio per istituzione		Dipendenti per 100 volontari
	Dipendenti	Volontari	Dipendenti	Volontari	
Cultura, sport e ricreazione	3,0	11,1	0,2	14,3	1,5
Istruzione e ricerca	2,9	-8,9	9,3	11,9	77,6
Sanità	11,9	27,0	15,3	37,0	41,5
Assistenza sociale e protezione civile	26,1	48,3	9,2	28,8	32,0
Ambiente	-54,6	28,2	0,4	35,2	1,1
Sviluppo economico e coesione sociale	25,9	-21,1	13,6	6,7	203,4
Tutela dei diritti e attività politica	-21,4	-18,8	0,7	24,4	2,8
Filantropia e promozione del volontariato	-10,7	-2,8	0,6	30,9	1,8
Cooperazione e solidarietà internazionale	139,5	35,2	1,0	24,6	4,1
Religione	135,1	9,9	0,5	11,8	3,9
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	3,0	46,7	1,8	8,0	23,0
Altre attività	55,3	27,8	3,2	5,8	55,8
Totale	**15,8**	**16,2**	**2,3**	**16,4**	**14,3**

Fonte: Istat

I dipendenti crescono in misura superiore alla media nazionale anche nei settori delle altre attività (+55,3%) e dello sviluppo economico e coesione sociale (+25,9%), in cui operano le istituzioni *no profit* con una struttura organizzativa più complessa. Nei settori della sanità, dello sviluppo economico e coesione sociale, dell'istruzione e ricerca e dell'assistenza sociale e protezione civile svolgono la loro attività le istituzioni con un numero di dipendenti molto più alto della media nazionale (pari rispettivamente a quindici per la sanità, quattordici per lo sviluppo economico e coesione sociale e nove per i settori dell'istruzione e ricerca e dell'assistenza sociale e protezione civile).

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 310

L'incremento maggiore in termini di volontari rispetto al 2011 viene invece registrato oltre che nell'assistenza sociale e protezione civile, nelle relazioni sindacali e rappresentanza di interessi (+46,7%), nella cooperazione e solidarietà internazionale (+35,2%), nell'ambiente (+28,2%) e nella sanità (+27%). Considerando il numero medio dei volontari per istituzione, quelle che mostrano un valore superiore alla media nazionale sono attive in via prevalente nei settori della sanità (37 volontari in media per istituzione), dell'ambiente (35), della filantropia e promozione del volontariato (31), dell'assistenza sociale e protezione civile (29), nei settori della cooperazione e solidarietà internazionale e della tutela dei diritti e attività politica (rispettivamente 25 e 24 volontari).

Un aspetto dell'indagine Istat che permette approfondimenti interessanti è costituito dai dati sulle *mission*, ossia le finalità perseguite (tabella 96). A livello nazionale, il 34,4 per cento delle istituzioni *no profit* ha come finalità il sostegno e il supporto a soggetti deboli e/o in difficoltà, il 20,4 per cento la promozione e la tutela dei diritti, il 13,8 per cento la cura dei beni collettivi.

Le finalità perseguite sono ovviamente connesse anche al settore nel quale l'istituzione opera in via prevalente. Infatti, la promozione e la tutela dei diritti è perseguita dall'89,9 per cento delle istituzioni che operano nel settore della tutela dei diritti e attività politica e dal 68,9 per cento di quelle che svolgono attività di relazioni sindacali e rappresentanza di interessi. Seguono, con quote superiori al dato nazionale, le istituzioni attive nei settori della cooperazione e solidarietà internazionale (35,1%) e della filantropia e promozione del volontariato (31,3%).

Il sostegno e il supporto a soggetti deboli e/o in difficoltà è la finalità del 79,3 per cento delle istituzioni attive nel settore della cooperazione e solidarietà internazionale, del 72,7 per cento attive nel settore dell'assistenza sociale e protezione civile e del 71,7 per cento di quelle che operano nel settore della filantropia e promozione del volontariato. Più della metà delle istituzioni che operano nel settore dell'ambiente hanno come finalità la cura dei beni collettivi (51,1%). Tale quota è superiore al valore nazionale anche nei settori della tutela dei diritti e attività politica (24,8%), della filantropia e promozione del volontariato (24,2%), delle altre attività (21,7%) e dello sviluppo economico e coesione sociale (20,5%).

Tabella 96
Istituzioni no profit per mission e settore di attività prevalente. Valori assoluti e percentuali anno 2015

Settore di attività prevalente	Promozione e tutela dei diritti		Sostegno e supporto di soggetti deboli e/o in difficoltà		Cura dei beni collettivi		Totale
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.
Cultura, sport e ricreazione	27.831	12,8	54.259	24,9	32.099	14,7	218.281
Istruzione e ricerca	2.788	20,7	4.743	35,2	1.151	8,5	13.481
Sanità	2.004	17,3	5.588	48,2	472	4,1	11.590
Assistenza sociale e protezione civile	9.139	29,6	22.463	72,7	2.632	8,5	30.877
Ambiente	1.435	28,1	895	17,5	2.607	51,1	5.105
Sviluppo economico e coesione sociale	1.540	22,5	4.071	59,5	1.400	20,5	6.838
Tutela dei diritti e attività politica	4.720	89,9	3.064	58,4	1.304	24,8	5.249
Filantropia e promozione del volontariato	1.184	31,3	2.713	71,7	914	24,2	3.782
Cooperazione e solidarietà internazionale	1.519	35,1	3.435	79,3	531	12,3	4.332
Religione	1.865	13,0	7.906	55,0	1.702	11,8	14.380
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	14.206	68,9	6.107	29,6	1.298	6,3	20.614
Altre attività	342	19,6	598	34,2	379	21,7	1.746
Totale	**68.573**	**20,4**	**115.842**	**34,4**	**46.489**	**13,8**	**336.275**

Fonte: Istat

4.6.4. Il profit nel lavoro di cura

Da tempo i produttori di servizi di cura sono sempre meno gli enti pubblici, il cui compito sta diventando sempre più quello di regolare e facilitare le reti assistenziali. La grande maggioranza delle prestazioni sociali di aiuto alla persona o di assistenza residenziale è oggi affidata a soggetti del terzo settore o a privati. Tra questi, emergono particolarmente le cooperative e le imprese sociali. È ovvio che un qualsiasi datore di lavoro che offre servizi di welfare aziendale non intende gestirli direttamente, privilegiando quindi contribuzioni e *voucher*, anche per dar modo ai lavoratori di scegliere il servizio più consono alle proprie esigenze.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 312

Tuttavia, se nel caso delle imprese *no profit* la recente indagine Istat è stata di aiuto per comprendere la consistenza del settore attivo nel campo dell'assistenza residenziale e domiciliare, poco o nulla si sa su cosa stia avvenendo nel settore *profit*. Le poche notizie si possono ricavare dai rilevamenti Istat sugli enti *profit* impegnati nel settore della residenzialità.

I dati dell'Istat sono in merito alla natura giuridica dei titolari dei presìdi da cui risulta che nel 2013 era in carico a enti *no profit* nel 44,7 per cento dei casi (42,9 per cento nel 2009), a enti pubblici nel 29 per cento (30,5 per cento nel 2009), a enti privati *profit* nel 25 per cento dei casi (23,3 per cento nel 2009).

Sempre l'Istat mette in evidenza come vari sensibilmente la situazione nelle diverse aree geografiche. Nel Nord-Ovest ben il 53,1 per cento della titolarità è di soggetti *no profit*; nel Nord-Est sono i soggetti pubblici ad avere una netta prevalenza con il 50,4 per cento; nel Centro c'è una situazione leggermente più equilibrata tra le tre titolarità: rispettivamente 24,5 per cento pubblico, 39,5 *no profit*, 32,1 *profit*.

E infine viene messo in evidenza come nel passaggio dal 2009 al 2013 ci sia un leggero ridimensionamento della titolarità pubblica a favore tanto del *no profit* che del *profit*.

L'indicazione che si può ricavare da questo andamento, anche se molto parziale, è un interesse prevalente del *profit* per la gestione delle strutture della residenzialità, e una delega al *no profit* della gestione dei servizi per la domiciliarità. Questo è in parte dimostrato anche dalla crescente attenzione che gruppi finanziari, anche internazionali, manifestano verso investimenti in strutture per la residenzialità

4.7. Politiche abitative per la domiciliarità

Prospettiva n. 7 - Una domiciliarità rivolta al futuro non può non fare della condizione abitativa in cui vivono milioni di anziani uno dei suoi temi cardine. Questo deve indurre ad accelerare la messa a punto di una strategia fondata su una più chiara percezione del problema che, come indica il rapporto *Anziani e casa nell'Unione europea* a cura dell'Osservatorio europeo del social housing, comporta di ripensare profondamente le relazioni degli anziani con la casa e il contesto di quartiere in quanto è sui caratteri di queste relazioni che si fonderà in futuro la qualità della vita nella terza e quarta età.

4.7.1. La qualità abitativa per la domiciliarità

Come abbiamo visto i risultati del secondo rapporto di Abitare e Anziani ci consegnano una realtà in cui il dato più rilevante è una popolazione anziana relativamente "ricca" sul piano patrimoniale, ma in larga parte relativamente povera sul piano reddituale, come messo bene in evidenza da una ricerca europea del Manneheim research institute for the economics of ageing (*AeA Informa,* n. 1-2/2006), e dunque in difficoltà a intraprendere, mancando di liquidità, quegli interventi di ristrutturazione e adeguamento delle abitazioni per renderle compatibili con le mutate esigenze.

I dati ci dicono, infatti, che il 54,9 per cento delle case degli anziani ha un'età media superiore ai cinquant'anni e, di conseguenza, mediamente vetusta, con ambienti e impianti vecchi, spesso fuori norma in materia di sicurezza e spesso caratterizzate dalla presenza di barriere architettoniche.

Si pone, quindi, con una certa urgenza la necessità di promuovere un programma finalizzato all'adeguamento delle abitazioni degli anziani, con interventi che riguarderanno sia le abitazioni che gli edifici per eliminare le barriere architettoniche, rendere più fruibili gli spazi di vita (presenza di dislivelli, porte e portoni troppo stretti, vasca da bagno inaccessibile, mancanza di ascensore nell'edificio), attrezzandoli di impianti domotici e di tecnologie per una vita più autonoma.

Occorre, inoltre, prendere in considerazione la possibilità di trasformare la gestione dell'abitazione, che il rapporto di AeA ci dice essere mediamente ridondante rispetto agli stretti bisogni degli anziani, da fonte non secondaria di spesa in una possibile fonte integrativa di reddito da realizzare attraverso un'ottimizzazione intelligente e attenta dell'uso del proprio patrimonio.

Si tratta di un'ipotesi di lavoro che in qualche modo la crisi ha spinto a essere adottata in via spontanea attraverso forme articolate di sub affitto e coabitazione. In non poche circostanze sono possibili interventi di modifica degli alloggi, se troppo grandi, creando unità abitative autonome o di *cohousing*, da condividere con parenti, amici, personale di assistenza, in cambio di aiuto e sostegno, o da affittare ad altri per ricavarne un contributo per le spese quotidiane.

Da questo punto di vista è significativo l'incremento di coabitazioni del +194,8 per cento nel decennio 2001-2011. Assecondare questa possibilità con misure adeguate di sostegno e accompagnamento può determi-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 314

nare una sorta di doppio dividendo: migliorare la condizione di vita degli anziani e contribuire a dare risposte alla domanda abitativa senza dover realizzare nuove abitazioni.

Un'ulteriore linea di intervento per andare incontro alla condizione abitativa degli anziani ci viene suggerita dalle esperienze nazionali e internazionali, riportate a seguire, da cui si ricava come ormai siano maturi i tempi per una nuova idea di abitare. Queste esperienze ci dicono come la casa del futuro non sarà più un microcosmo chiuso in se stesso come quello conosciuto nel passato, ma tenderà ad aprirsi e a proiettare fuori di sé una serie di attività e servizi in gestione comune che la renderanno sempre più aperta al contesto sociale. Si tratta di spazi e servizi, quali soggiorno, laboratorio, servizi di lavanderia, di assistenza e sorveglianza eccetera, utilizzati e gestiti in forma comune: i benefici economici e sociali che se ne possono ricavare sono straordinari proprio in rapporto ai bisogni degli anziani, in particolare quando sono soli. Non sfugge, infatti, che questi nuovi modelli abitativi si integrano e completano l'idea di un sistema di servizi di prossimità per la domiciliarità.

I sondaggi e le esperienze in corso dimostrano come questo nuovo modo di concepire l'abitare stia prendendo corpo spontaneamente. È evidente però che sostenerne e regolarne lo sviluppo ne potrebbe accelerare l'affermazione con enormi benefici in favore di quella parte di anziani che si trovano soli ad affrontare l'ultima stagione della loro vita.

Per questo insieme di ragioni, lungimiranti politiche abitative attente ai bisogni degli anziani possono giocare un ruolo fondamentale, in quanto consentirebbero di contrastare efficacemente il ricorso a strutture pubbliche e/o private parasanitarie, migliorando e rendendo più sicura la vita degli anziani nella loro casa con rilevanti benefici per la spesa sanitaria.

Va sottolineato come questa proposta, oltre a essere accolta con grande favore dagli uomini e dalle donne anziane e dalle famiglie, è anche più realistica in rapporto alla capacità di dare in tempi adeguati una risposta di carattere "istituzionale": tenendo conto della domanda potenziale, è incomparabilmente più conveniente da un punto di vista economico se teniamo conto che il mantenimento di un anziano in una struttura pubblica comporta oneri non inferiori a 1.500 euro al mese quando autosufficiente, che cresce più del doppio in caso di non autosufficienza.

4.7.2. Adeguare le abitazioni degli anziani alle loro nuove esigenze

L'obiezione che viene avanzata a fronte della richiesta di un programma di adeguamento delle abitazioni alle esigenze degli anziani, in particolare dal punto di vista dell'abbattimento delle barriere architettoniche e della dotazione di attrezzature domotiche di assistenza, è la mancanza di risorse. Ebbene adeguare le abitazioni conviene per l'anziano, la famiglia, la comunità e per il bilancio pubblico. È questa la conclusione a cui giunge l'interessante ricerca *Ausili e costi sociali* presentata dalla Ausilioteca Bologna[141].

Le ragioni della ricerca hanno preso le mosse proprio dalla preoccupazione di un incombente rischio nell'ambito sociosanitario di scelte di contenimento dei costi senza una sistematica e oggettiva conoscenza della materia su cui si va a incidere. La ricerca si interroga, infatti, sull'impatto economico oltre che finanziario (si parla dunque di risorse, non solo di spesa) che interventi di adattamento domestico anche attraverso l'adozione di tecnologie assistive ha su tutti gli attori coinvolti in una situazione di disabilità per diverse cause, fra cui l'età avanzata.

In sintesi, i risultati della ricerca sono i seguenti:

- effettivo incremento dell'autonomia delle persone con disabilità grazie all'individuazione di soluzioni appropriate e congrue che alleggeriscono o addirittura evitano l'assistenza da parte dei *caregiver* nella vita quotidiana;
- miglioramento della qualità della vita e possibilità di rimanere nella propria abitazione, garantendo migliore accessibilità e fruibilità dei propri spazi abitativi;
- notevole risparmio economico, valutato in rapporto ai costi sociali complessivi, già sul medio periodo. Dal punto di vista delle risorse economiche, a fronte di interventi la cui entità varia da un costo di quattromila euro (sostituzione vasca da bagno con piatto doccia filo pavimento) fino a più di centomila euro (intervento di ristrutturazione strutturale e impiantistico, con domotizzazione).

Fra tutte le soluzioni di adattamento dell'ambiente domestico, l'accessibilità del bagno è una delle più ricorrenti: spesso gli interventi consistono nella sostituzione della vasca con una doccia a pavimento; a volte si prevede un rifacimento dell'ambiente con una ricollocazione dei sanitari, atta a favorire la massima autonomia della persona con problemi di deambulazione o in carrozzina, oppure atta a consentire in modo agevole e non faticoso le attività di *care* legate all'igiene.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 316

Altro tema "caldo" è quello delle barriere verticali, che possono essere superate attraverso proposte di diverse soluzioni a seconda dei casi, come servoscala, ascensori, rampe, elevatori eccetera. A fronte di un intervento complesso e costoso, queste soluzioni abbattono spesso drasticamente il costo legato agli assistenti; dunque l'intervento di adattamento genera un significativo risparmio di risorse sia pubbliche sia private, oltre a prevenire rischi ed eventuali patologie muscoloscheletriche dei *caregiver*, altrimenti costretti a intervenire fisicamente per effettuare gli spostamenti.

Il massimo del vantaggio economico si realizza, comprensibilmente, nel caso in cui gli interventi di adattamento domestico consentano di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione: in questi casi si possono conseguire risparmi a cinque zeri già a tre o cinque anni.

4.7.3. Come realizzare queste trasformazioni

Si tratta innanzitutto di prendere atto che in prospettiva saranno crescenti i problemi derivanti da una quota di popolazione sempre meno autonoma nelle sue funzioni più elementari da cui ne consegue l'urgenza di una strategia che, come indica il rapporto *Anziani e casa nell'Unione europea* a cura dell'Osservatorio europeo del social housing[142] di seguito riportato, comporta di ripensare profondamente le relazioni degli anziani con la casa e il contesto di quartiere in quanto è sui caratteri di queste relazioni che si fonderà in futuro la qualità della vita nella terza e quarta età.

Per ridefinire queste relazioni non è necessario porre mano a grandi interventi, quanto piuttosto a diffuse e leggere misure di "riconversione", anche perché gli anziani mal sopportano bruschi cambiamenti del loro ambiente fatto di affetti, memorie, vicinanze, relazioni. Si tratta quindi di promuovere misure di sostegno a favore di azioni finalizzate all'adeguamento del patrimonio immobiliare esistente, in larga parte di proprietà degli anziani, adeguandolo ai moderni standard di sicurezza e comfort, dotandolo di tutte quelle tecnologie che rendono più agevole la gestione domestica.

Tutto questo comporta sicuramente l'impegno di adeguate risorse non solo private, ma anche pubbliche. Non si tratta, però, di quantità impossibili visto che le principali misure di sostegno pubblico agli interventi di adeguamento e ristrutturazione del patrimonio immobiliare sono già operative da anni con significativi risultati[143]. Si tratta invece di stabilizzarle e meglio indirizzarle sulla base di standard di qualità commisurati ai problemi di una crescente popolazione anziana.

Per questo è anche urgente rivedere la normativa che regola la qualità edilizia con particolare riferimento alle barriere architettoniche interne ed esterne all'abitazione. In larga misura le norme esistono e sono sufficientemente in grado di rispondere ai bisogni degli anziani, tuttavia il problema è il loro rispetto e attuazione, e in tutti i casi si pone l'esigenza di un'attenta verifica a fronte del salto quantitativo e qualitativo intercorso dalla loro ideazione a oggi. In particolare, dell'assenza di alcune fattispecie di servizi nella normativa sugli standard edilizi/urbanistici con particolare riferimento alla domiciliarità; dei concetti di accessibilità, visibilità e adattabilità fondanti il Dm 236/1989 sulle barriere architettoniche; delle tipologie edilizie residenziali, ma non solo; dell'adeguatezza dei regolamenti edilizi e condominiali.

Un terreno privilegiato di sperimentazione può essere individuato nell'ambito dei futuri programmi di edilizia pubblica, in quelli di *social housing*, nelle ristrutturazioni di edifici residenziali e non residenziali pubblici e privati esistenti (edifici dismessi o sottoutilizzati, ex caserme, patrimonio sequestrato alla criminalità organizzata). Considerando che molti di questi interventi interesseranno quote di patrimonio pubblico e vedranno sempre più impegnati come soggetti promotori e attuatori i fondi di investimento immobiliare, si porrà l'esigenza di una verifica attenta dei contenuti delle convenzioni nell'ambito delle quali verrà definito l'equilibrio tra finalità pubbliche dell'intervento e interessi privati coinvolti.

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

La proposta è di promuovere un diretto coinvolgimento delle amministrazioni territoriali al fine di realizzare una sorta di sportello di riferimento per la realizzazione del graduale processo di adeguamento del patrimonio immobiliare, a cui l'anziano può rivolgersi per avere un servizio affidabile, garantito, qualificato e integrato di supporto alle sue esigenze. Se le amministrazioni pubbliche sostenessero questo progetto, in breve tempo si potrebbe realizzare una rete di servizi diffusa nel territorio finalizzata all'adeguamento del patrimonio immobiliare che tenga dietro ai tempi del progressivo invecchiamento della popolazione.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 318

4.7.4. La casa da costo a fonte di reddito

In questo quadro in cui le risorse a disposizione degli anziani giocano un ruolo non secondario, va posta grande attenzione all'attuazione della legge n. 44 del 2015 che aggiorna le norme sul "prestito vitalizio ipotecario"[144]. Le modifiche introdotte al precedente testo intendono rendere tale istituto una forma di finanziamento garantito da una proprietà immobiliare residenziale, tale da consentire al proprietario – di età superiore a 65 anni – di convertire parte del valore dell'immobile in contanti per soddisfare esigenze di liquidità, senza che lo stesso proprietario sia tenuto a lasciare l'abitazione, ovvero a ripagare il capitale e gli interessi sul prestito fino alla scadenza del contratto. Gli interessi e le spese relative sono infatti capitalizzati periodicamente sul finanziamento originario e rimborsati alla data di decesso del mutuatario. Allo scadere del debito, gli eredi (nel caso il proprietario non decida di rimborsare anticipatamente il finanziamento), possono estinguere il debito nei confronti della banca e liberare l'immobile dall'ipoteca, vendere l'immobile ipotecato oppure, in ultima ipotesi, lasciare che la banca mutuataria venda l'immobile per rimborsare il proprio credito.

Rispetto agli schemi della cosiddetta nuda proprietà[145] – che hanno finalità analoghe – il prestito vitalizio ipotecario offre al mutuatario il vantaggio di non perdere la proprietà dell'immobile e, pertanto, di non precludere la possibilità per gli eredi di recuperare l'immobile dato in garanzia, lasciando a questi ultimi la scelta di rimborsare il credito della banca ed estinguere la relativa ipoteca. Scopo dell'istituto, così modificato, è di rendere disponibile il valore della proprietà per rispondere al soddisfacimento di esigenze diverse da parte della proprietà anziana (esigenze di consumo che comportano spese anche rilevanti, la necessità di integrare il proprio reddito ovvero di avere immediate disponibilità economiche e l'esigenza di supportare i figli [o i nipoti] nell'acquisto della casa di abitazione, attraverso il versamento del necessario anticipo in contanti).

Queste diverse formule, comunque, hanno il limite di essere fortemente traumatiche per la persona anziana. Hanno anche un non piccolo margine di inaccettabilità sociale se la necessità di risorse scaturisce dalle maggiori spese derivanti dalla non autosufficienza, come ad esempio nel caso delle spese per l'abbattimento delle barriere architettoniche. Riteniamo che, come si dirà nel paragrafo 4.9.2.2, esistano altre possibili strade da percorrere evitando di costringere l'anziano e la sua famiglia a scelte in tutti i casi perdenti.

4.7.5. Uno sguardo all'Europa

Riportiamo di seguito un estratto dal rapporto *Anziani e casa nell'Unione europea* a cura dell'Osservatorio europeo del social housing. I risultati del sondaggio europeo sono in larga misura simili a quelli ottenuti da quello condotto da AeA e intitolato *Le esigenze abitative degli anziani: così simili, ma anche tanto diverse.*

Estratto dal rapporto "Anziani e casa nell'Unione europea" a cura dell'Osservatorio europeo del social housing

Quali sono le principali tendenze di invecchiamento in tutta l'Unione europea?

La popolazione dell'Ue è la più vecchia del mondo. Attualmente, le persone con più di 65 anni rappresentano circa il 17 per cento del totale della popolazione europea, con l'Italia, la Germania e la Grecia che hanno la più alta percentuale di anziani. I cambiamenti demografici stanno creando una nuova società, e questi cambiamenti sono in aumento a partire dal 2010: sempre meno giovani e giovani adulti, lavoratori sempre più anziani, pensionati e persone molto anziane. Infatti, il numero di anziani di età 65-79 aumenterà significativamente nei prossimi decenni, arrivando a un tasso di oltre il 44 per cento entro il 2050. Inoltre, con la speranza di vita in costante miglioramento, le nostre società vivranno la presenza di un sempre crescente numero di persone molto anziane (+80). Il loro numero aumenterà di oltre il 180 per cento nel periodo 2005-2050. Questa evoluzione demografica, che porta a una società sempre più anziana è il risultato di due tendenze fondamentali: il continuo aumento della longevità a causa di notevoli progressi compiuti nel campo della sanità e della qualità della vita in Europa; il persistere della bassa natalità.

Quali sfide porta una società che invecchia sui temi dei servizi e assistenza?

Crescerà il numero di persone bisognose di assistenza

Il miglioramento del profilo di salute delle giovani generazioni di oggi porta la speranza che le persone molto anziane del futuro rimarranno autosufficienti più a lungo, e che desidereranno rimanere

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 320

nelle loro case. Le cure saranno sempre più concentrate verso la "fine della vita". Tuttavia, vi sarà anche un maggior numero di persone, rispetto a oggi, che avranno bisogno di cure ad alta intensità a causa della perdita della loro indipendenza. In entrambi i casi occorrerà un'assistenza, che oggi in molti paesi è data dalle famiglie e in particolare dalle donne. Le donne che fanno questo lavoro stanno aumentando. Le famiglie non saranno in grado di risolvere il problema legato dell'assistenza degli anziani (in particolare delle persone molto anziane), e dovranno pertanto essere sostenute in misura maggiore.

Persone anziane che vivono sole

Uno dei problemi è la solitudine. Attualmente, la maggior parte delle persone sole sono anziane, soprattutto le vedove che, a causa di sei anni di differenza nelle aspettative di vita alla nascita tra uomini e donne (cinque anni a 65 anni) e, perché in media sono di due anni più giovani dei loro mariti, gli sopravvivono per un certo numero di anni. La percentuale di anziani soli, in particolare le donne, è destinata ad aumentare. Nonostante una maggiore presenza di famiglie "allargate" nei nuovi Stati membri (Nsm) rispetto ai quindici, in tutti i paesi europei la grande maggioranza delle persone anziane vive soltanto con il proprio partner o da sola. Quindi, l'aiuto – ad esempio nella cura e nelle faccende domestiche – tra generazioni (giovani famiglie con bambini o famiglie con persone molto anziane) deve attraversare i confini domestici e affrontare le questioni della distanza e del tempo.

Vulnerabilità

A volte, in particolare quando un genitore molto anziano rimane solo, si possono sviluppare nuove forme di convivenza: ad esempio, un adulto e la sua famiglia ospitano il genitore. Più spesso, tuttavia, la fragilità dell'età avanzata è vissuta da soli o con il coniuge anche lui anziano.

Circa il 42 per cento degli intervistati di età superiore ai 65 anni riferisce un lungo periodo di allettamento o disabilità, raggiungendo il 66 per cento nei nuovi Stati membri. Tra questi, il 44 per cento (59 per cento delle donne, il 26 per cento degli uomini) vive da solo e il 39 per cento con un partner. La più alta percentuale di malati o disabili anziani che vivono in un nucleo familiare allargato si trova nei nuovi Stati membri (tra il 20 e il 25 per cento). Nell'Ue-15, dove l'incidenza delle persone anziane con una disabilità o malattia è molto più basso che nei nuovi Stati membri, la proporzione di coloro che vivono in un nucleo familiare allargato è pari al 6 per cento. Anche se i problemi di salute non sono sempre così gravi da compromettere l'autosufficienza, almeno per un certo numero di persone questi possono comportare una riduzione della capacità di affrontare le esigenze della vita quotidiana senza il sostegno di qualcun altro. Questo pone una sfida non solo per i sistemi sanitari, ma anche ai servizi sociali e alle reti di parentela.

Povertà e anzianità

Le persone anziane che vivono sole sono il gruppo più vulnerabile della società anche da un punto di vista economico. Le donne anziane che vivono sole sono particolarmente a rischio povertà, visto che le loro pensioni sono notevolmente più basse di quelle degli uomini. Le donne hanno comunque una carriera più breve e guadagnano meno degli uomini anche durante il periodo lavorativo.

La povertà in età avanzata: risultati della ricerca Enable-age

Il progetto Enable-age studia il rapporto tra l'ambiente casa e il sano invecchiamento nelle persone molto anziane in cinque paesi europei (Svezia, Germania, Regno Unito, Ungheria e Lettonia). I risultati mostrano che:

a) la situazione economica delle persone anziane è in generale peggiorata negli ultimi anni. Tuttavia, la gravità della situazione è molto più elevata nei nuovi paesi membri dell'Ue (vale a dire Lettonia e Ungheria) e nel Regno Unito.
b) Anche in un paese con un elevato livello di benessere sociale, come ad esempio la Svezia, la povertà è un problema. Mentre la situazione economica dei pensionati svedesi molto anziani era migliorata durante gli anni Novanta, oggi circa il 10 per cento dei pensionati continua a vivere sul margine finanziario.
c) Nel complesso, le donne anziane tendono ad avere redditi più bassi rispetto agli uomini anziani.
d) La povertà tra gli anziani ha importanti impatti sulle loro scelte abitative, ad esempio l'incapacità di trasferirsi in alloggi alterna-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 322

tivi e quella di apportare modifiche alla loro casa. Con un sistema abitativo inadeguato la necessità di servizi di supporto è più elevata.

e) Gli alloggi e il sostegno per gli anziani richiedono una buona interazione e cooperazione tra l'edilizia abitativa e l'assistenza sanitaria e sociale, i trasporti eccetera, che si muove attraverso le Ong, il settore privato e le agenzie pubbliche che forniscono questi servizi.

La casa

Condizione degli alloggi

In generale le persone quando invecchiano tendono a spendere una quota sempre maggiore di tempo a casa. Di conseguenza, diventa di importanza fondamentale avere delle adeguate condizioni di alloggio per migliorare la qualità della vita. Alcuni dati evidenziano che spesso gli anziani vivono da soli in case vecchie a cui mancano i moderni comfort di base come il riscaldamento centralizzato o un ascensore in case che hanno più di tre piani. Tuttavia, altri studi hanno rilevato che gli anziani tendono a essere relativamente più soddisfatti delle loro condizioni abitative rispetto ai giovani. Questo ci porta a dedurre che le circostanze socioeconomiche potrebbero essere un fattore da prendere in considerazione al momento della valutazione delle condizioni abitative degli anziani.

Dimensione delle abitazioni

Nel complesso in Europa c'è un numero sempre crescente di nuclei monofamiliari formati da anziani. Spesso, questi hanno alloggi molto grandi, con dimensioni chiaramente superiori ai loro bisogni reali. Questo porta a una serie di problemi come ad esempio i costi di manutenzione più elevati e maggiore lavoro domestico. Ci sono opinioni diverse sulle soluzioni concrete per affrontare l'argomento. Da un lato, si sostiene che vi dovrebbe essere una maggiore mobilità in tutto lo stock abitativo in modo da far corrispondere meglio la domanda con l'offerta di alloggi.

L'adeguamento delle case

Delocalizzazione o adattamenti degli alloggi possono essere necessari quando la persona diventa più fragile o disabile. Lo stock

abitativo nei paesi europei è composto in media da non più dell'1 per cento di abitazioni adatte alle esigenze degli anziani. Questa percentuale varia tra i vari paesi. Nei Paesi Bassi, ad esempio, è adattato il 5 per cento dello stock abitativo e il 50 per cento delle nuove abitazioni è progettato e costruito con lo scopo di consentire un ulteriore adeguamento, con una spesa ragionevole, alle esigenze delle persone "dipendenti". Oltre ai Paesi Bassi, il Belgio con il 2 per cento del proprio patrimonio che viene adattato è un paese particolarmente avanti nello sviluppo di alloggi di questo tipo. In generale in Europa negli ultimi anni si è fatta una grande promozione per abbattere le barriere architettoniche e avere ambienti ed edifici accessibili alle persone con disabilità.

Accessibilità

Un aspetto fondamentale per avere alloggi adeguati agli anziani è l'accessibilità. Secondo uno studio Uepc, dieci dei tredici paesi esaminati hanno poche abitazioni che sono accessibili al 100 per cento o in parte, adattate alle esigenze degli anziani. Mentre i paesi dell'Europa Occidentale e del Nord sono già in fase avanzata, su questi temi, i paesi dell'Europa dell'Est sono ancora in ritardo.

I servizi

Informazione completa e indipendente e consulenza

Gli anziani aspirano ad avere il controllo sulla loro vita. Di conseguenza, hanno bisogno di avere la possibilità di esprimere e di scegliere il loro tipo di sistemazione preferito, a seconda di ciò che essi percepiscono come loro esigenze abitative. Quindi dovrebbe essere disponibile una vasta gamma di opzioni (tra cui diversi tipi di case e gradi di fornitura di servizi eccetera). Gli anziani dovrebbero essere coinvolti attivamente in tutti i tipi di decisioni che riguardano il luogo in cui vivono. Spesso gli anziani non hanno informazioni a disposizione su quali soluzioni abitative potrebbero essere loro offerte nel caso in cui decidessero di lasciare la loro casa. Alcune organizzazioni offrono consulenza agli anziani per dare loro informazioni sulle diverse soluzioni abitative disponibili e per aiutarli a fare una scelta informata (ad esempio, Care&Repair Inghilterra).

Aiutare le persone a casa

Nel complesso in Europa vi è un passaggio dalla fornitura di as-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 324

sistenza in case di cura verso una vita indipendente degli anziani nelle proprie case. Tuttavia, potrebbero esserci aspetti negativi. Ad esempio, deve essere attivato un adeguato sostegno, non solo per aiutare la persona a vivere indipendentemente, ma anche per garantirle una buona qualità della vita. I servizi per la casa includono la pulizia, il servizio di consegna a domicilio, la manutenzione eccetera. Servizi sempre più elaborati stanno sempre di più prendendo piede e includono la consegna a domicilio di pasti, i servizi di informazione, l'organizzazione di eventi di comunità e feste, i trasporti e la sanità.

L'accesso ai servizi

Lo studio Enable-age ha esaminato se le persone hanno avuto accesso all'aiuto e al supporto in tre settori chiave: dispositivi di assistenza (ad esempio, dispositivi di mobilità e tecnologie per l'udito e disabilità visiva), servizi di assistenza (cure sanitarie e sociali) e assistenza informale (famiglia, amici). Mentre la maggior parte delle persone sembra aver ricevuto un buon supporto, rimane una significativa minoranza che non è riuscita a ottenere il sostegno di cui aveva bisogno. Ciò è particolarmente evidente nei cosiddetti paesi in trasformazione (Nsm), e dove sono necessari notevoli investimenti nei servizi di assistenza per raggiungere i livelli degli altri paesi.

Telefoni e tecnologie dell'informazione e della comunicazione

I risultati del progetto Enable-age hanno dimostrato che l'uso delle Ict, in particolare l'uso di telefoni, è stato molto importante per il mantenimento della comunità sociale e dei contatti. Senza accesso a un telefono, alcune persone che vivono da sole rischiano di rimanere isolate. Tuttavia, spesso queste tecnologie appaiono troppo complesse per molte persone anziane, e richiedono quindi sistemi di supporto al cliente di più facile utilizzo per renderle più efficaci.

Il quartiere

La partecipazione sociale degli anziani

La partecipazione sociale fa riferimento al coinvolgimento di una persona nella vita della comunità, ai ruoli e alle relazioni sociali. Con l'invecchiamento può diventare sempre più difficile mantenere precedenti livelli di partecipazione sociale a causa di malattia, invalidità o di fragilità e gli anziani hanno più probabilità di fare esperienza dell'esclusione sociale attraverso la riduzione della cerchia sociale, la povertà e la paura della criminalità. Tuttavia, l'ambiente domestico può agire come una piattaforma per la partecipazione sociale, nella misura in cui contribuisce a facilitarla attraverso, ad esempio, l'invito di parenti e amici a cena o la vicinanza a servizi pubblici. La casa, tuttavia, può contribuire ad aumentare l'esclusione sociale di una persona a causa delle crescenti incapacità di quest'ultima e/o delle inappropriate infrastrutture.

La comunità

Anche se alcune persone (spesso quelle molto anziane) preferiscono vivere solo con le persone della loro età, più spesso soluzioni che incoraggiano un mix sociale fra le generazioni e la vita in comune sono molto gradite, in quanto rappresentano un importante strumento di lotta contro la solitudine e l'isolamento. Tra gli alloggi sociali si possono trovare degli esempi di case "multigenerazionali", così come comunità basate su vari modelli: dalle comunità residenziali, dove le persone affittano le loro abitazioni e beneficiano della presenza di servizi nel settore, fino alle comunità che beneficiano di assistenza per chi è nel bisogno più totale di cura.

L'importanza della posizione

Uno dei fattori che incide di più sugli anziani è la loro concezione della qualità di vita che è fortemente connessa alla comunità in cui vivono, piuttosto che con l'abitazione stessa. Tra gli aspetti più importanti sembrano esserci la preoccupazione per la sicurezza della zona, la distanza dai servizi medici e dalle aree verdi, la presenza di collegamenti di trasporto, di negozi e altri servizi. La posizione delle abitazioni è di fondamentale importanza per diversi motivi:

- molti dei partecipanti all'Enable-age hanno sottolineato la necessità di buoni mezzi di trasporto pubblico vicino al luogo in cui vivono. Senza questi, una persona può non essere in grado di mantenere i contatti sociali o proseguire con le attività al di fuori della casa;
- avere negozi e servizi nelle vicinanze: non si tratta solo di ottenere le cose di cui si ha bisogno, ma di un aspetto importante della vita quotidiana e del sentirsi parte della comunità locale;

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 326

- uscire di casa è un fattore chiave per restare in forma ed essere indipendenti;
- per alcuni, avere una buona "vista" dalla propria casa aggiunge in un senso più ampio la sensazione di essere parte della comunità.

Conclusioni

Oggi la percentuale di anziani nell'Ue è la più alta del mondo e crescerà drasticamente entro il 2050. In particolare, la percentuale di persone molto anziane (oltre gli 80 anni) o fragili aumenterà sempre di più. Anche se gli anziani sono generalmente più sani, il numero di persone bisognose di cure aumenterà. Le sole famiglie non saranno in grado o disposte a prendersi questo onere. Il numero di persone anziane che vivono sole aumenterà, a causa di scelte sul matrimonio/bambini, della morte del coniuge, del cambiamento dei modelli familiari eccetera. Oltre che ai problemi di salute, gli anziani sono molto esposti al rischio di povertà, in parte a causa della perdita del potere di acquisto delle pensioni. La maggioranza di persone di oltre 65 anni nell'Ue è proprietaria di case. L'evidenza mostra che gli anziani spesso vogliono restare nelle loro case il più a lungo possibile. Inoltre, anche se desiderano spostarsi da casa, vorrebbero avere un alloggio dove poter ancora vivere in modo indipendente.

Come evidenziato, sembra difficile arrivare a delle conclusioni sulle condizioni abitative degli anziani. Tuttavia, vi è un consenso generale sul fatto che spesso gli anziani, soprattutto quelli che sono soli, vivono in abitazioni troppo grandi per le loro esigenze. Questo comporta una serie di problemi. Dato che le persone invecchiano e hanno problemi di mobilità/fisici, le abitazioni devono essere adattate alle loro esigenze. In media nell'Ue solo l'1 per cento delle abitazioni è al 100 per cento accessibile. Inoltre, c'è bisogno di più servizi di base. Di conseguenza, i partenariati tra fornitori di alloggi e fornitori di altri servizi sono di importanza cruciale. Queste pratiche sono presenti in quasi tutti i paesi dell'Unione europea ma non molto nell'Europa orientale. Queste soluzioni sono in grado di offrire un'alternativa ai ricoveri per anziani, che sono considerati un'opzione "poco attraente" ma che alla fine comunque rappresentano la soluzione preferita.

4.8. Città a misura di anziano

Prospettiva n. 8 - A conclusione dell'editoriale della guida dell'Oms *Global age-friendly cities* si dice: «Il vero problema consiste allora nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessari, da un lato, per il suo benessere e, dall'altro, per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo». Si tratta, in altre parole, di assumere l'obiettivo dell'invecchiamento attivo come "valore urbano generale" rispetto a cui valutare la qualità delle politiche urbane, sapendo che così facendo si viene incontro ai bisogni dell'intera popolazione.

4.8.1. L'invecchiamento attivo come "valore urbano generale"

Quello che le persone anziane chiedono è che le città tengano conto in modo responsabile della loro esistenza, che non li considerino un problema, che non li releghino in vecchi stereotipi, che riconoscano loro i diritti di una piena cittadinanza, che li incoraggino e li sostengano nei loro bisogni e aspirazioni in modo da compensare i cambiamenti fisici, al fine di un invecchiamento attivo sociale, culturale ed economico.

Questa necessità è stata riconosciuta come una delle tre direttive prioritarie del Piano internazionale d'azione sull'invecchiamento stilato a Madrid e approvato dalle Nazioni unite nel 2002[146].

A conclusione dell'editoriale della guida dell'Oms *Global age-friendly cities* si dice: «Il vero problema consiste allora nel domandarsi quali siano le caratteristiche che il contesto urbano deve assumere perché l'anziano autosufficiente possa conservare la libertà economica, l'autorità e il rispetto di chi lo circonda, l'autonomia, la dignità e le connessioni sociali necessari, da un lato, per il suo benessere e, dall'altro, per la sua capacità di concorrere alla creazione di ricchezza e benessere individuale e collettivo»[147].

Si tratta, in altre parole, di assumere l'obiettivo dell'invecchiamento attivo come "valore urbano generale" rispetto al quale valutare la qualità delle politiche, sapendo che così facendo si viene incontro ai bisogni dell'intera popolazione urbana.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 328

Questo significa che se le nostre città vogliono essere a misura di anziano dovranno incoraggiare l'invecchiamento attivo ottimizzando le opportunità a favore della salute, della partecipazione e della sicurezza, allo scopo di rafforzare la qualità della vita mentre la gente invecchia. Dal punto di vista pratico questo comporta che le città dovranno adeguare le loro strutture e i loro servizi in modo da renderli coerenti con i seguenti criteri guida.

Integrare - Una città a misura delle persone anziane può scaturire solo da un approccio "integrato" mirato al loro stile di vita. Adottare questo approccio significa coordinare le azioni attraverso le diverse aree della politica cittadina e dei servizi in modo che si rinforzino reciprocamente.

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

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

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

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

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

4.8.2. Politiche urbane per la non autosufficienza

Nel quadro delle politiche urbane per l'invecchiamento attivo un'attenzione del tutto particolare può e deve essere dedicata ai bisogni degli anziani non autosufficienti.

La non autosufficienza copre un ventaglio ampio di situazioni, molte delle quali non impediscono di avere una vita normale di attività e relazione, a condizione che lo consenta l'ambiente in cui l'anziano non autosufficiente vive: si tratti di abitazione, quartiere o città. Come è stato illustrato nell'analisi dei problemi, queste condizioni non sono date per la maggior parte degli ambienti di vita pubblici e privati, al punto che incontrano non poche difficoltà nella vita quotidiana anche persone normodotate.

Le ragioni di queste difficoltà sono da ricondurre alle modalità in cui le nostre città si sono sviluppate, ai criteri con i quali sono amministrate, all'uso che ne fanno i cittadini.

Porvi rimedio non è cosa semplice, ma non impossibile. L'Oms negli ultimi anni ha dedicato una grande attenzione a questo problema e, come abbiamo verificato nelle pagine precedenti, ha fornito utili suggerimenti. Volendo dare ancora maggiore concretezza si individuano i seguenti temi a cui dare priorità: adeguamento degli standard urbanistici, adeguamento della normativa sulle barriere architettoniche, realizzazione di servizi per la rete di prossimità, modelli abitativi per la residenzialità leggera, servizi di tecnoassistenza *smart*.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 330

4.8.2.1. Adeguamento degli standard urbanistici

L'introduzione degli standard urbanistici nella legislazione italiana, anche se avvenuta con un relativo ritardo rispetto ad altre realtà, è stato un momento importantissimo nello sviluppo urbano delle nostre città. Con gli standard, infatti, si è posto un freno alle pretese della speculazione edilizia di determinare gli assetti urbani attraverso l'affermazione del principio dell'interesse pubblico.

Il concetto di standard è stato introdotto dal decreto interministeriale 2 aprile 1968, n. 1444, che valutava in 18 mq/ab la quantità minima di spazi pubblici suddivisi in: 9 mq/ab di "verde regolato", 2,5 mq/ab di "parcheggi", 4,5 mq/ab per l'istruzione e 2 mq/ab per "attrezzature di interesse comune"[148].

Ai fini dell'osservanza dei rapporti suindicati nella formazione degli strumenti urbanistici, si assume che, salvo diversa dimostrazione, a ogni abitante insediato o da insediare corrispondano mediamente 25 mq di superficie lorda abitabile (pari a circa 80 metri cubi vuoto per pieno), eventualmente maggiorati di una quota non superiore a 5 mq (pari a circa 20 metri cubi vuoto per pieno) per le destinazioni non specificamente residenziali ma strettamente connesse con le residenze (negozi di prima necessità, servizi collettivi per le abitazioni, studi professionali eccetera).

Ebbene tutto questo è stato determinato in rapporto a un contesto sociale profondamente diverso dall'attuale (crescita demografica, crescita economica, industrializzazione, crescita edilizia e urbana, infrastrutturazione del paese), in cui i problemi prioritari erano la realizzazione di servizi primari fondamentali (edilizia residenziale pubblica, scuole, ospedali, asili nido, parcheggi, verde) la cui realizzazione veniva ostacolata dagli interessi della rendita e della speculazione edilizia.

Oggi, a fronte del mutato scenario sociale, si pone il problema di valutare se gli standard previsti dal decreto 1444/68 siano adeguati a far fronte alle nuove esigenze, in particolare a quelle poste da una quota sempre più consistente di popolazione anziana, buona parte della quale è interessata da forme di limitazioni funzionali.

La risposta a questo interrogativo è sicuramente negativa, e il decreto1444/68 deve essere integrato con l'introduzione vincolante di standard minimi a favore degli anziani. In altri termini non si può più lasciare alla sensibilità degli amministratori pro tempore decidere circa l'opportunità di prevedere localizzazioni e quantità di servizi e spazi dedicati agli anziani.

In particolare le criticità a cui prestare attenzione sono: la rete dei servizi di prossimità sociosanitari e per le cure intermedie a livello di quartiere; la presenza e la localizzazione dei presìdi sanitari; la presenza e la localizzazione di residenze socioassistenziali; la permanenza di una rete di commercio di prossimità; le smagliature nelle reti dei trasporti pubblici; la presenza di servizi di primissima necessità (wc, sosta); la sicurezza e l'agibilità di marciapiedi e attraversamenti; l'illuminazione stradale; i servizi dedicati a informazione, assistenza, contatto, ritrovo, sicurezza.

Ovviamente il tema degli standard ha un valore paradigmatico di quanto ci sia da fare per l'adeguamento delle nostre città. Sicuramente molto può essere fatto con una gestione amministrativa sia pubblica che privata più sensibile alla presenza degli anziani. Si tratta, in buona sostanza, di fornire centri abitati e quartieri, in particolare quelli periferici, di piani di servizi sociali che si integrino anche con le politiche di pianificazione commerciale, dei trasporti e della regolamentazione urbanistica dei cambi di destinazione d'uso. Un mix di regole, incentivi e programmazione di specifiche dotazioni pubbliche (da ripensare rispetto al Dm del 1968) per arricchire le funzioni urbane in prossimità delle residenze.

4.8.2.2. Adeguamento della normativa sulle barriere architettoniche

Pochi dati sono sufficienti a sostegno della tesi della necessità di adeguare il decreto ministeriale 236/1989 sulle barriere architettoniche. Nel 2014 quasi 700.000 persone (11,3 ogni mille) hanno dichiarato di essere rimaste coinvolte in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista. Si tratta, nel complesso, di 783.000 incidenti nei tre mesi, con una media di 1,1 incidenti per persona colpita[149].

Il fenomeno è chiaramente connotato per genere ed età: le donne, gli anziani e i bambini sono le categorie maggiormente a rischio di incidenti domestici.

Il 70,4 per cento di tutti gli incidenti ha come vittima una donna, con un numero più che doppio rispetto a quelli che colpiscono gli uomini (551.000 subiti da donne contro 232.000 degli uomini).

Oltre un terzo degli incidenti (36%) riguarda una persona di 65 anni e più e il 4,5 per cento ha come vittima un bambino sotto i cinque anni.

L'assoluta predominanza di cadute tra le donne anziane (rispettivamente 76,1 per cento per la classe di età 65-74 anni e 81 per cento per

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 332

quella da 75 anni in su) si traduce in una più elevata incidenza di fratture a danno soprattutto degli arti inferiori; viceversa, per gli uomini le lesioni più frequenti sono le ferite e le parti del corpo più colpite sono soprattutto braccia e mani (rispettivamente 49,2 e 39,9 per cento per le due classi di età considerate). Cucine, pavimenti e scale i luoghi più rischiosi.

All'esterno delle abitazioni le cose non vanno meglio[150]. Gli indici di mortalità e lesività per categoria di utente della strada evidenziano i rischi più elevati per gli utenti più vulnerabili rispetto a quelli di altre modalità di trasporto. L'indice di mortalità per i pedoni, pari a 2,93 morti ogni cento incidenti per investimento, è più di quattro volte superiore rispetto a quello degli occupanti di autovetture (0,66); il valore dell'indice riferito a motociclisti e ciclisti è, invece, circa il doppio. L'indice di lesività è molto elevato per i pedoni e per gli utenti delle due ruote a motore.

Su questa delicata materia, su sollecitazione anche di varie organizzazioni sociali, nel 2013 in Parlamento è stata presentata una proposta di legge[151] che, pur avendo ricevuto il parere favorevole di tutte le commissioni parlamentari interessate, non è giunta all'approvazione definitiva.

La proposta di legge prevedeva la ricostituzione della commissione permanente, già prevista dall'articolo 12 del decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236, con il compito di individuare la soluzione a eventuali problemi tecnici derivanti dall'applicazione della normativa di cui alla proposta di legge, di elaborare proposte di modifica e aggiornamento, anche finalizzate a semplificare la realizzazione di innovazioni tecnologiche, dirette all'eliminazione delle barriere architettoniche, nelle parti comuni degli edifici esistenti e nelle loro pertinenze, di adottare linee guida tecniche basate sulla progettazione universale ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera f), della convenzione delle Nazioni unite del 13 dicembre 2006 e di procedere a un monitoraggio sistematico dell'attività delle pubbliche amministrazioni con riferimento all'attuazione dell'articolo 32, comma 21, della legge 28 febbraio 1986, n. 41, in materia di adozione di piani di eliminazione delle barriere architettoniche.

4.8.2.3. Rete di prossimità dei servizi socioassistenziali

Nel corso degli ultimi anni, il contesto sociale, economico e demografico della città si è trasformato rapidamente, portando a cambiamenti nel ciclo di vita, nella struttura della famiglia e nel tessuto sociale, evidenziando la presenza di condizioni di fragilità e disagio multidimensionali conosciute, al fianco di altre di nuova generazione, e di bisogni sempre più stratificati che richiedono un approccio a un modello d'intervento preventivo, trasversale alle aree d'intervento, alle diverse problematiche e a livello generazionale.

La principale caratteristica di un servizio di prossimità è quella di rendersi prossimo ai problemi di persone e famiglie in condizioni di difficoltà, rilevando i bisogni espressi e inespressi, le situazioni di fragilità e disagio, attivando direttamente o indirettamente le risposte e gli interventi necessari, promuovendo il lavoro di rete inteso come valorizzazione delle reti naturali di persone e famiglie e nel territorio tramite le risorse formali e informali per lo sviluppo di ulteriori sinergie.

La strategia d'intervento dei servizi di prossimità prevede azioni di sistema e obiettivi a livello trasversale con un approccio multidimensionale e non settoriale, preventivo e non solo riparativo, in relazione alle diverse problematiche di disagio sociale, economico, abitativo, occupazionale, della sicurezza, della vivibilità e della riqualificazione dei quartieri con la finalità di garantire servizi e interventi che siano in grado di migliorare la qualità della vita delle persone, delle famiglie e della comunità.

A sovrintendere a questa strategia dovrebbe essere il piano di zona di cui all'articolo 19 della legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"[152]. C'è da dire però che nell'articolo il riferimento alla dimensione territoriale è di carattere generale, quando invece c'è bisogno di una relazione più stretta tra tipologia dei servizi, dislocazione territoriale e luoghi in cui risiede la domanda sociale.

La necessità da cui ripartire è, dunque, quella di ripensare i piani di zona integrandoli con la dimensione urbanistica per creare un sistema continuo di assistenza sociosanitaria distribuito nel territorio e finalizzato a offrire una gamma di livelli di assistenza rispondenti alle diverse esigenze dei diversi gradi di limitazioni funzionali degli anziani. L'obiettivo è l'integrazione dei due pilastri della Ltc: quello domiciliare e quello residenziale.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 334

Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Articolo 19. Piano di zona

1. I Comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e sociosanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:
   a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
   b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);
   c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
   d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
   e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
   f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
   g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.
2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:
   a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
   b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);
   c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
   d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.
3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

4.8.2.4. Tipologie abitative per la residenzialità leggera

Come più volte si è detto la non autosufficienza copre un ventaglio ampio di gravità, con conseguenti richieste assistenziali molto diverse in termini di intensità. La presenza di questa eterogeneità ha portato a pensare a soluzioni diverse di residenzialità rispetto alle Rsa per le situazioni ove la non autosufficienza non sia totale e riguardi solo alcune delle attività della vita quotidiana, con prevalenza di quelle strumentali.

Queste soluzioni dette di "residenzialità leggera" e configurandosi di fatto come una sorta di soluzione di continuità tra le tradizionali Rsa e la domiciliarità, hanno denominazioni e modalità di funzionamento diverse: ad esempio, gli appartamenti o i minialloggi protetti (*housing* sociale) si rivolgono prevalentemente a persone autosufficienti, mentre le case famiglia e le comunità alloggio accolgono anche persone più bisognose di assistenza.

Le innovazioni nell'ambito dell'assistenza residenziale arrivano a toccare anche gli anziani con demenza, per i quali sono in corso di realizzazione interessanti progetti basati su una tipologia abitativo-residenziale meno "istituzionale" e più simile alla casa (ad esempio, i cosiddetti "villaggi").

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 336

La comparsa di queste nuove modalità di offerta per i servizi residenziali rivolti agli anziani non autosufficienti si può datare nel 1979, con la realizzazione del modello *Assisted living* di Keren Wilson[153]. Da allora l'idea di una residenzialità non istituzionale, ma centrata sulla persona e con un modello strutturale e operativo derivato dalla normale vita quotidiana di una famiglia, ha conosciuto negli Usa e in altre parti del mondo momenti di grande sviluppo.

Queste soluzioni, collocandosi in una via intermedia tra la residenzialità e domiciliarità propongono soluzioni operativamente sorvegliate concettualmente fondate sul riconoscimento del ventaglio di situazioni che la condizione anziana comporta, passando dalla fragilità lieve alla grave dipendenza fisica e alla demenza.

Una diversità di situazioni che non può non riflettersi nelle soluzioni che una società cosciente dei suoi problemi e delle sue possibilità deve considerare, se non altro per la finalizzazione appropriata della spesa. La progettazione dell'habitat è al crocevia delle diverse problematiche del welfare, rappresentando una variabile determinante per la sostenibilità economica di ogni progetto futuribile per l'invecchiamento demografico, una prospettiva che l'attuale sistema, imperniato sulla proliferazione di modelli costosi e complessi come le residenze sanitarie assistenziali (Rsa) non potrà a lungo sostenere. Analizzando la situazione delle migliori soluzioni fra i paesi europei si individuano tre ipotesi chiave: 1) la libertà di scelta, possibile solo se esiste; 2) un "ventaglio" di soluzioni possibili, meglio se in una rete strutturata di offerta; 3) la progettazione di abitazioni che tengano conto del ciclo di vita, quindi adattabili a diverse soluzioni interne che seguano plasticamente le modificazioni (prevedibili) del nucleo familiare.

Sostenute dalle esperienze internazionali, le diverse forme di sostegno abitativo protetto − gradite da anziani e famiglie, ma anche dai gestori e dai decisori politici, perché meno costose e più facili da gestire rispetto alle soluzioni più tradizionali − sono cresciute enormemente. Questo ha favorito la crescita di modelli professionali certificati adatti a garantire la necessaria tutela ad anziani fragili o vulnerabili con autonomie residue, ben integrati con i tradizionali servizi domiciliari, capaci di valorizzare il lavoro privato di cura e di contenere il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

Anche in Italia, in particolare in Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna, sono state avviate esperienze di domiciliarità leggera, tuttavia

le rigidità normative e il ridotto riconoscimento istituzionale hanno finora contenuto lo sviluppo significativo di soluzioni abitative protette e di vita assistita.

Mancano, inoltre, analisi economiche serie sulla realtà attuale e il possibile impatto economico di una politica di sviluppo delle soluzioni "leggere", oltre ad analisi della tipologia di non autosufficienza per la quale sarebbero appropriate, e con quali normative. Questa mancanza è tanto più grave, perché certamente le residenzialità leggere incrociano bisogni reali e possono prospettare soluzioni interessanti e innovative. Il loro stesso proliferare, poco controllato, ne rende testimonianza.

Risultati conseguibili attraverso la "residenzialità leggera". L'esempio danese

Il Parlamento danese nel 1996, nel confermare la sua politica a favore della deistituzionalizzazione, ha rimodulato il settore delle Rsa stabilendo che:

- nel decennio 1996-2005 metà delle *plejehjem* (residenze sanitarie) esistenti dovranno essere sostituite da nuove abitazioni per anziani;
- i servizi per le case per anziani dovranno essere forniti da uno staff permanente;
- le abitazioni con servizi di area e personale permanente sono denominate "abitazioni con assistenza" (*nursing dwellings*).

Tutto questo ha significato realizzare o adattare alloggi singoli o gruppi di alloggi con servizi adeguati alle esigenze delle età più avanzate. Il tutto ovviamente associato a un grande potenziamento dei servizi domiciliari in funzione del bisogno degli interessati. Allo stesso tempo la legge ha stabilito le caratteristiche che devono essere soddisfatte dagli alloggi per anziani. Si tratta sostanzialmente di un alloggio autonomo e indipendente (denominato casa per anziani) ubicato, di preferenza, nel quartiere ove l'anziano ha sempre abitato e con i seguenti requisiti fondamentali:

- i nuovi alloggi devono soddisfare le esigenze dell'utenza anziana o disabile, ivi comprese quelle delle persone che possono muoversi soltanto su una sedia a rotelle;

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 338

- ogni alloggio deve disporre di un sistema di telesoccorso (funzionante 24 ore al giorno);
- l'accessibilità deve essere garantita anche a quanti hanno difficoltà a spostarsi (ascensore eccetera);
- la dimensione lorda degli alloggi non deve di norma superare i 67 metri quadrati;
- il rispetto di questa norma dev'essere assicurato con riferimento all'intero intervento programmato e non al singolo alloggio;
- negli edifici dove sono ubicati alloggi per anziani è possibile anche realizzare alcuni spazi complementari quali, ad esempio, soggiorni comuni, cucine, stanze per gli hobby;
- in alcuni casi molto particolari possono essere realizzati degli alloggi privi di cucina, e quindi assimilabili alle strutture residenziali, a patto che venga adottato ogni possibile accorgimento che possa eliminare l'atmosfera di tali strutture.

I cambiamenti sono stati recepiti nella gran parte degli enti locali che hanno avviato la nuova politica realizzando dei servizi unitari e integrati fra il sociale e il sanitario e mettendo a disposizione servizi domiciliari spesso funzionanti con équipe pluridisciplinari 24 ore su 24. Questa politica ha avuto sostanzialmente successo pur in presenza di spinte contrastanti e di recenti rallentamenti; infatti si sono fatte sentire sia le voci di quella parte dell'opinione pubblica restia ad abbandonare l'idea della disponibilità di residenze collettive che, in Danimarca, sono spesso di alta qualità sia nelle strutture che nell'organizzazione, sia le voci di un'altra parte dell'opinione pubblica che ha valutato come troppo elevati i costi di tali strutture. Gli effetti di queste politiche hanno comunque portato a una riduzione sensibile del numero delle persone alloggiate nelle tradizionali strutture residenziali per anziani mentre è cresciuto quello degli anziani collocati negli alloggi adattati alle loro necessità. Infatti, i posti letto, nel periodo che va dal 1987 al 1996 sono passati da 50.000 a 36.500 mentre aumentava l'assistenza domiciliare (European Observatory, 2001).

Molte di queste nuove soluzioni abitative sono molto vicine a quelle delle strutture residenziali dal punto di vista delle installazioni materiali offerte e del numero dei servizi disponibili in caso di

bisogno, ma l'autonomia e la qualità della vita degli anziani ospitati sono di gran lunga superiori. Per il futuro la Danimarca prevede un'ulteriore riduzione del numero delle persone che vivono nelle tradizionali strutture residenziali e un aumento invece di quelle che vivono negli alloggi adattati agli anziani e soprattutto dell'assistenza domiciliare agli ultraottantenni.

In definitiva, dunque, le caratteristiche significative dell'esperienza danese sono state quelle dell'implementazione di politiche innovative degli alloggi (compreso un sostanziale blocco della costruzione di nuove strutture tradizionali) unitamente a un grandissimo potenziamento dei servizi a domicilio (Ocde, 1996).

4.8.2.5. Smart city *e servizi di tecnoassistenza*

La velocità media necessaria ad attraversare una strada sulle strisce pedonali in tutta sicurezza è di 1,2 metri al secondo. Peccato però, spiega il dipartimento della salute inglese, che un anziano pedone riesca a camminare con un'andatura compresa tra 0,7 e 0,9 metri al secondo. Le città, trafficate e stressanti, non sembrano progettate per gli abitanti anziani, i quali potrebbero preferire quella che Chris Phillipson, sociologo dell'università di Manchester, chiama *self-imposed house arrested* (arresti domiciliari autoimposti).

I nonni urbani, tuttavia, saranno sempre di più e, quindi, spiegano i ricercatori, non esiste *smart city* (città intelligente e capace di includere) senza *smart old adults* (anziani integrati e attivi). Le amministrazioni territoriali si trovano di fronte a una sfida, cioè la qualità della vita delle persone attempate, non solo possibile, ma doverosa. E da vincere anche con una *app*.

È il caso, per esempio, di Barcellona, premiata al Bloomberg Philantropies Mayors Challenge del 2014 – una gara tra *smart city* mondiali – grazie a *Vincles Bcn*, un'applicazione fornita dal Comune e facile da usare. Installata su *smartphone* o *tablet* riunisce più tecnologie in una sola – videochat modello Skype, Sms di gruppo, *social network* – permettendo all'utente di connettersi ai propri cari senza doverli andare a cercare su Facebook, WhatsApp, telefono. Invece di doversi ricordare multiple *password* e dover imparare a usare più strumenti, all'anziano basta un tocco per rintracciare ovunque figli e nipoti.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 340

Tra i vincitori della competizione anche Varsavia con il progetto *Virtual Warsaw*: saranno installati su semafori e arredi urbani vari sensori in grado di inviare al telefono degli utenti ipovedenti informazioni utili a muoversi per strada. In sicurezza e libertà. Da segnalare anche *Elsi Smart Floor*, il pavimento intelligente collaudato a Helsinki che registra il movimento e la posizione dei corpi e invia segnali quando individua valori fuori norma.

Interessante pure *Sensory Labels*, progetto dell'università di Reading, sperimentato al British Museum. L'idea, premiata dalla Design for All Foundation – organizzazione che promuove progetti innovativi alla portata di tutti – consiste nella creazione di oggetti multisensoriali in grado di replicare i pezzi esposti al museo. Il visitatore con una difficoltà di natura fisica o cognitiva può toccare e maneggiare il prototipo che, tramite il tatto, il suono, i video, trasmette informazioni sull'opera e la sua storia. Per ora *Sensory Labels* è alla fase iniziale e i *designer* sono coinvolti in laboratori con persone disabili e anziane per capirne aspettative ed esigenze. Solo la coprogettazione, infatti, permetterebbe di superare i problemi che Independent Age, *charity* inglese focalizzata sulla terza età, segnala come causa delle difficoltà di adozione delle nuove tecnologie da parte delle persone più mature: interfaccia poco chiara, linguaggio difficile, bottoni, testi, immagini troppo piccole. In sostanza, solo un *senior* può immaginare la migliore *app* per *senior*. Ne sono convinte le aziende (Ideo, per esempio, compagnia di *design* internazionale nata a Palo Alto, California, ha assunto Barbara Beskind, anni 91, per testare i prototipi destinati alle persone in età senile), i centri di ricerca (Age Lab, del Mit, ha progettato *Agnes*, tuta in grado di far provare a giovani ingegneri le sensazioni fisiche di chi ha più di settant'anni) e l'Unione europea.

Sifor Age è il progetto di cooperazione tra città, tra cui Torino, nato per scambiare esperienze e competenze nel campo dell'innovazione sociale applicata all'invecchiamento e fondato sul principio del costante coinvolgimento dei più maturi. Lo scorso febbraio, per esempio, i *partner* dell'iniziativa hanno organizzato a Saarbrücken, in Germania, i *Technology Experience Café*, incontri informali per testare prototipi e per avvicinare i *senior* alle nuove tecnologie. Una pratica già diffusa a Stoccolma con gli iPad caffè per insegnare ai nonni l'uso del *tablet*.

«L'educazione è fondamentale», ha spiegato a *La lettura*, Roger Esteller Curto, docente di computer science all'università Jaume I e tra gli organizzatori della *Conference on Elderly and New Technologies* – appuntamento dedicato al rapporto tra adulti e tecnologia. «Il nostro team di ricerca considera la tecnologia sotto tre punti di vista: uno strumento per imparare, da imparare e uno stile di vita da adottare. Tutte e tre le prospettive hanno al centro la persona: in questo caso il cittadino più anziano. E tutte e tre le prospettive impongono di considerarne le esigenze, le difficoltà e le potenzialità».

È una sfida, conclude il professore, ma dobbiamo accettarla se vogliamo che le nostre città diventino davvero *age-friendly*, ossia amichevoli con chi invecchia. Proprio così, infatti, si chiama il progetto dell'Oms orientato a promuovere la qualità della vita degli anziani in 35 centri urbani nel mondo, tra cui Udine, che ha da pochi mesi aderito alla fase pilota dell'iniziativa.

Il primo passo, secondo le linee guida sviluppate dall'organizzazione internazionale, è far sentire i più anziani al centro di un processo di riflessione sulla terza età. *Re-framing aging*, insomma, ripensare l'invecchiamento, per usare le parole di un'esperta del tema, Lone Malmborg, docente presso l'Interaction design research group dell'università di Copenaghen.

Al di là delle singole tecnologie, infatti – tra le quali, suggerisce Alfredo Mela, del politecnico di Torino, il *crowdmapping*, la mappatura collettiva della città, sperimentata con successo a Mirafiori e utile a coinvolgere l'anziano come narratore di un luogo – la sfida chiave delle *smart city* è culturale. Perché una città intelligente non ha paura della vecchiaia. La mostra, invece, e la trasforma in un punto di forza. Per tutti e per ciascuno.

Questo deve avvenire a partire dall'ambito domiciliare coinvolgendo l'anziano in questa evoluzione verso la creazione di un ambiente accessibile, sicuro e attivo nell'erogare facilitazioni e servizi in grado di agevolare la gestione delle attività quotidiane.

L'insieme dei servizi prendono il nome di servizi di *Active and assisted living*[154] (Aal), dall'omonimo programma di ricerca dell'Ue che dal 2014 stimola l'introduzione di soluzioni innovative all'interno dei sistemi di assistenza e cura europei al fine di affrontare le moderne sfide sociodemografiche e le conseguenti necessità emergenti in ambito domestico.

Il ruolo di queste nuove soluzioni tecniche, altamente personalizzabili e quindi rispondenti al progetto di vita che vede al centro la persona e il suo rapporto con l'ambiente, può avere un importante impatto su

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 342

diversi aspetti legati all'abitare, *in primis* quelli relativi alla sicurezza e alla prevenzione degli incidenti domestici, fino al supporto delle relazioni che la persona ritiene significative per la propria vita sociale. Allo stesso tempo rappresentano soluzioni che possono alleggerire il carico assistenziale dei *caregiver* familiari, permettendo un monitoraggio non intrusivo, dal proprio Pc o *smartphone*, delle condizioni abitative delle persone fragili a supporto dell'autonomia e della sicurezza di questi ultimi.

Si sta parlando dell'evoluzione dei sistemi di teleassistenza, dove internet, sensori e *smartphone* hanno sostituito la linea telefonica tradizionale e il più classico dispositivo di telesoccorso; il valore aggiunto dei nuovi sistemi sta nella capacità di memorizzare ed elaborare i dati sulle attività domestiche fornendo informazioni immediate su anomale variazioni della *routine* e prospetti a medio e lungo termine utili a individuare variazioni sensibili nei comportamenti che possano essere interpretate in un'ottica di prevenzione.

L'introduzione dei servizi di Aal, e più in generale di tutta la tecnologia dell'assistenza, deve crescere con l'abilità tecnologica delle generazioni, offrendo la soluzione più adatta al momento. Oggi le prime soluzioni Aal evolute iniziano ad affacciarsi sul mercato, la barriera rappresentata dalla confidenza nelle soluzioni tecnologiche più avanzate inizia a cedere di fronte alla diffusione di *smartphone* e *tablet* e di fronte a importanti programmi di istruzione sull'uso delle nuove tecnologie. Di conseguenza il ruolo di chi progetta servizi a supporto della domiciliarità deve mirare allo sviluppo di piattaforme gestionali flessibili che possano evolvere al passo delle tecnologie e soprattutto siano integrate con il sistema organizzativo dei servizi, e che supportino la condivisione di informazioni sulla persona e quindi il lavoro di rete e la presa in carico globale.

Linee guida del progetto "Domiciliarità teleassistita" del Comune di Reggio Emilia

Le linee guida del progetto consistono:

- nella creazione di un tavolo permanente sulla domiciliarità che possa sviluppare azioni sinergiche nel tempo;

- nell'integrazione del servizio di teleassistenza con il servizio di assistenza domiciliare (per un apporto equilibrato di contatto umano e di tecnologie nel domicilio);
- nell'utilizzo di una centrale operativa e di ascolto locale per il servizio di teleassistenza che possa evolvere nel tempo e divenire punto di riferimento non solo per l'attivazione dell'emergenza ma anche per il supporto informativo necessario a orientarsi nei servizi;
- nell'introduzione di nuovi dispositivi per la teleassistenza *outdoor* (che sfruttano la rete Gps e Gsm per inviare la posizione della persona in caso di emergenza) che affiancano l'offerta dei dispositivi tradizionali di telesoccorso (per chi è più restio ai cambiamenti tecnologici) accessoriati di sensori per la sicurezza nell'ambiente domestico utili a prevenire incidenti domestici.

4.9. Le risorse per la domiciliarità

Prospettiva n. 9 - Garantire un flusso di risorse adeguato a dare risposte alla crescente domanda di servizi per la non autosufficienza e per l'invecchiamento attivo più in generale, è l'unica prospettiva che potrà consentire di valorizzare la risorsa "anziani" e contrastare l'idea che la Ltc possa essere ridotta sempre più a mera erogazione di singole prestazioni e sempre meno a prendersi carico complessivamente della persona. Non tener conto di questa esigenza produrrà nel tempo un triplo danno: insicurezza per l'anziano, impoverimento delle famiglie e, al dunque, indebitamento pubblico.

4.9.1. La situazione

Nel capitolo 3.11 sui conti della domiciliarità è stato ricostruito il quadro delle risorse pubbliche e private che nel nostro paese sostengono il pilastro della domiciliarità della Ltc.

Qui di seguito riportiamo alcune delle considerazioni che Tito Boeri, presidente dell'Inps, ha svolto a inizio 2017 nell'ambito della presenta-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 344

zione alla Camera dei deputati della ricerca dell'Auser *Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo*.

Come si può verificare dalle dichiarazioni del presidente dell'Inps, trovano conferma le valutazioni critiche dell'Auser sull'assoluta inadeguatezza dell'attenzione culturale e politica prestata alla non autosufficienza e dell'urgenza di provvedimenti adeguati a partire dal suo finanziamento.

«La spesa per la non autosufficienza tenderà ad aumentare fortemente nei prossimi anni – ha spiegato Boeri – passando dall'attuale 1,9 per cento del Pil al 3,2 per cento da qui al 2060». Per questo, per il presidente dell'Inps, occorre «trovare più risorse per un intervento pubblico sulla non autosufficienza. Oggi noi diamo alle famiglie in condizione di povertà e di bisogno un'assistenza del tutto insufficiente: i 512 euro al mese per dodici mesi per l'indennità di accompagnamento non sono certamente sufficienti per una famiglia con bassi livelli di reddito per sostenere i problemi della non autosufficienza. La non autosufficienza è un problema che deve essere affrontato per tempo».

Le previsioni per il futuro, secondo il presidente dell'Inps, difficilmente troveranno risposte adeguate dalle attuali modalità con le quali si affronta il problema della non autosufficienza. «Il modo con cui è stato affrontato il tema in Italia è basato sull'incrocio tra il sostegno informale delle famiglie e la disponibilità di lavoro a relativamente basso costo grazie all'immigrazione – ha spiegato Boeri –. Un modello che verrà messo presto sotto pressione. Secondo le nostre stime, la domanda di persone che prestano assistenza alle persone non autosufficienti è destinata a triplicarsi, le famiglie diventano sempre più piccole e non è pensabile che queste responsabilità continuino a gravare sulle donne in un contesto in cui vogliamo che la presenza femminile nel nostro mercato del lavoro si rafforzi. Questo modello che grava così tanto sulla famiglia non è in grado di reggere questa sfida». Non è più tempo, quindi, di rinviare decisioni. Per Boeri, occorre che le istituzioni affrontino il problema al più presto. «L'assistenza pubblica si è posta molto poco il problema della non autosufficienza – ha affermato –. Circa il 45 per cento delle persone non autosufficienti riceve oggi una qualche forma di sostegno pubblico e con l'aumentare delle persone che si troveranno in queste condizioni, a meno che non ci sia un forte incremento delle risorse pubbliche, si rischia che questa bassa copertura possa ridursi ulteriormente. Il grande quesito che dobbiamo porci è come trovare risorse per garantire un'assistenza pubblica di qualità alle persone non autosufficienti negli anni che ci stanno davanti. Si tratta di fare delle scelte difficili, ma è bene prepararsi sin da ora».

In primo luogo, ha aggiunto Boeri, bisogna intervenire riducendo sprechi e utilizzando al meglio le risorse disponibili. E in questo ambito ci sono già degli interventi messi in campo. «Dobbiamo trovare delle aree in cui oggi ci sono sprechi, risorse male utilizzate e potenziali abusi», ha spiegato il presidente dell'Inps, facendo l'esempio dei permessi della legge 104. «Ci sono differenze molto forti tra il settore pubblico e il privato – ha aggiunto –. Nel pubblico abbiamo sei giornate contro una e mezzo nel privato. All'interno dello stesso pubblico ci sono differenze molto forti tra comparti che non si spiegano con l'età media dei dipendenti e dei familiari e fanno pensare che ci possano essere delle potenziali forme di abuso. Bisogna avere un utilizzo molto più oculato e controlli molto più serrati. Non si tratta di poche risorse. Noi stimiamo che si spendano circa tre miliardi all'anno per la 104». Altro fronte caldo quello dell'accertamento della condizione di disabilità. «Oggi si procede col doppio binario con le Asl e l'Inps – ha specificato Boeri –, ma la duplicazione degli accertamenti è fonte di contenzioso, di oneri per le famiglie e di costi». Altro campo su cui intervenire, quello dei controlli per i dipendenti in malattia. «Il testo unico sul pubblico impiego prevede l'assegnazione all'Inps dell'accertamento anche nel caso di dipendenti pubblici – ha aggiunto –. Siamo pronti a prenderci carico di queste nuove responsabilità. Chiaramente avremo bisogno di risorse aggiuntive, impensabile che si possa affrontare la dimensione di questo sforzo a risorse date. Contiamo, tuttavia, di realizzare risparmi significativi rispetto alla situazione in cui i controlli passavano attraverso le Asl».

Nonostante gli sforzi, però, secondo il presidente dell'Inps questi risparmi non bastano per soddisfare una domanda di assistenza in netto aumento. «Le risorse così reperite non sarebbero sufficienti ad affrontare le dimensioni del fenomeno – ha aggiunto Boeri –. Mi chiedo se non valga la pena di introdurre dei contributi obbligatori destinati in modo trasparente al fondo per la non autosufficienza per finanziare le politiche di sostegno alle famiglie con persone non autosufficienti. Nel settore pubblico esiste già questa modalità, con il contributo dello 0,35 per cento e nelle prossime settimane annunceremo una riforma importante di quel programma pilota *Home care premium* che abbiamo avviato nel settore pubblico con l'obiettivo di abbattere i costi di gestione e assicurare una co-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 346

pertura su tutto il territorio nazionale. Viene da chiedersi se non varrà la pena di avere una contribuzione obbligatoria anche nel settore privato di alcune categorie e pensare di estendere la contribuzione obbligatoria alla stessa popolazione a rischio, quindi agli stessi pensionati. Ci deve essere una forma di condivisione del rischio di non autosufficienza. È quel che accade già in altri paesi».

4.9.2. Il nodo delle risorse

Come si è visto anche il presidente dell'Inps, così come tutte le parti sociali interessate, indica l'inadeguatezza delle risorse economiche dedicate all'intervento pubblico nella *long term care* come la principale criticità italiana: non a caso, siamo ai posti più bassi delle graduatorie europee in merito[155]. In altre parole, il maggiore problema della spesa pubblica consiste nel sottofinanziamento dei servizi rispetto al fabbisogno che, come abbiamo verificato nel corso della ricerca e come confermato dal presidente dell'Inps, tenderà a crescere notevolmente nei prossimi anni a causa, ovviamente, dell'ulteriore invecchiamento della popolazione e dell'aumento dei grandi anziani (con più di 80 anni) che costituiscono i principali utenti di Ltc.

Come rispondere a questa necessità è il principale interrogativo.

Da più parti – in Italia e non solo – come messo in evidenza da Cristiano Gori nel *Sesto rapporto sulla non autosufficienza* «la strada per uscire dalla stretta tra vincoli di bilancio e pressioni demografiche viene individuata nello sviluppo di fondi privati. Questi ultimi si articolano in varie tipologie, che spaziano da forme di assicurazione collettiva (le principali, delle quali beneficiano gli appartenenti alle categorie professionali che le inseriscono nel proprio contratto collettivo) ad assicurazioni di natura individuale. Il dibattito scientifico internazionale, tuttavia, ha mostrato – in maniera univoca – che non si può trovare qui la principale risposta alla crescente domanda di assistenza» (Ocse, 2011; Health Economics, 2015). E ancora, sempre l'Ocse: «I fondi assicurativi privati hanno alcune potenzialità, ma paiono destinati a rimanere prodotti di nicchia».

Dunque, secondo l'organizzazione internazionale, non ci si può aspettare che i fondi possano raggiungere la parte maggioritaria della popolazione, anche mettendo in campo tutti i possibili incentivi (a partire dalle agevolazioni fiscali): non a caso non avviene in nessun paese occidentale, compresi quelli in cui si investe da più tempo. E dove avviene tendo-

no a coprire perlopiù alcuni tra i segmenti della società che già versano nelle migliori condizioni socioeconomiche.

Ne consegue che la principale risposta al crescente bisogno di Ltc non può che provenire da un adeguato finanziamento pubblico.

Sempre secondo Cristiano Gori «per quanto questo costituisca un obiettivo evidentemente complicato, bisogna accettare il fatto che non esistono alternative. D'altra parte, poiché l'impegno pubblico potrà comunque coprire una quota circoscritta dei bisogni, è necessario costruire un mix di finanziamenti ben congegnato con le risorse private. Le menzionate forme assicurative private possono svolgere un efficace ruolo integrativo e, anzi, l'esperienza – è il caso di Francia e Germania – mostra che si sviluppano più ampiamente quando si integrano e si coordinano con l'intervento pubblico debitamente potenziato».

La strada da seguire è dunque quella di una strategia impostata su una combinazione di risorse pubbliche e risorse private, agendo su diversi fronti:

- fare del fondo per la non autosufficienza un volano adeguato, in consistenza e tempi, a costruire una politica per la Ltc a 360 gradi. In questo ambito andrà prestata attenzione alla modulazione degli interventi pubblici, come indicato anche dal presidente dell'Inps, capace di tenere meglio in considerazione condizioni e possibilità degli utenti, ad esempio con riferimento a indennità di accompagnamento e spese di cura;
- assicurare un uso efficiente delle risorse finanziarie, umane e organizzative;
- valorizzare le disponibilità economiche degli anziani, sovente dotati di redditi contenuti ma di significativi patrimoni (soprattutto casa e altri beni immobili);
- incentivare forme di risparmio a fronte del rischio di futura non autosufficienza, a partire dai fondi privati discussi sopra;
- sviluppare le opportunità offerte tanto dal welfare contrattuale quanto da quello aziendale;
- impegnare in modo coerente le risorse delle amministrazioni territoriali per adeguare gli ambienti di vita dei non autosufficienti.

La vera sfida consiste, dunque, nell'approfondire questi diversi temi e nel collocarli in una visione complessiva che cerchi di rispondere alla domanda: «Qual è una modalità più opportuna di suddivisione dei costi economici di Ltc tra la collettività (finanziamento pubblico), gli anziani e le famiglie, nella società di oggi e di domani?». Richiedono

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 348

questo sforzo sia argomenti di sostenibilità, laddove come anticipato il pubblico può e potrà rispondere solo a una parte dei bisogni, sia di equità, al fine di fronteggiare il menzionato legame tra non autosufficienza e impoverimento e di far sì che chi ha di più possa contribuire maggiormente.

4.9.2.1. Il Fondo per la non autosufficienza

Come si è detto il comma 6c dell'articolo 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" con la previsione di un piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, introduce una novità molto importante a condizione, ovviamente, che non diventi un mero piano di ripartizione delle risorse e che venga, invece, colto come l'occasione per una riflessione complessiva.

Si è inoltre ricordato che il sindacato unitario ha promosso nel 2005 una proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza. Nel merito del finanziamento la proposta prevede all'articolo 8 la costituzione del Fondo nazionale per la non autosufficienza presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e all'articolo 9 le modalità di finanziamento del fondo nazionale.

Evidentemente gli anni passati dal 2005 non sono pochi, eppure l'impianto di fondo di quella proposta di legge si può considerare ancora una base di partenza utile.

Riguardo alle finalità del fondo in favore dei non autosufficienti la proposta di legge prevede:

a) l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali e diritti esigibili (Lesna) di cui agli articoli 3 e 4;
b) il potenziamento dei servizi, delle prestazioni e degli interventi socioassistenziali;
c) il finanziamento dei titoli per la fruizione di prestazioni sociali;
d) il sostegno delle famiglie, ivi compresi quello economico e la copertura previdenziale dei familiari addetti all'assistenza della persona non autosufficiente, e il riconoscimento del lavoro informale delle famiglie anche attraverso servizi di sollievo e agevolazioni tariffarie;
e) l'erogazione delle risorse necessarie per il pagamento della quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in strutture residenziali o di ricorso ad altre strutture anche a carattere diurno;

f) l'assistenza economica, ivi compresa l'erogazione degli assegni e dell'indennità di cui all'articolo 4, comma 1 (indennità di accompagnamento).

In merito invece al finanziamento la proposta prevede che:

1) il fondo sia a carico dello Stato, che assicura, comunque, la copertura delle prestazioni relative ai livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali;
2) al fondo dovranno affluire le somme derivanti:
   a) dalle risorse destinate all'erogazione ai soggetti beneficiari degli assegni e indennità di cui all'articolo 4, comma 1 (indennità di accompagnamento);
   b) dai contributi di solidarietà di cui all'articolo 1, comma 350, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, calcolato ai fini dell'Ire sui redditi di importo superiore a 100.000 euro annui;
   c) dall'importo dei premi non riscossi del gioco del lotto e delle lotterie nazionali;
   d) dai finanziamenti derivanti da programmi europei;
   e) dalle donazioni di soggetti privati, comprese le fondazioni ex bancarie; su tali donazioni si applicano i benefici fiscali vigenti in favore delle Onlus;
   f) dal recupero di entrate conseguenti all'emersione del lavoro irregolare derivante dall'applicazione dell'articolo 6, comma 2;
   g) dal recupero dell'evasione fiscale.

La proposta di legge prevede la possibilità per le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano di istituire fondi regionali e interprovinciali integrativi per la non autosufficienza al fine di integrare le risorse finanziarie disponibili e di erogare prestazioni, interventi e servizi integrativi o ulteriori rispetto a quelli assicurati attraverso il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Relativamente alla ripartizione fra le Regioni delle risorse del fondo si prevede che venga effettuata, entro il 31 dicembre di ogni anno, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e finanze, di intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, acquisito il parere delle competenti commissioni parlamentari. I criteri sono indicati nel medesimo decreto, sulla base di indicatori riferiti alla percentuale di persone non autosufficienti sulla popolazione di riferimento e degli altri indicatori e criteri previsti ai fini della ripartizione del

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 350

Fondo nazionale per le politiche sociali e tenendo conto della realtà dei territori meno sviluppati e dei risultati del monitoraggio annuale sull'erogazione dei Lesna.

Alla programmazione ed erogazione di servizi, prestazioni e interventi di cui al comma precedente provvedono i soggetti titolari in base alle leggi delle rispettive Regioni e Province autonome e alle indicazioni del Piano nazionale per la non autosufficienza e dei rispettivi piani regionali.

Come si può verificare, l'impianto della proposta di legge di iniziativa popolare può garantire il raggiungimento di tre obiettivi di fondo:

1) fornire a tutte le famiglie e a tutte le persone alle quali si presenta o si preannuncia un problema di non autosufficienza, un punto di riferimento istituzionale certo, che sia in grado di valutare con la persona o la famiglia quali siano le prestazioni e i servizi più idonei per quella specifica situazione, e che resti e la accompagni in un percorso che sarà più o meno lungo e nel quale cambieranno i bisogni e il mix di prestazioni e i servizi necessari per garantire al meglio il permanere della persona nel proprio ambiente di vita e dei rapporti affettivi e sociali, condizioni per la valorizzazione delle risorse di autonomia residue e per il benessere e il rispetto della dignità della persona;
2) che le prestazioni e i servizi necessari ci siano e siano di qualità adeguata, riducendo le distanze che oggi esistono innanzitutto tra Nord e Sud ma anche dentro le stesse Regioni;
3) che i servizi necessari siano accessibili anche dal punto di vista economico, senza che la prospettiva della presenza di una persona non autosufficiente incomba come una minaccia per il futuro delle famiglie, in grado di sconvolgere le traiettorie di vita, di compromettere prospettive lavorative o carriere scolastiche di figli o nipoti, già difficili per conto loro, oltre il dramma che coinvolge comunque le persone direttamente colpite, nella costatazione delle limitazioni delle loro possibilità, o i familiari posti al confronto con il processo che trasforma le persone care.

4.9.2.2. Uso efficiente ed efficace delle risorse disponibili

Come detto il perseguimento di questi obiettivi richiede risorse adeguate ma anche un uso diverso di quelle che ci sono, nel segno della ricomposizione di ciò che oggi si presenta come frammentato, sia in termini di competenze sia di risorse sia di organizzazione dei servizi. Questa evidentemente non sarà un'operazione semplice in quanto dovrà affrontare un insieme di problematiche sociali di non facile soluzione: è questa una delle ragioni che rende indispensabile la legge.

I primi nodi sono il carattere che devono avere i livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza (Lesna) e il problema del loro finanziamento, se cioè debbano essere a misura dell'attuale fondo nazionale, anche ipotizzandone una rivalutazione, oppure se debbano essere configurati in maniera più coerente con l'impianto di federalismo fiscale del nostro paese. Tenuto conto che qui entrano in campo i Comuni.

La risposta a questo problema incide sia sull'ampiezza con la quale possono essere definiti i Lesna sia sulla direzione nella quale ricercare nuove risorse.

Ovviamente l'esperienza sanitaria suggerisce che non basta scrivere un elenco di livelli essenziali delle prestazioni per garantire che ci sia un contenimento delle disuguaglianze delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini tale da poter condividere una comune cittadinanza, ma bisogna individuare quali sono i punti critici sui quali avere la maggior avvertenza. In questo senso cruciale è il significato di "presa in carico".

E qui resta di grande attualità quanto previsto dalla proposta di legge del 2005, e cioè che il momento di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza meritevole di sostegno non sia disgiunto da quello della definizione del progetto di intervento personalizzato, qualunque sia il livello di disabilità. Se interpretata così la presa in carico, attraverso il punto unico di accesso, non è un servizio che si può appaltare a strutture accreditate come fosse una normale fornitura di un servizio di consulenza, perché lì si combinano valutazioni del bisogno e valutazioni dell'appropriatezza dell'intervento (sanitario, sociosanitario e socioassistenziale) che impattano non solo sui diritti della persona ma anche su rilevanti interessi pubblici.

Questo pone una serie di problemi con cui misurarsi che attengono ai seguenti aspetti.

• All'integrazione dei servizi: bisogna affrontare seriamente il problema che la maggior parte dei Comuni, titolari della competenza in materia di assistenza sociale, per dimensione, possono esercitare tale compito solo in una dimensione associata. E nel rapporto con il sanitario quella forma associata entra in sofferenza perché il luogo dell'integrazione, il distretto, è venuto assumendo dimensioni sempre maggiori. Per cui, da un lato, non sempre gli ambiti corrispondono ai distretti; dall'altro, l'ambito

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 352

è un perimetro territoriale ma non un'istanza istituzionale. Questo è un punto che si è rivelato di debolezza in quanto probabile concausa della riduzione dei servizi sociali in larga parte dei Comuni. La coincidenza tra ambito e distretto è una scelta dalla quale non si può prescindere. Considerando la delicatezza della materia, la questione che si pone è, dunque, se si debba "dettare" la forma istituzionale più idonea per garantire un livello di integrazione adeguato, fondato su un presidio del servizio sociale qualitativamente idoneo non solo nei Comuni grandi e medio-grandi, e se parallelamente non vada posto, nei processi di riorganizzazione dei servizi sanitari regionali, un limite di popolazione servita alla dimensione dei distretti.

• Alla definizione coordinata dei Lesna con i Lea sanitari verso la definizione di obiettivi "congiunti" e verso il budget di cura. L'integrazione tra Lea e Lesna si può immaginare in tre stadi:

1) nella definizione stessa dei livelli essenziali, che dovrebbero essere definiti congiuntamente, in occasione del periodico aggiornamento dei Lea e con standard di prestazioni nei vari campi; residenziale, semiresidenziale e domiciliare anche con una revisione dei livelli reciproci di concorso nella copertura dei costi, e in questo quadro andrebbe affermata una copertura dei costi a carico della sanità per l'assistenza dei disabili gravissimi più ampia, se non integrale, anche per far fronte a sentenze come quella della Cassazione del 2012 sulla pertinenza degli oneri per l'assistenza ai malati di Alzheimer;
2) a livello regionale caratterizzato da obiettivi di copertura delle prese in carico che siano reciproci, e rendendo obbligatorio il piano sociosanitario, oggi predisposto solo da alcune Regioni;
3) a livello del distretto, non solo in sede di programmazione ma nella definizione del piano individuale e nell'individuazione di un responsabile della gestione del piano individuale fatto di prestazioni e servizi di varia natura (sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale) gestite come budget del piano individuale, a completamento e integrazione di quanto già previsto dal comma 3 dell'articolo 21 del decreto Lea.

• Alle ipotesi di riforma dell'indennità di accompagnamento, avendo come primo obiettivo quello di far concorrere la stessa alla composizione del piano individuale.

La resistenza diffusa alla riforma ha più ragioni e fin troppo ovvie. Innanzitutto perché è stata evocata più volte con l'intento di operare risparmi da reinvestire, invece che per rendere equo ed efficace lo strumento.

Poi perché l'offerta di servizi pubblici non è adeguatamente sviluppata, a fronte di un intervento certo, che integra il reddito se del problema si fa carico la famiglia, o che può essere usato per acquistare servizi, o coprire i tanti costi di beni non forniti dal servizio pubblico. Infine perché le ripetute campagne sui falsi invalidi hanno sempre alimentato l'idea che da lì potessero venire risparmi.

Per evitare il prevalere delle resistenze alla riforma la strada da percorrere è quella del confronto e della partecipazione ponendo con chiarezza alcune condizioni preliminari che la possano rendere possibile:

- *condizione n. 1:* che si parta dal presupposto di aumentare le risorse globali disponibili, perché le persone non autosufficienti ricevano di più e meglio;
- *condizione n. 2:* la gradualità, quindi agendo solo sui nuovi riconoscimenti. Non sarebbe un rinvio, ma assecondare il *turn over* molto elevato (anche per l'elevata età media dei percettori) oltre 300.000 all'anno, condurrebbe in cinque anni a una riforma quasi interamente a regime;
- *condizione n. 3:* che l'accesso all'indennità riformata non sia legato alla prova dei mezzi, cioè che non ci siano persone escluse.

A quel punto si potrà ragionare di come cambiare tempi e modalità del riconoscimento di quella che si configurerà come una dotazione di risorse per il piano individuale, che potrà variare da un minimo a un massimo in relazione al fabbisogno assistenziale.

È chiaro che il riconoscimento di un beneficio andrà rapportato al riconoscimento del grado di non autosufficienza secondo la classificazione sulla base del fabbisogno assistenziale che sarà adottata.

Parallelamente andranno definiti i criteri per la partecipazione alla spesa dei servizi tale da garantire a tutti l'accessibilità, ma anche graduata in ordine al rilievo che si assegna al servizio da fornire e alle ricadute attese.

Due elementi dei trattamenti in vigore in Germania sembrano meritevoli di attenzione: il primo è l'aver previsto un modesto beneficio anche per stadi leggeri di non autosufficienza, con l'obiettivo di far entrare presto gli anziani non autosufficienti nella rete della presa in carico; il secondo, aver previsto una libertà di scelta tra beneficio monetario e fornitura di servizi, ma con un valore più alto dei servizi rispetto al *cash*. Si tratta di due indicazioni da valutare se si ritiene che tra gli obiettivi da perseguire ci sia, da un lato, una presa in carico tempestiva e, dall'altro, an-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 354

che il potenziamento e la qualificazione dell'offerta di servizi, e una correzione del mix tra servizi e trasferimenti monetari che caratterizza il nostro paese.

Sempre nel quadro di un uso efficiente, efficace e soprattutto equo delle risorse è coerente e necessario che la legge comprenda anche:

- le indicazioni per l'accreditamento dei servizi, e che in questo campo si preveda anche il profilo delle assistenti familiari, gli albi regionali, il contenuto dei percorsi formativi per accedervi, le risorse da dedicare a una fase transitoria nella quale le persone che hanno fin qui svolto quel lavoro possano perseguire gli obiettivi formativi necessari a perfezionare/completare e certificare le loro competenze. Se l'obiettivo è la permanenza al domicilio, oltre al rafforzamento dei servizi domiciliari e di residenze finalizzate al sollievo, va perseguito l'obiettivo di integrare nella rete le assistenti familiari, favorendo e supportando processi di condivisione dei servizi prestati;
- il riconoscimento (ove non sia già avvenuto, se no il richiamo e il raccordo alla legislazione) dei *caregiver*, la definizione del ruolo e il riconoscimento dei diritti utili a conciliare l'attività lavorativa, il riconoscimento del lavoro di cura ai fini previdenziali;
- il riordino delle forme di agevolazione fiscale, con l'obiettivo di potenziare l'intervento, privilegiando le forme che garantiscono la progressività e non escludano gli incapienti dai benefici;
- gli incentivi per l'adeguamento delle abitazioni con la rimozione delle barriere architettoniche e l'inserimento di tecnologie domotiche;
- gli incentivi agli enti locali per la programmazione della rimozione delle barriere architettoniche dagli edifici e dagli spazi pubblici.

Considerando infine che rientrano sempre nel perimetro dell'invecchiamento attivo e delle risorse a disposizione degli anziani, andrà valutato se la legge potrà contenere anche altri tre argomenti di particolare rilievo, magari in termini di indirizzi sui quali agire con successivi provvedimenti, decreti, piani.

Il primo argomento riguarda la prevenzione e quindi l'invecchiamento attivo e in salute. Quando la XII commissione della Camera ha discusso i testi dei disegni di legge volti a regolamentare l'impiego dei pensionati in attività di utilità sociale, in sede di audizione venne sottolineato il carattere parziale del provvedimento e venne indicata la necessità di una legge quadro che servisse da guida a un orientamento delle politiche pubbliche in grado di confrontarsi con il tema dell'invecchiamento in una logica di lungo periodo di prevenzione della disabilità.

Si può ovviamente immaginare che nella prossima legislatura si affronti direttamente il tema in una specifica legge quadro. Ma si potrebbe anche ipotizzare che una legge sulla non autosufficienza sia un veicolo utile per una delega, circostanziata, che indicando i campi delle politiche pubbliche sui quali si dovrebbe intervenire, e lungo quali indirizzi e per quali obiettivi, deleghi alla realizzazione di uno o più piani nazionali specifici. Sarebbe comunque il modo di sottolineare il valore fondamentale della prevenzione e del prolungamento delle condizioni di autonomia, e dei vari fattori che vi devono concorrere.

La seconda grande questione è quella del destino del patrimonio immobiliare di proprietà degli anziani, soprattutto della casa di abitazione, e della necessità di trasformarlo in un reddito disponibile per le esigenze degli stessi. Il prestito vitalizio ipotecario è una risposta che affida al mercato, entro un quadro di regole minime, il problema, con non poche contraddizioni evidenziate in un articolo del *Sole 24 ore* del 2 marzo 2016. L'alternativa, d'altra parte, è la nuda proprietà che non è certo da favorire. Si potrebbe allora immaginare un fondo di rotazione che metta gli enti locali (o gli enti preposti alla gestione dell'edilizia sociale) in grado di intervenire direttamente per:

- determinare il valore dell'immobile, sulla base dello stesso valore considerato ai fini Isee;
- anticipare le risorse necessarie a usufruire delle agevolazioni per gli adeguamenti delle abitazioni alle necessità dell'anziano;
- anticipare, ove necessario, le compartecipazioni alla spesa previste dal piano individuale e rientrare delle stesse al momento dell'eredità o in alternativa acquisire al patrimonio immobiliare del Comune incrementando il patrimonio destinato a edilizia sociale.

Come si vede sarebbe un meccanismo simile a quello del prestito vitalizio ma con maggiori garanzie e un profilo di interesse pubblico superiore.

La terza questione è relativa alla promozione di nuovi modelli abitativi e di sostegno a forme di residenzialità leggere. Al riguardo si ritiene che le aziende regionali e locali di edilizia residenziale pubblica e lo stesso Inps, in quanto detentori di ingenti patrimoni residenziali con quote significative di residenti anziani, potrebbero svolgere un ruolo di grande interesse.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 356

In estrema sintesi, tanto le aziende di edilizia residenziale pubblica quanto l'Inps dovrebbero farsi promotori di programmi di qualificazione del loro patrimonio rendendolo più adeguato ai bisogni degli anziani prevedendo programmi per l'abbattimento delle barriere architettoniche, l'attivazione di alcuni servizi di base a livello di complesso residenziale (operatori con funzioni di primo contatto, badanti di condominio, servizi di allarme o telesoccorso, monitoraggio e servizi di rassicurazione) e altri fornibili a richiesta (ristorante o preparazione dei pasti, spesa, ritiro della posta, pulizie domestiche, assistenza alla persona). La realizzazione di spazi comuni per iniziative di aggregazione e socializzazione, centri benessere e servizi di prevenzione o sostegno alle esigenze sanitarie di base.

Come si comprende si tratta di un progetto che assume a riferimento esperienze già avviate in numerose città italiane. Se a farsene carico sono i due soggetti indicati indubbiamente si determinerebbe un salto di scala capace di produrre un effetto più ampio di simulazione. Inutile sottolineare che al di là dell'indubbio positivo impatto sociale coerente con le finalità istituzionali dei due soggetti, alle risorse impegnate nel programma farebbe riscontro una ben superiore valorizzazione del patrimonio.

4.9.2.3. Il secondo e il terzo pilastro del welfare

Negli ultimi anni le risorse pubbliche destinate al welfare non hanno brillato per generosità e non poche sono le preoccupazioni per il futuro.

Permane il Fondo nazionale per la non autosufficienza (Fna), istituito con la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (articolo 1, comma 1264), con l'intento di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali. Il governo italiano fissa ogni anno nel bilancio pluriennale l'ammontare delle risorse da destinare all'Fna: per il 2018 e seguenti sono previsti solo 450 milioni di euro.

Permane inoltre il Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps), che nel 2017 ammontava a 311 milioni di euro, a cui si aggiungono altre dotazioni per la non autosufficienza e per interventi specifici collegati ai fenomeni della violenza di genere, tratta eccetera.

Il complesso delle risorse, comunque, non arriva a importanti somme che possano garantire stabilità e ampiezza di azione al complesso delle

politiche sociali. Anche la recente misura contro la povertà, il reddito di inclusione (legge 15 marzo 2017, n. 33) è un punto di partenza per contrastare le povertà assolute. Sul fronte delle amministrazioni regionali e delle autonomie locali si rendono disponibili ulteriori finanziamenti che hanno portato nel complesso la spesa sociale a circa 7,5 miliardi di euro, per offrire una risposta a famiglie e persone che versano in condizioni di grave disagio o di povertà, lontano da un sistema organizzato di welfare delle opportunità come auspicato dalle più recenti teorie del benessere sociale.

In questo panorama non sorprende che si sia andata sviluppando una domanda sociale richiedente misure integrative delle tutele offerte dal welfare pubblico. Domanda tempestivamente intercettata da soggetti di varia natura, assicurazioni, imprese, organizzazioni imprenditoriali, organizzazioni sindacali, capaci di organizzare e offrire "pacchetti" di tutele di carattere individuale o collettivo.

Il quadro dell'offerta può essere ripartito in tre ambiti di opportunità: individuali, contrattuali, aziendali.

4.9.2.4. Le opportunità individuali di far fronte al rischio non autosufficienza

Il risparmio privato. Si può realizzare con speciali conti di risparmio oppure con l'utilizzo delle proprietà immobiliari (trasferendosi in un'abitazione più economica, vendendo la nuda proprietà dell'immobile, oppure vendendo la casa per entrare in una casa di cura). Il rischio grava sul singolo individuo e sulla sua famiglia.

Assicurazione privata senza il sostegno dello Stato. Il meccanismo assicurativo è efficiente, tuttavia presenta vari elementi che influiscono in senso negativo sulla vendita di prodotti assicurativi privati Ltc. In generale esistono barriere, sia dal lato della domanda sia da quello dell'offerta. Dal lato della domanda il principale ostacolo è rappresentato dall'accessibilità alle polizze Ltc, contraddistinte da premi generalmente piuttosto elevati (in virtù del fatto che la polizza Ltc è tipicamente acquistata in età alquanto avanzata). Un'altra barriera è rappresentata dalla mancanza di consapevolezza del rischio che si corre. Infine, vi è in genere cattiva informazione dei cittadini sulle prestazioni effettivamente garantite dalle coperture pubbliche e private.

Dal lato dell'offerta il problema fondamentale riguarda l'assicurabilità del rischio in questione: non esiste, infatti, opinione concorde tra gli

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 358

studiosi e operatori del settore assicurativo sul fatto che il rischio di Ltc sia un rischio assicurabile. Tre sono gli aspetti fondamentali da considerare, sotto questo profilo. Il primo è la *moral hazard*, ossia l'utilizzo eccessivo di servizi Ltc indotto dal fatto che l'individuo dispone di una copertura assicurativa. Il secondo aspetto riguarda la "selezione avversa" del rischio, in quanto tra gli anziani saranno più propensi ad assicurarsi quelli in condizioni di salute più precarie. Il terzo e principale aspetto, infine, riguarda la prevedibilità dei costi complessivi. La mancanza di statistiche adeguate di un settore nuovo, la lunghissima durata dell'esposizione al rischio, l'incertezza sulle evoluzioni demografiche e sul ricorso ai servizi di assistenza, l'aumento dei relativi costi sono tutti elementi che rendono molto difficile effettuare previsioni di lunga durata puntuali.

In conclusione, l'assicurazione privata non sembra destinata a diffondersi presso un'ampia parte della popolazione, a meno che non venga incentivata o resa obbligatoria.

Assicurazione privata incentivata dal settore pubblico. Si può porre rimedio ai problemi accennati tramite forme di supporto pubblico all'assicurazione privata consistenti in incentivi fiscali anche se, di solito, tali incentivi non alterano radicalmente la convenienza per l'assicurato. Se tutti gli individui fossero obbligati ad acquistare una polizza Ltc e le compagnie obbligate a contrarle, si risolverebbero molti dei problemi esaminati (selezione avversa, esclusione degli individui con profili di rischio più elevati).

Potrebbe anche essere possibile introdurre alcuni elementi di solidarietà nel calcolo dei premi: stesso premio a prescindere dal sesso e dallo stato di salute degli assicurati, sconti per i componenti del nucleo familiare. Naturalmente si porrebbe il problema degli individui meno abbienti, i cui premi non sarebbero sostenibili da un punto di vista economico, ipotizzando in tal caso un intervento diretto a carico dello Stato.

L'assicurazione privata gode della caratteristica di essere gestita con un sistema finanziario a capitalizzazione (individuale). Tale elemento va tenuto in considerazione quando si confrontano soluzioni di assicurazioni private corredate di un sostanziale ruolo del settore pubblico con schemi pubblici veri e propri, i quali spesso si basano sul sistema della ripartizione (ben potendo comunque essere gestiti con forme di capitalizzazione di tipo collettivo o con forme miste a ripartizione-capitalizzazione).

4.9.2.5. Le opportunità collettive di far fronte al rischio non autosufficienza

Welfare contrattuale. Viene identificato con il welfare che trae origine da un contratto, sia esso individuale o collettivo (nazionale, territoriale o aziendale). Nella prassi, con tale espressione si identifica l'insieme delle prestazioni la cui fonte è la contrattazione collettiva a diverso livello, piuttosto che il contratto individuale. In termini sostanziali "welfare contrattuale" è il sistema di protezione e tutela dei lavoratori, integrativo di quello garantito dallo Stato, realizzato nell'ambito dei vari livelli della contrattazione collettiva attraverso la costituzione di fondi, casse o enti.

L'oggetto del welfare contrattuale spazia dalla previdenza e dall'assistenza integrative e complementari (comprensive della previdenza pensionistica complementare gestita dai fondi pensione) all'assistenza sanitaria integrativa, agli ammortizzatori sociali contrattuali gestiti dai fondi bilaterali di assistenza) ma anche a plurime ed eterogenee forme di retribuzione non monetaria (*fringe benefit*, retribuzione in natura, beni e servizi aziendali per collettività di dipendenti o loro familiari).

Nel caso di fondi l'iscrizione può essere volontaria od obbligatoria a seconda dei casi; vi è accollo del rischio per gli iscritti al fondo ed eventualmente in parte per i datori di lavoro. I fondi (di vario genere) sono dunque possibili ambiti ove realizzare coperture Ltc a livello collettivo, eventualmente con requisito di obbligatorietà. Il fondo, nel caso in cui viga il requisito di obbligatorietà, consente infatti di realizzare efficaci coperture assicurative consentendo l'accumulo di risparmio sin dalle età più giovani (coperture estese a gruppi di individui non necessariamente omogenei).

I fondi si prestano particolarmente alla realizzazione di coperture relative al secondo pilastro, ossia integrative della copertura di base (primo pilastro) offerte dai sistemi pubblici. La concreta realizzazione di tale tipo di copertura collettiva, nel caso della Ltc, potrebbe avvenire in vari modi:

a) una prima modalità potrebbe essere quella di piani assicurativi contro il rischio di Ltc sponsorizzati dal datore di lavoro, ossia polizze Ltc collettive stipulate dal datore di lavoro a favore dei propri dipendenti. Tale forma potrebbe prevedere l'iscrizione obbligatoria del dipendente; un eventuale contributo a carico del datore di lavoro – nella forma di *fringe benefit* – quanto meno in prospettiva;
b) una seconda modalità potrebbe essere quella di inserire la copertura di prestazioni Ltc nell'ambito di fondi, nati originariamente per coprire

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 360

altri tipi di rischi, ma a essi strettamente collegati (fondi pensione o fondi sanitari). Considerando che le prestazioni di Ltc hanno numerosi punti di contatto sia con quelle pensionistiche sia con quelle sanitarie, ben si prestano a essere integrate tanto con le une quanto con le altre. In questo caso si prospetta la possibilità per il futuro di considerare congiuntamente il "pacchetto" di esigenze cui deve far fronte l'individuo, specialmente in età avanzata: le cure sanitarie, la pensione, l'assistenza;

c) infine, potrebbe essere costituito un autonomo fondo per il solo rischio di non autosufficienza. Tale soluzione assume un interesse concreto solo nel caso in cui abbia il requisito dell'obbligatorietà. Peraltro, anche con il vincolo dell'obbligatorietà, esiste il problema dei costi per la gestione di un fondo autonomo.

Welfare aziendale. Le esperienze di welfare aziendale sviluppatesi negli anni passati registrano un'accelerazione a seguito dell'introduzione del regime fiscale di favore per i premi di produttività e di risultato introdotti dalla legge di stabilità 2016. L'oggetto del welfare aziendale è costituito da benefici di tipo "reale" (diversi dalla normale retribuzione monetaria) forniti da un'impresa al proprio personale, frutto di scelte volontarie e azioni programmate. I benefici variano: beni e servizi (finali o intermedi); trasferimenti in *ticket*, *voucher* e simili; vantaggi legati a specifiche scelte organizzative.

La destinazione dei benefici da parte dell'impresa non è necessariamente esclusiva per i dipendenti, ma può essere accessibile anche ad altre persone legate da rapporti familiari al lavoratore. L'impresa rende disponibili delle risorse e il personale può essere chiamato, o meno, a forme di contribuzione.

Le iniziative possono essere unilaterali da parte dell'impresa o contrattate con i lavoratori. Questa esperienza è molto diversa dal ruolo che le aziende avevano ricoperto un decennio fa, quando impiegavano parte delle loro risorse, insieme a dotazioni statali e regionali per i cosiddetti nidi aziendali, esperienza in larga parte positiva soprattutto dove il nido si apriva al quartiere.

Il quadro attuale del welfare aziendale è stato recentemente fotografato dalla ricerca Censis-Eudaimon che riporta la seguente situazione[156].

Poca conoscenza da parte dei lavoratori del welfare aziendale: a oggi solo il 17,9 per cento dei lavoratori italiani sa precisamente cos'è il welfare aziendale, il 58,5 per cento lo conosce per grandi linee, il 23,6 lo

ignora. La conoscenza è più scarsa tra i meno scolarizzati (il 47 per cento di quelli con al più la licenza media non sa cos'è), quelli con redditi bassi (44,6%), i genitori *single* (40,3%), gli occupati con mansioni esecutive e manuali (36,7%), le lavoratrici (30,1%). Il fatto che sia favorevole al welfare aziendale il 74,4 per cento di chi lo conosce in modo preciso rispetto al 43,3 per cento rivela l'urgenza di un'informazione capillare.

I 58,7 per cento dei lavoratori è a favore della trasformazione in welfare dei premi di risultato, mentre il 23,5 è contrario e il 17,8 per cento non ha un'opinione in merito. A essere più orientati allo scambio sono i dirigenti e i quadri (73,6%), i lavoratori con figli piccoli, fino a tre anni (68,2%), i laureati (63,5%), i lavoratori con redditi medio-alti (62,2%). Meno favorevoli gli operai, i lavoratori esecutivi e quelli con redditi bassi. Tra gli operai (41,3%) e gli impiegati (36,5%) sono più elevate le quote di lavoratori che preferiscono avere più soldi in busta paga invece che soluzioni di welfare.

Non si può pensare, però, sottolineano i curatori della ricerca, che il welfare aziendale possa essere un'alternativa agli aumenti salariali per gli occupati a basso reddito. In Italia vivono in povertà assoluta quasi 600.000 famiglie operaie, cresciute del 178 per cento tra il 2008 e il 2016. Quando sono composte da madre, padre e due figli minori hanno a disposizione al massimo 1.400 euro al mese, soglia che si abbassa a 680 euro per i *single*. La defiscalizzazione, che oggi è la principale leva di crescita del welfare aziendale, favorisce però chi guadagna di più anziché chi guadagna meno e ha più bisogni sociali. Il welfare aziendale diventa così un premio in proporzione al reddito e non un supporto per chiunque abbia bisogno.

Le prestazioni più richieste dai lavoratori sono quelle legate alla sanità (indicate dal 53,8 per cento degli occupati) e alla previdenza integrativa (33,3%), cioè welfare propriamente detto. Seguono buoni pasto e mensa aziendale (31,5%), trasporto da casa al lavoro (23,9%), buoni acquisto e convenzioni con negozi (21,3%), quindi asilo nido, centri vacanze, rimborsi per le spese scolastiche dei figli (20,5%), che però sono al primo posto delle preferenze per il 24,6 per cento delle famiglie con figli minori, evidentemente non supportate dal pubblico.

Il 47,7 per cento dei lavoratori, infine, è favorevole al welfare aziendale perché è convinto che migliori il clima in azienda, il 16,8 perché fa aumentare la produttività dei lavoratori. Anche qui, però, c'è il solito gap,

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 362

con dirigenti e occupati con alti redditi che percepiscono quegli effetti positivi sul clima aziendale molto più degli operai e dei lavoratori con bassi redditi.

Il quadro indica la varietà e la ricchezza delle esperienze di welfare aziendale. Sviluppi recenti hanno portato a forme anche più evolute l'organizzazione dell'offerta. Ci si riferisce in particolare alla realizzazione di "portali" che presentano ai lavoratori il complesso dei benefici previsti dall'impresa: veri e propri "menù" di scelta, concepiti anche per facilitare le transazioni (prenotazioni, pagamenti, certificazioni fiscali eccetera). Esperienze molto interessanti, che spesso contemplano anche l'idea di un *budget* individuale spendibile sull'intera gamma delle prestazioni, consentendo quindi elevati livelli di flessibilità e di personalizzazione dei servizi resi.

Da parte delle lavoratrici e dei lavoratori si registra un apprezzamento per le iniziative di welfare aziendale, non solo perché rallentano lo stress derivante dall'attuale crisi sui problemi più pressanti della convivenza familiare (non autosufficienza, disabilità, minori problematici eccetera), ma perché, di fatto il welfare aziendale si percepisce come un'integrazione salariale e una facilitazione di fronte alle carenze dei servizi pubblici, con l'offerta di opportunità che possono migliorare lo stile di vita della famiglia. Infatti, oltre alla redistribuzione del tempo di lavoro tra donne e uomini, molto apprezzata anche nelle imprese dove i dipendenti sono a prevalenza maschile, gli interventi di welfare aziendale che attengono alle responsabilità familiari sono quelli maggiormente richiesti.

Le pratiche di welfare aziendale improntate a uno stile di gestione delle risorse umane particolarmente responsabile sono ancora circoscritte. Poche sono le iniziative nelle piccole aziende e, se si considerano tutte le esperienze di welfare aziendale, i benefici risultano molto differenziati sia in termini di intensità che di qualità. In proposito, va anche sottolineata la differenziazione dell'accesso ai benefici in ordine ai profili dei lavoratori (sia donne che uomini), perché all'interno della stessa impresa possono accedere agli interventi di welfare aziendale personalizzati coloro che sono strutturati, mentre chi ha contratti precari (lavoratori a tempo, co.co.pro, partite Iva) ne è escluso.

Problematica è anche la qualità delle prestazioni che transitano attraverso il welfare aziendale in considerazione che la maggioranza dei sostegni alle cure familiari si realizza tramite *voucher* e ciò potrebbe non facilitare la qualità delle prestazioni: pensiamo ad esempio a un'assistenza

per non autosufficienti, in particolare persone con Alzheimer, in cui la scelta della persona è effettuata dalla famiglia o per segnalazioni da parte di amici o per trattative dirette con persone di assistenza che si offrono sul mercato. Questo significa che, anche per il welfare aziendale, si deve procedere a un collegamento con il pubblico, cioè con chi si occupa di "regolare" e fornire qualità alla rete dei servizi. Tale regolazione può permettere di attingere a una scelta di personale qualificato che può essere offerto da agenzie o può appartenere anche al libero mercato, ma deve essere in possesso di competenze valutate dal pubblico, anche tramite un'offerta formativa che consente l'iscrizione ad albi o il possesso di certificazioni che garantiscono competenze o particolari qualificazioni come quelle della tutela delle persone fragili o con patologie degenerative. In questi termini i servizi pubblici debbono offrire a questa platea di liberi professionisti anche un sostegno all'acquisizione di conoscenze che è garanzia per chi fruisce delle loro prestazioni di aiuto. In questo modo il welfare aziendale esce dal suo isolamento, o da essere servizio "fai da te", per inserirsi nella rete delle risorse e delle opportunità di aiuto.

Potenzialità e sviluppi del welfare aziendale devono necessariamente misurarsi con i motivi di interesse che questa esperienza propone. Il primo motivo di interesse è ciò che avviene nel mondo delle imprese nell'attuale configurazione dei mercati, il secondo è invece costituito dalle esigenze di rinnovamento e di ricalibratura dell'intero sistema di welfare che non è più monolitico e statale, ma si avvale dell'offerta proveniente anche da altri soggetti del mondo economico (le imprese). Il punto discriminante è comunque il permanere del suo carattere integrativo e, quindi, non deve mettere a rischio il sostegno pubblico al welfare anche solo attraverso iniziative apparentemente positive, come ad esempio la defiscalizzazione di sostegno che, se generalizzata verrebbe a sottrarre risorse preziose al welfare pubblico.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 364

Note

118 La proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza di Cgil, Cisl, Uil e Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil è stata presentata in Cassazione il 10 ottobre 2005 e in Parlamento i primi del 2006. Dopo la proposta dei sindacati confederali sono state presentate in Parlamento varie altre proposte di legge per istituire, finanziare e regolamentare il fondo. Tuttora però, nonostante il raggiungimento di un accordo bipartisan tra maggioranza e opposizione su un testo unificato, nulla è stato fatto. Infatti, il testo di legge in questione giace nelle commissioni parlamentari e non riesce ad andare avanti.

119 Relazione tenuta nell'ambito della presentazione dell'osservatorio sulle residenze per gli anziani in Italia promosso dallo Spi Cgil, ottobre 2017.

120 *European charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance*. Con il sostegno del programma europeo Daphne III, un gruppo di collaborazione di dieci paesi guidati da Age ha sviluppato una Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine come parte del loro progetto Eustacea.

121 Documento su "Invecchiamento attivo e solidarietà tra le generazioni" del 2012 di Spi Cgil, Fnp Cisl, Uil pensionati, Auser, Antea, Apa in occasione dell'anno europeo dell'invecchiamento attivo.

122 Ocse, *Ageing: debate the issues*, rapporto degli esperti dell'Organizzazione internazionale sull'invecchiamento della popolazione, 2015.

123 Il progetto di ricerca sulla *silver economy* verrà realizzato per conto della DG reti di comunicazione, contenuti e tecnologie (connect) della Commissione europea da un consorzio composto da Technopolis Group, Oxford Economics e Cbased.

124 Censis, *L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficient,* 2015.

125 Da anni ormai il mercato di prodotti per la terza età è un'area di grande interesse per gli investitori. «Puntare sugli anziani con servizi innovativi può essere un importante motore per rilanciare la crescita in un paese che invecchia come il nostro. Entro il 2030 il numero degli ultraottantenni triplicherà. La combinazione di *big data* e nuove tecnologie, inclusa l'intelligenza artificiale, offre grandissime opportunità di sviluppare nuove soluzioni», sostiene Mariuccia Rossini, 59 anni, presidente e amministratore delegato di Korian Italia (ex Gruppo Segesta), che sulla cosiddetta *silver economy*, l'economia d'argento, come il colore dei capelli nella terza età, ha costruito la sua carriera di imprenditrice e *manager*.

126 Dice Barbara Da Roit, docente all'università Ca' Foscari di Venezia: «Nei sistemi europei di cura e di assistenza agli anziani, una delle maggiori novità a partire dall'inizio degli anni Duemila è stato lo sviluppo del mercato di cura. In alcuni paesi l'espansione del mercato è seguita all'esternalizzazione dei servizi pubblici a soggetti privati *profit* e *no profit*, in altri al ricorso da parte delle famiglie a servizi di cura a pagamento, soprattutto attraverso l'impiego di lavoratrici domestiche, e soltanto in parte attraverso servizi resi da organizzazioni».

127 Pro Act è un progetto europeo della durata di quattro anni, finanziato dal programma Horizon 2020, che vede la collaborazione di un ampio gruppo di *partner* europei di diverse tipologie e dimensioni per lo studio e la realizzazione di una piattaforma per il miglioramento e una maggiore integrazione del sistema di cure per persone affette da multimorbidità.

128 Vedi in particolare la ricerca *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane,* realizzata dall'Ires Morosini, promossa da Spi Cgil, 2017.

129 Istat, *Stili di vita e salute,* Sistema informativo ≠anziani.

130 Spi Cgil e Auser, *Pensa a cosa mangi: alimentazione e salute delle persone anziane,* 2017.

131 Conferenza nazionale della famiglia organizzata dal dipartimento per le politiche della famiglia con il supporto dell'osservatorio nazionale sulla famiglia. La due giorni, intitolata *Più forte la famiglia, più forte il paese*, ha rappresentato un'occasione importante di riflessione e confronto per approfondire temi di grande attualità, come la crisi demografica, le politiche fiscali a favore della famiglia e le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, Roma, 2017.

132 Nella legge di stabilità 2018 è stato istituito e finanziato il nuovo Fondo per il sostegno dei *caregiver* familiari con una dotazione iniziale di venti milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020. Il sostegno sarà destinato alla persona che assiste e si prende cura del coniuge, di una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, o di familiare fino al terzo grado che non sia autosufficiente, sia ritenuto invalido o sia titolare di indennità di accompagnamento.

133 Ignazio Angioni, *Il sostegno ai caregiver famigliari*, in *Abitare e Anziani Informa - Tecnologie assistive, smart city e innovazioni sociali per l'invecchiamento attivo,* gennaio 2018.

134 Italia longeva, *La babele dell'assistenza sanitaria in Italia: chi la fa come si fa*, 2017.

135 Secondo la proposta di legge di iniziativa popolare dei sindacati confederali i livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali per le persone non autosufficienti (Lesna) devono essere parte integrante dei livelli essenziali sociali da definire ai sensi degli articoli 18, comma 3, e 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328, e i relativi parametri sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza e sono a carico del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

136 I livelli essenziali di assistenza (abbreviato in Lea) indicano l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), da garantire in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio nazionale. Sono detti "livelli essenziali" in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini. ll 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale il decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) del 12 gennaio 2017 con i nuovi livelli essenziali di assistenza. Il nuovo decreto sostituisce integralmente il Dpcm 29 novembre 2001, con cui i Lea erano stati definiti per la prima volta.

137 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Comma 3 dell'articolo 21 del decreto: «Il progetto di assistenza individuale (Pai) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato».

138 Il decreto 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" è stato pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 4 giugno. Il provvedimento avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera; esso consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di livelli qualitativi appropriati e sicuri e produrrà, allo stesso tempo, una significativa riduzione dei costi garantendo l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

139 Inps, *Osservatorio sui lavori domestici.*

140 Istat, *I presìdi residenziali socioassistenziali*, 2015.

141 Claudio Bitelli, Lorenzo Desideri, Maria Rosaria Motolese, *Assistenza anziani - Ausili e costi sociali - Proporre "bene" le tecnologie assistive*, 2012.

142 Osservatorio europeo del social housing, *Anziani e casa nell'Unione europea,* 2008. Lo studio analizza il rapporto tra invecchiamento della popolazione e condizione abitativa nei paesi dell'Unione europea.

143 Ministero economia e finanze - Agenzia delle entrate, *Gli immobili in Italia*, 2017.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 366

144 Dal dicembre 2005 il prestito vitalizio ipotecario è stato introdotto anche in Italia con l'articolo 11-quaterdecies del decreto legge n. 203/2005, come introdotto dalla legge di conversione n. 248/2005, che stabilisce: «Il prestito vitalizio ipotecario ha per oggetto la concessione da parte di aziende e istituti di credito nonché da parte di intermediari finanziari, di cui all'articolo 106 del testo unico di cui al decreto legislativo 1º settembre 1993, n. 385, di finanziamenti a medio e lungo termine con capitalizzazione annuale di interessi e spese, e rimborso integrale in unica soluzione alla scadenza, assistiti da ipoteca di primo grado su immobili residenziali, riservati a persone fisiche con età superiore ai 65 anni compiuti».

145 La nuda proprietà è il valore dell'immobile decurtato dell'usufrutto. Quindi in parole semplici, vendere la nuda proprietà significa vendere il proprio immobile, ma tenendo per sé il diritto di viverci per tutta la vita.

146 Il Piano di azione internazionale sull'invecchiamento delle Nazioni unite (Mipaa), adottato dalla Seconda assemblea mondiale sull'invecchiamento di Madrid nel 2002, rappresenta il quadro politico di riferimento globale per indirizzare le risposte dei vari paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione. Nella regione europea, gli Stati membri hanno adottato nello stesso anno a Berlino una strategia regionale specifica (*Regional implementation strategy-Ris*) per l'effettiva messa in opera del Mipaa.

147 L'Organizzazione mondiale della sanità già nel 2006 aveva stilato il volume *Global age-friendly cities*, ponendo l'invecchiamento attivo come tema centrale in una prospettiva di vita nelle città del futuro. L'Oms ha quindi lanciato la sfida delle "città a misura di anziano", che ha visto la partecipazione di 35 città di tutti i continenti. Il programma ha analizzato i bisogni degli over 65 in un contesto urbano e poi stilato le principali criticità e carenze: poca partecipazione sociale, rispetto e inclusione sociale, comunicazione e informazione, supporto da parte della comunità e servizi sanitari, accesso ai trasporti pubblici e assenza di panchine su cui sedersi negli spazi aperti.

148 Gli standard urbanistici rappresentano i rapporti tra gli spazi destinati agli insediamenti residenziali e gli spazi pubblici riservati alle attività collettive, all'edilizia scolastica, a verde pubblico o a parcheggi.

149 Istat, *Gli incidenti domestici*, report, 2014.

150 Ufficio prevenzione infortuni, *Rapporto Sinus: livello di sicurezza e incidentalità nella circolazione stradale.*

151 Proposta di legge Camera n. 1013, "Disposizioni per il coordinamento della disciplina in materia di abbattimento delle barriere architettoniche".

152 Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". La legge enuncia i princìpi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, volto a garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e tendente a ridurre le situazioni di disagio. Il diritto alle prestazioni e ai servizi spetta a tutti i cittadini. La programmazione e la verifica dei risultati e il metodo adottato per la realizzazione degli interventi, finanziati da più soggetti pubblici.

153 Oggi, la vita assistita è l'opzione perfetta per gli anziani attivi che preferiscono invecchiare indipendentemente, ma in modo sicuro. La *Assisted living federation of America* definisce la vita assistita come «un'opzione di assistenza a lungo termine che combina alloggi, servizi di supporto e assistenza sanitaria, se necessario». È progettata per gli anziani che potrebbero aver bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana come cucinare e trasportare servizi, ma che desiderano comunque rimanere il più indipendenti possibile.

154 Aal (*Active and assisted living*) è un programma comune a sostegno di una vita attiva e autonoma nato dopo la conclusione di un precedente programma settennale denominato *Ambient assisted living*.

155 Franco Pesaresi, *La spesa per il long term care in Europa*, 2015. Il saggio compara la spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti nei diversi paesi europei.

156 Censis-Eudaimon, *Primo rapporto sul welfare aziendale*, 2018.

Appendice A

Esperienze abitative e urbane internazionali e nazionali

Il tema dell'abitare viene giustamente posto al centro delle riflessioni avviate in molti paesi come vero snodo delle nuove politiche di sostegno alla vecchiaia.

Non si tratta solo di progettare nuovi e più numerosi servizi per anziani: nessun paese è oggi in grado di affrontare una crescita costante e potenzialmente illimitata dei servizi sociali e sanitari. Si tratta anche e forse prevalentemente di realizzare città e case in modo compatibile con le esigenze dell'intero arco di vita delle persone, non solo perché certamente più accoglienti per tutti, ma anche perché possono prevenire i rischi di fragilità in vecchiaia, generando una minore domanda sanitaria. Occorre, in sostanza, produrre una nuova offerta abitativa in grado di mettere le persone in condizione di cercare e trovare autonomamente risposte efficaci ai propri bisogni, riducendo le barriere che i più diffusi modelli abitativi e di organizzazione urbana oggi propongono ai soggetti fragili, a causa dell'età o di altre disabilità.

Negli Stati Uniti, in Canada e Nord Europa sono ormai diffusi nuovi modelli d'intervento che hanno nella dimensione abitativa il loro minimo comun denominatore. Si tratta spesso di abitazioni singole o raggruppate, dotate di alcuni servizi di base (in genere una portineria-reception od operatori con funzioni di primo contatto, servizi di allarme o telesoccorso, monitoraggio e servizi di rassicurazione) e altri fornibili a richiesta (ristorante o preparazione dei pasti, spesa, ritiro della posta, pulizie domestiche, assistenza alla persona). Sono quasi sempre presenti spazi comuni, iniziative di aggregazione e socializzazione, centri benessere e servizi di prevenzione o sostegno alle esigenze sanitarie di base.

In tutte le esperienze più recenti si presta una particolare attenzione alla localizzazione dello stabile, alla sua prossimità ai servizi primari (che devono essere raggiungibili anche a piedi), a modelli insediativi che facilitino la relazione fra i residenti e il giusto grado di contatto (ma anche di

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 368

separazione) con eventuali altri residenti in età e fasi della vita diverse. Si risponde, cioè, ad alcune delle prime e più frequenti richieste delle persone: vivere con altri, trovare sicurezza e rassicurazione, ricevere alcuni servizi senza interferire eccessivamente con il proprio desiderio di indipendenza.

Data la crescente domanda il settore è in ampio sviluppo e gli interventi, superata la fase sperimentale, sono già ampiamente a regime e su scala aziendalizzata.

Negli Stati Uniti rappresentano ormai quasi metà delle unità d'offerta disponibili sul mercato, ma anche in molti paesi europei gli interventi abitativi, di edilizia pubblica o privata, sono in costante aumento.

In Francia l'azienda Nexiti, immobiliare leader in Europa con oltre 681.000 appartamenti gestiti con un particolare interesse verso le cosiddette residenze *senior* (in Francia venti sono già attive e cinquanta in realizzazione), è presente anche in Italia con progetti orientati verso la realizzazione di abitazioni per anziani integrate da servizi. Si tratta di abitazioni costruite e progettate in modo mirato per garantire qualità di vita, arricchite da spazi di ristoro, benessere, vita in comune, servizi accessori. Ma molte iniziative in favore degli anziani più fragili sono state intraprese nel corso degli anni dalle comunità locali e dagli stessi organismi di *housing sociale*, gli Hlm territoriali, su impulso di indirizzi statali e dipartimentali.

Anche in Spagna sono stati avviati interventi simili con programmi di edilizia residenziale pubblica. Il programma delle *vivienda dotacionales* di Barcellona, ad esempio, ha permesso la diffusione nella provincia catalana di migliaia di alloggi progettati con logiche innovative. In questo caso il committente è il Comune, che affida a privati la costruzione di residenze per giovani e per anziani con determinate specifiche progettuali: localizzazione, riconoscibilità, integrazione nel contesto urbano, raggiungibilità dei servizi primari, tutela della *privacy* ma anche facilitazione alla socializzazione. Il Comune affida la gestione di ogni complesso a una cooperativa sociale che mette a disposizione un coordinatore, un educatore e un operatore di base che garantiscono agli anziani residenti interventi di prossimità, rassicurazione e mediazione di rete.

Quest'ultima è una delle caratteristiche che distingue i nuovi interventi abitativi per anziani dai tradizionali interventi di *housing* sociale. Se i normali interventi di edilizia pubblica privilegiano l'offerta di alloggi con affitto calmierato, gli interventi più recenti prestano una maggiore attenzione alla qualità costruttiva, ai legami con i contesti di vita urbana e all'integrazione di servizi accessori, necessari per ampliare l'arco temporale di accoglienza sicura di persone in età avanzata. Oltre ad affitti economici, agli anziani residenti viene garantito anche il sostegno di bisogni ulteriori, soddisfatti i quali la necessità di interventi residenziali più specifici si riduce, mentre viene favorita l'azione e l'efficacia di tutti i servizi di comunità.

Nei paesi scandinavi, soprattutto in Danimarca, e in Olanda questa nuova offerta abitativa risponde a logiche ancora più avanzate. Le politiche governative favoriscono la diffusione di alloggi per anziani, singoli o raggruppati, privi di barriere architettoniche, ben localizzati e arricchiti da servizi ma, soprattutto, ben integrati nella normale rete dei servizi di comunità.

La riflessione che sostiene questa evoluzione, infatti, privilegia l'ipotesi che sia più efficace ed efficiente spostare i servizi e facilitare la loro relazione con le persone che ne usufruiscono, piuttosto che costringere gli anziani a muoversi negli ultimi anni della loro esistenza fra servizi residenziali a crescente intensità sanitaria e assistenziale. In ogni caso, anche in questo scenario, è stato dimostrato che un insediamento di abitazioni di buona qualità e con servizi dedicati è sinergico a quello della diffusione di servizi domiciliari ben governati, capillari e flessibili, in grado di rispondere ai bisogni più diffusi dei più anziani: consegne a domicilio, pasti, trasporti, servizi alla persona, servizi sanitari. La base abitativa garantisce solidità ai piani di cura migliorandone anche efficienza ed economicità, prevenendo in modo efficace l'utilizzo precoce e inappropriato di servizi più complessi e costosi (nonché meno graditi), fra i quali le Rsa.

Entro questi confini già dagli anni Novanta il welfare europeo va sempre più orientandosi verso l'abitare, le cui forme aggiornate appaiono in grado di rispondere efficacemente alle necessità della vecchiaia. Case adatte, ben integrate nelle città e ben sostenute dai servizi domiciliari e di prossimità di nuova generazione. Si tratta di soluzioni gradite alle persone: non impongono separazioni, facilitano i percorsi di vita, propongono soluzioni ragionevoli e amichevoli. I confini fra vita indipendente e vita assistista si fanno più fluidi, i passaggi più tollerabili.

Qui di seguito riportiamo alcune esperienze, molte delle quali già illustrate in articoli della rivista *Abitare e Anziani Informa*. Gli articoli sono disponibili nel sito www.abitareeanziani.it.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 370

1. Esperienze internazionali

Lifetime homes britannico[157]

Si tratta di sedici raccomandazioni per la realizzazione di abitazioni confortevoli in grado di sostenere le necessità di persone e famiglie nelle differenti età della vita. La prima stesura, sviluppata da un gruppo di esperti appartenenti a organizzazioni *no profit*, risale agli anni Novanta; la versione attuale, dettagliata, è del luglio 2010. Queste attenzioni sono state integrate, come guida per le autorità locali, nella più ampia programmazione nazionale insieme al *Lifetime neighbourhoods*, orientato verso modelli di inclusione sociale e di urbanizzazione *age-friendly*.

Senior citizen label olandese[158]

Introdotto nel 1991 dallo *Steering committee for experiments in public housing*, si tratta di un sistema di certificazione della qualità costruttiva delle abitazioni per anziani basato su 71 criteri, 31 dei quali obbligatori per ottenere la certificazione di abitazione adattabile alle esigenze di chi è anziano. Le parole chiave del sistema sono sintetizzate nel box seguente. Molte raccomandazioni sono state successivamente integrate negli standard costruttivi approvati dal governo olandese nel 2002 (*WoonKeur, Label for living*). Questi, insieme ad altri atti normativi, hanno inciso sulla qualità costruttiva delle abitazioni del paese, il 50 per cento delle quali sono oggi prive di barriere e certificabili come adatte alle esigenze dei più anziani.

I princìpi del programma Senior citizen label

1. Flessibilità e adattabilità. Le caratteristiche dell'abitazione devono essere tali da evitare che la persona debba cambiare abitazione in caso di disabilità.
2. Neutralità dei costi. I costi totali da sostenere per aderire alle raccomandazioni certificative devono essere compatibili con quelli normalmente previsti per la costruzione o la ristrutturazione.
3. Ambiente. Oltre all'appartamento, devono essere valutati anche il complesso abitativo e il contesto urbano adiacente: accessibilità dei negozi, dei servizi e delle fermate del trasporto pubblico.
4. Adattabilità locale. 40 delle 71 raccomandazioni sono negoziabili per favorire l'adattabilità ai contesti locali.

Viviendas dotacionales[159]

Si tratta di una buona pratica che sottolinea la relazione fra casa e contesto urbano. Le *viviendas dotacionales* del Comune di Barcellona rappresentano, in questo senso, un esempio di assoluto interesse. Il modello è già stato oggetto di pubblicazioni dettagliate a nome di Francesco Cocco e Raimondo Pibiri.

In estrema sintesi si tratta di un programma di edilizia residenziale pubblica per anziani e per altri gruppi di popolazione a rischio di esclusione sociale, come studenti o giovani famiglie. Il progetto è stato avviato nel 1999 dal *Patronat municipal de l'habitage*, ente comunale fondato nel 1927 per favorire la diffusione di abitazioni a prezzi accessibili. Ha permesso la costruzione di oltre 1.700 nuovi alloggi in dieci distretti della città, sia nei quartieri storici che nelle zone di nuova espansione. Le realizzazioni avvengono su suolo pubblico, che resta di proprietà municipale, e possono essere realizzate da attori pubblici o privati. In quest'ultimo caso, il costruttore può godere dei benefici economici dell'iniziativa per un periodo da 50 a 75 anni, al termine dei quali l'edificio diventa di proprietà comunale. La struttura del progetto è definita dall'ente committente; il costruttore può integrarla con soluzioni coerenti con il suo impianto. La progettazione garantisce la separazione delle popolazioni principali – ad esempio, anziani e giovani coppie con bambini – per favorire la libera espressione delle abitudini di vita e ridurre le occasioni di possibile conflitto.

L'organizzazione dei percorsi e degli spazi comuni favorisce però le occasioni di incontro e di condivisione dei tempi di vita. La stessa attenzione viene prestata all'integrazione nel contesto urbano. Ogni progetto ha una sua identità, funzionale a quella del luogo nel quale si esprime. Di questo, rappresentano un arricchimento e un naturale completamento, sotto il piano architettonico e sotto quello del reciproco scambio di vitalità. L'obiettivo è quello di creare spazi tutelati ma aperti, dove gli ingressi e i percorsi sono studiati per confermare l'appartenenza reciproca fra residenti e città. Gli appartamenti sono in genere di piccole dimensioni – la superficie minima è di quaranta metri quadri – e le caratteristiche costruttive proporzionate alla popolazione che li abiterà: assenza di barriere architettoniche, bagno accessibile, docce a filo pavimento, prese di corrente ad altezza non inferiore a cinquanta centimetri, luci di emergenza, sistemi di allarme nei bagni e nelle camere da letto, centralizzati e collegati alla *reception*. La distribuzione degli spazi è flessibile, ad esempio

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 372

attraverso pareti scorrevoli, mentre le dimensioni ridotte delle unità abitative sono arricchite dall'integrazione in un sistema ampio di spazi e servizi comuni: luoghi di soggiorno, spazi culturali, biblioteche, servizi telematici, servizi di assistenza permanente, ambulatori medici, lavanderia comunitaria, spazi per l'attività fisica.

I servizi sociali comunali, direttamente o tramite contratti con attori terzi (cooperative sociali o altri soggetti *no profit*), garantiscono i servizi interni al complesso: coordinano le attività ricreative, di relazione e di prossimità; gestiscono la pulizia degli alloggi e degli spazi comuni e la manutenzione ordinaria e straordinaria.

Gli operatori interni rappresentano anche il collegamento fra residenti e servizi sociali. Il piano terra accoglie servizi per il quartiere, la cui qualità e quantità dipende dalla consistenza di quelli già presenti nel territorio di riferimento. Le realizzazioni, infatti, rappresentano anche l'occasione per arricchire di servizi quartieri carenti o per rivedere la loro distribuzione territoriale. Nella progettazione, si fa riferimento anche alla distanza dal complesso di alcuni servizi primari (trasporti pubblici, ambulatori dei medici di famiglia, negozi, spazi verdi), che devono risultare facilmente accessibili ai residenti oppure integrati nel complesso.

Abitare e servizi: l'esempio della Danimarca[160]

Al centro di questa esperienza si pone il valore delle nuove forme abitative come piattaforma per una più efficace azione dei servizi di cura. Molti paesi europei hanno sviluppato riforme interessanti, con particolare riferimento ai paesi scandinavi, ai Paesi Bassi o alla Gran Bretagna, ma la Danimarca rappresenta sicuramente un riferimento di eccellenza. Sinteticamente, nel 1976 il governo danese ha deciso di assegnare la responsabilità di tutti i servizi di comunità – domiciliari e residenziali, sanitari e sociali – alle 275 municipalità. Nel 1986, il *Danish act on housing for the elderly (Ældreboligloven)* ha sancito l'impossibilità di costruire nuove *nursing home* e definito le linee di sviluppo di un sistema di welfare basato su soluzioni abitative adatte o adattabili alla vecchiaia, ben localizzate e ben integrate nel tessuto urbano. Nel 1996, la *Danish care home reform* (*Plejeboligreformen*) ha rappresentato un ulteriore impulso per gli interventi di *housing* sociale e la definitiva revisione delle *nursing home*.

Nel modello danese, abitare e servizi sono strettamente collegati. Tutte le persone possono ricevere interventi di pari qualità e quantità, indipendentemente dal luogo in cui essi dovranno essere garantiti: dimora naturale, *housing* sociale pubblico o privato, strutture specializzate a minore o maggiore protezione, *nursing home*. L'unica variabile è rappresentata dalle necessità delle persone, non dal luogo di erogazione. Il nuovo paradigma è nel complesso semplice. Se le case sono adatte, è più efficace spostare i servizi che costringere le persone a ripetuti cambiamenti nelle fasi più delicate della loro esistenza.

I servizi di sostegno domiciliare sono diffusi e la responsabilità della loro erogazione è della municipalità. L'offerta è molto ampia; sono possibili interventi di semplice sostegno logistico (consegne a domicilio, trasporti, sostegno domestico), servizi alla persona e servizi sanitari; tutti di intensità graduabile fino a livelli di intensità anche molto elevata. Ad esempio, è prevista la possibilità di avere un operatore a disposizione per l'intera giornata per un massimo di sei mesi o giorno e notte per periodi più brevi. Ai familiari più esposti sono garantiti servizi di sostituzione o di sollievo. La continuità di cura è garantita dal governo delle municipalità, i cui servizi sono accessibili telefonicamente 24 ore su 24, mentre un *case manager* accompagna il processo e governa tutti gli interventi necessari. Il sistema opera anche di iniziativa, attraverso politiche di monitoraggio attivo delle popolazioni più deboli; ad esempio, ogni anziano con più di 75 anni che non sia già in carico a una qualche forma di servizio riceve, almeno due volte l'anno, una visita preventiva da parte di un *case manager* comunale che verifica la situazione e l'eventuale necessità di nuovi servizi.

Questa impostazione, sostenuta da robusti interventi normativi, ha cambiato in pochi anni la struttura del sistema danese. La tabella 97 descrive la contrazione dei posti letto più tradizionali, rispetto alla crescita costante delle soluzioni abitative.

Tabella 97

L'evoluzione del sistema residenziale danese

Anno	Nursing homes	Sheltered housing	Social dwellings for the elderly and social care homes	Totale
1996	36.444	5.122	22.791	64.357
2001	27.635	3.973	37.899	69.507
2009	9.436	1.824	67.703	78.963
2010	8.761	1.804	71.494	82.059

Fonte: Danish ministry of housing, Urban and rural affairs, 2014

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 374

Le diverse forme di *housing* sociale sono governate dalla municipalità e sono gestite da attori *no profit*; quest'offerta è integrata dalle soluzioni di normale edilizia privata conformate agli stessi standard costruttivi. Le case di nuova costruzione o di recente ristrutturazione devono adeguarsi alle leggi danesi, che prevedono, fra l'altro, l'assenza di gradini per l'accesso al piano terra, un piano orizzontale fronteggiante l'accesso di almeno 1,5 per 1,5 metri, ascensore obbligatorio per le case con tre piani o più e superfici interne adeguate al movimento di persone in carrozzina. Le superfici complessive vanno dai 65 agli 85 metri quadri e bagni e cucine sono di dimensioni adeguate. L'integrazione con la comunità urbana è sempre elevata. Le strutture di *housing* sociale o privato specificamente destinate ad anziani devono essere integrate da sistemi di chiamata e di pronta assistenza attivi nelle 24 ore.

Molti complessi sono realizzati in prossimità di centri sociali o diurni o di altri erogatori di servizi. Anche in Danimarca è in via di superamento l'idea di realizzare complessi abitativi per soli anziani, rispetto alla semplice diffusione di abitazioni di buona qualità, realizzate con le attenzioni e il rispetto delle norme utili a renderle confortevoli anche per la vecchiaia ma che possono essere abitate da persone e famiglie di ogni età. In ugual modo, sono diffuse le diverse forme di *cohousing*. L'evoluzione migliorativa ha coinvolto anche le precedenti strutture residenziali (*nursing home* e *sheltered house*); poco più di 2.200 di esse sono state chiuse o riconvertite in nuove forme: *extra care dwelling*, *subsidized housing*, *sheltered dwelling* o *nursing dwelling*. In esse, le persone non sono accolte in camere ma in vere e proprie unità abitative dotate di cucina e bagno personali, potendo inoltre usufruire degli spazi e dei servizi comuni e del supporto del personale delle strutture.

Anche i servizi residenziali di prossimità più recenti – *care home* e *social care home* – sono dotati di un proprio staff e la sezione abitativa è nettamente separata da quella operativa; questa è rappresentata da un'area di servizio attiva 24 ore su 24 per gli anziani che richiedono una presa in carico estensiva. Va sottolineata la diffusione di modelli di lavoro integrato fra gli operatori delle strutture e gli operatori sociali e sanitari di comunità; nell'86 per cento dei casi essi appartengono a una stessa équipe di competenza della municipalità. In questo modo, il confine fra le normali strutture abitative e quelle di residenzialità a maggiore protezione è sempre più sfumato.

I risultati danesi sono di estremo interesse. Basti pensare che il numero di anziani istituzionalizzati e il carico di lavoro gestito direttamente dai familiari sono fra i più bassi in Europa, mentre poco meno di un milione di ultrasessantenni scelgono di continuare a vivere nella propria dimora naturale, potendo contare sugli stessi servizi garantiti ai residenti delle strutture a diverso orientamento o specializzazione. La scelta di cambiare casa per usufruire di una delle forme residenziali più recenti, quindi, è oggi condizionata essenzialmente da motivi personali come, ad esempio, la necessità di una maggiore socializzazione o di una migliore qualità abitativa. Oppure, è collegata al desiderio di utilizzare i servizi delle nuove soluzioni di vita assistita, che mantengono una configurazione abitativa gradita e meno intrusiva dei tradizionali modelli istituzionali. Un'ultima osservazione. Gli slogan che accompagnavano la comunicazione sociale delle prime riforme danesi erano basati sul tema: «Vivere a casa il più a lungo possibile». Dopo le riforme degli anni Novanta, il tema è diventato «*Move in the right time*» («Muoviti per tempo» o «Cambia al momento giusto»), sottolineando il ruolo attivo delle persone nella scelta della casa più adatta alle proprie esigenze attuali e future.

Tervakartano a Kokkola, Finlandia[161]

Nel 1993 è stato ristrutturato un vecchio edificio di quattro piani con strutture di servizio al piano terra e residenze protette per anziani ai tre piani sovrastanti. Massicci interventi di ristrutturazione sono stati effettuati soprattutto per creare le nuove aree di servizio, per dotare l'edificio di un secondo ascensore e ciascun alloggio di un proprio balcone. Anche i vecchi immobili adiacenti sono stati convertiti in nuovi alloggi e annessi al complesso. Sono stati realizzati alloggi con una camera (di 35 o 46,5 mq), alloggi con due camere (di 50,5 o 57,5 mq) e comunità alloggio (di 130 o 267 mq). I servizi sono rivolti sia agli anziani che agli utenti esterni, con strutture per la riabilitazione, cucina per pasti, centro diurno per bambini.

Cohousing di Fardkanappen, Svezia[162]

L'iniziativa nasce per volontà di un gruppo di professionisti che, superati i 40 anni d'età e rimasti senza figli, decidono di trascorrere insieme la seconda parte della loro vita, in modo da condividere uno stile di vita comunitario, pur mantenendo ciascuno la propria *privacy* all'interno di un alloggio autonomo e indipendente. La quota ottimale di fasce di età da accogliere nella nuova residenza è stabilita in una metà di persone ancora

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 376

attive e in un'altra metà di pensionati: in questo modo le persone più anziane, avendo più tempo libero, potranno occuparsi maggiormente della gestione dell'abitazione, ricevendo in cambio dai residenti lavoratori maggiori informazioni e stimoli culturali dal mondo attivo.

Il progetto della struttura ha richiesto oltre due anni di incontri e dibattiti tra i promotori, costituitisi in associazione, i tecnici e l'ente di edilizia residenziale pubblica che ha realizzato l'intervento.

Il risultato è stato un edificio pluripiano, localizzato in prossimità della stazione di Sodra, con 43 appartamenti autonomi di una, due o tre camere e superfici comprese tra 37 e 75 mq; spazi collettivi, localizzati al piano terra, al piano interrato e all'ultimo livello, costituiti da una cucina comune, una sala da pranzo, un soggiorno con biblioteca e angolo per il cucito, una stanza per la tessitura, un locale per hobby e piccoli lavori di *bricolage*, una lavanderia, un magazzino-dispensa, un locale per palestra, una sauna e un piccolo laboratorio fotografico. È inoltre disponibile un ufficio, con Pc e fotocopiatrice, un soggiorno al piano con camino e giardino pensile e alcune camere in affitto per eventuali ospiti. Ogni residente dispone del proprio alloggio, per il quale corrisponde un canone in base alla superficie, e può accedere a tutti gli spazi collettivi, che sono stati attrezzati con arredi regalati o acquistati dagli stessi residenti.

Per la manutenzione dell'edificio, la coresidenza riceve delle sovvenzioni dall'ente di edilizia pubblica, che gestisce secondo un proprio piano discusso collegialmente.

I residenti hanno normato la propria convivenza in base ad alcune regole precise, condivise da tutti. Regole che fanno risparmiare tempo e denaro, ma che aiutano altresì a mantenere in vita le relazioni sociali e l'aiuto reciproco in base alle necessità.

Una prima importante decisione riguarda l'obbligo per tutti i residenti di partecipare alla gestione della cucina e del pranzo principale e ai relativi servizi di pulizia, ciascuno in base alle proprie forze e capacità. La scelta e la preparazione del pasto impegnano la maggior parte del tempo settimanale, attorno al quale si sviluppano le altre attività collettive, quali letture, serate musicali, a teatro o al cinema, dibattiti e altro ancora.

Altre scelte di vita attengono più specificamente alle azioni di cura di chi è più anziano. La comunità decide di comune accordo il livello di sostegno che è possibile offrire ai residenti anziani per consentire loro di poter restare il più a lungo possibile nella propria casa.

L'organizzazione degli altri servizi viene stabilita con la formazione di

gruppi di lavoro, che relazionano ciclicamente sulle attività avviate. Sono attualmente attivi i gruppi biblioteca, feste e animazione, manutenzione, arredamento, arte e decorazione, pianificazione, giardinaggio, ginnastica, spettacoli di opera e altre iniziative vengono poi definite in seno alle assemblee che periodicamente occupano la comunità.

2. Esperienze italiane

Anche in Italia si vanno sviluppando esperienze di un certo interesse. Molto attivo è il mondo delle cooperative di abitazione impegnato nella promozione di programmi abitativi rivolti anche alla popolazione anziana e fragile. Grazie allo stimolo proveniente dagli stessi soci, per molte cooperative "storiche" è stato possibile proporre modelli residenziali innovativi e diversificati, anche in relazione alle esigenze locali. Il modello cooperativo prevede sia l'affitto che la proprietà. Una sua specificità è l'offerta di un sistema di alloggi autonomi, accessibili a persone con lievi fragilità e comprensivi di spazi per la vita collettiva, spesso affidati in autogestione agli stessi abitanti anziani, col supporto di associazioni di volontariato, di operatori di cooperative sociali o della rete dei servizi territoriali. In alcuni interventi è possibile disporre, negli stessi locali dell'edificio, di centri socioassistenziali che ospitano strutture pubbliche o private aperte al quartiere, in grado di erogare servizi ai residenti in tempo reale .

Ma anche molti altri attori, prevalentemente legati al terzo settore, si stanno muovendo verso nuove forme di abitare collaborativo, cercando risposte sostenibili, sul piano economico e sociale, alle richieste di nuova progettualità.

Cohousing Ecosol a Fidenza[163]

La storia di Ecosol parte dal cammino di cinque famiglie riunite nell'associazione "Camminando" che, dopo anni di impegno civile, sociale e politico, formano una comunità territoriale, ispirandosi alle esperienze, allora soprattutto lombarde, di condomini solidali, riunite nell'associazione "Comunità e famiglia" (Acf).

Luca Rigoni, architetto, con la sua famiglia membro di "Camminando" aveva studiato le esperienze di *cohousing* diffuse soprattutto nell'Europa del Nord. Gli piaceva ed è piaciuto a tutte le altre famiglie il senso di un "abitare vicino" che si rifà «con mentalità moderna alla solidarietà che caratterizzava il vicinato ai tempi dei nostri nonni». A partire dalla

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 378

primavera del 2006 un gruppo informale di famiglie e *single*, tra cui le famiglie di "Camminando", ha perciò cominciato a riunirsi per chiacchierare e raccontarsi il proprio desiderio di un contesto di vita favorevole, il sogno di un vicinato amichevole, da cui sono nati la definizione e lo sviluppo dell'idea di un condominio. Da questi processi è nato il gruppo di tredici famiglie che ha costruito il progetto e che ha cominciato circa un anno e mezzo fa ad abitare a Ecosol.

La composizione di queste famiglie è assai varia, come l'età dei membri che in questo momento va dai 18 mesi di Filippo agli 83 anni di suo nonno e la numerosità dei nuclei (da una a sei persone), ma tutti sono, a diverso titolo, legati al mondo della solidarietà, della socialità, della partecipazione. Nel marzo del 2007, con la somministrazione di un questionario, sono state individuate le esigenze dei partecipanti, di seguito elaborate e sintetizzate in una serie di dati da utilizzarsi come input di progetto architettonico. Si è individuata un'area edificabile adeguata alla realizzazione degli obiettivi di progetto, escludendo l'ipotesi di un intervento diretto del gruppo nell'acquisto del terreno e nella costruzione dell'immobile, di proprietà di una cooperativa locale.

La cooperativa ha svolto il ruolo di soggetto attuatore e titolare dell'intervento su terreni fabbricabili in proprietà e i membri del gruppo Ecosol sono diventati soci della stessa cooperativa e assegnatari degli alloggi realizzati.

Il progetto architettonico e il capitolato sono stati definiti, con il metodo della progettazione partecipata, dal gruppo Ecosol. Qui di seguito i caratteri del progetto.

Sostenibilità ambientale:
- a Ecosol non ci sono fiamme: tutto è alimentato a elettricità e la produzione dal tetto fotovoltaico è leggermente superiore a quanto consumato. La casa è considerata casa passiva;
- la circolazione dell'aria e il posizionamento della casa permette un microclima ottimale;
- l'acqua arriva agli appartamenti tramite tre vie: acqua decalcificata per gli usi domestici, acqua solo filtrata dal cloro per essere gradevole da bere, acqua dal pozzo per il Wc;
- le residenze sono allacciate alla rete internet tramite un sistema *modem-router* e un bilanciatore di carico e ogni residenza è servita da una linea telefonica Voip a consumo.

Sostenibilità sociale:
- la progettazione a ballatoio, sul modello delle case a ringhiera, facilita la comunicazione e lo scambio; le famiglie vivono con le chiavi sull'esterno della porta in segno di accoglienza, ma il desiderio di intimità e riservatezza non viene forzato;
- i servizi comuni "obbligano" all'ascolto e al rispetto dell'esigenza degli altri e facilitano l'autoeducazione;
- la sala comune accoglie cene periodiche in cui viene coinvolto chi può e/o vuole e i tanti gruppi che vengono a visitare Ecosol, per valutare la ripetibilità del progetto o per affrontare insieme agli abitanti temi specifici o solo per una visita;
- Ecosol è completamente accessibile, privo di barriere architettoniche.

Sostenibilità economica:
- il costo della casa, pur con tutte le caratteristiche indicate, è stato nei parametri del mercato; ciascuno, ovviamente, ha sostenuto anche il costo di quota parte degli spazi comuni;
- l'autocostruzione pur di parti ridotte della casa (sala comune in balle di paglia, tintura degli spazi comuni, manutenzioni) ha dato una mano a ridurre i costi;
- si è ottenuto un risparmio enorme dal punto di vista delle utenze;
- si è cominciato a ragionare in termini di ottimizzazione delle risorse, anche minime e banali: se io uso la "mia" lavatrice una decina di ore a settimana, per gran parte del tempo può essere a disposizione di altri, così per la "mia" auto, il ferro da stiro, l'aspirapolvere eccetera;
- l'orto ha dato frutti per tanti.

Cardano al Campo: "Synergy", la residenza multigenerazionale[164]

La residenza Synergy, promossa dalla fondazione "Il melo", attivata nel 2014 dopo un percorso progettuale durato oltre dieci anni per vicissitudini cantieristiche e burocratiche, può rappresentare a tutti gli effetti un esempio emblematico di applicazione della metodologia della progettazione geragogica nei suoi elementi essenziali, confermando l'idea che la residenzialità sostenibile e protesica rappresentano un *concept* universalmente applicabile prima che identificare uno specifico progetto.

La struttura residenziale, un complesso di ventotto appartamenti integrati da servizi comuni aperti al territorio, esteso dalla piazza principale della città fino a inglobare i cinquemila metri quadrati del parco pubbli-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 380

co, presenta infatti un'articolazione funzionale-assistenziale che corrisponde precisamente alle due declinazioni tipologiche descritte: l'abitare sostenibile e protesico.

L'area della "sostenibilità" è rappresentata da sedici appartamenti autonomi in regime di edilizia residenziale pubblica destinati a persone anziane in grado di condurre una vita commisurata alle proprie abitudini e necessità fruendo liberamente dei servizi di animazione socioculturale, *fitness* e ricreazione dell'insediamento, con la possibilità di attivare servizi e supporti domestici *on demand*, monitorati da una rete di controllo domotico ambientale non invasivo che permette la recezione di chiamate, valutare l'andamento nel tempo della reale autonomia personale e identificare situazioni di emergenza dal momento che l'insediamento è presidiato da operatori presenti 24 ore su 24.

La residenzialità "protesica", integrata strutturalmente nell'assetto distributivo degli alloggi senza una specifica visibile separazione logistica, ruota su tre nuclei abitativi "*cantou*", il modello provenzale di casa famiglia assistita fondata sui ritmi della vita quotidiana, ricavati accorpando più appartamenti in cui un *cohousing* di otto residenti sostiene "protesicamente" la vita quotidiana di persone anziane con limitazioni funzionali di tipo fisico o cognitivo grazie alla presenza stabile di un operatore *house manager*.

La caratteristica propria tuttavia della residenza è data dalla presenza strutturale nell'insediamento di tutte le generazioni, una condizione in parte mutuata dall'inserimento abitativo di alcune famiglie aggiudicatarie del bando di edilizia pubblica e in parte per la specifica scelta progettuale di selezionare e mettere in organico vere e proprie famiglie *caregiver* "affidatarie" con compiti di supporto operativo e relazionale. Al singolo nucleo familiare fa capo un numero limitato di persone anziane con cui instaurare rapporti preferenziali di prossimità al fine di rendere il supporto assistenziale e relazionale il più familiare e personalizzato possibile e fornire alla rete degli operatori professionali un supporto operativo puntuale e soprattutto flessibile in caso di necessità.

In questo un po' anomalo villaggio-non villaggio i due binari geragogici fondamentali sono dati sempre dalla polarità *domus-forum*: una "casa" resa davvero sostenibile per gli assegnatari di alloggi di edilizia pubblica e realmente protesica per i residenti dei *cohousing* "*cantou*" e una "piazza" a due dimensioni: quella dei servizi comuni dell'insediamento (palestra, salone polifunzionale, pasticceria) e la piazza vera e propria della città su cui si apre la residenza, integrandosi con i suoi negozi, la chiesa e il parco.

Contratto di quartiere a Borgaro Torinese[165]

A margine del centro storico di Borgaro Torinese, in una ex area industriale oggetto di riassetto urbanistico da parte dell'amministrazione comunale attraverso un contratto di quartiere II, il Comune e la cooperativa "Di Vittorio", hanno promosso la realizzazione di 36 alloggi sperimentali in edifici bioclimatici destinati ad anziani e fasce deboli (soggetti svantaggiati, giovani coppie e famiglie monoreddito). Le tecnologie installate negli alloggi comprendono impianti di domotica e sistemi di telesoccorso e telecontrollo. Il piano terra dell'edificio ospita un centro di accoglienza per persone con disabilità, affidato a una cooperativa sociale. Nell'insediamento è inoltre collocato un nuovo centro per l'infanzia e un ambulatorio pediatrico, oltre a un ampio parco urbano che lo collega al centro storico. Un gruppo di assegnatari più anziani, inquilini della cooperativa, ha partecipato al progetto europeo Aal-Host, una piattaforma informatica che consente loro di collegarsi da casa a un sistema di servizi, tramite un tablet e una connessione internet.

Contratto di quartiere II a Orbassano (Torino)[166]

In area contigua alla città storica, intercluso nel nucleo urbano consolidato, il Comune di Orbassano, la cooperativa "Di Vittorio" e altri privati hanno promosso la realizzazione di 32 alloggi in edificio bioclimatico sperimentale, per utenze anziani e fasce deboli speciali, nell'ambito di una ex area industriale riqualificata da un contratto di quartiere II. Gli alloggi sono dotati di moderne tecnologie volte al risparmio energetico e alla sicurezza in casa: sono infatti realizzate serre a guadagno solare; parete ventilata; pannelli fotovoltaici; impianti di domotica con sistema di telesoccorso/telecontrollo per persone con fragilità. Anche a Orbassano gli inquilini più anziani hanno partecipato al progetto europeo Aal-Host, per l'accesso a servizi di assistenza a domicilio tramite un'applicazione informatica. Nel nuovo insediamento trovano posto nuovi servizi per la comunità, che hanno completamente trasformato il volto di questa area industriale dismessa: un nuovo plesso scolastico da destinare a scuola media e attrezzature sportive; laboratorio multimediale e attività espositiva in un ex essiccatoio industriale recuperato; percorsi pedonali e aree verdi destinate al gioco e alla socializzazione.

Finale Ligure (Savona)[167]

Nel centro storico, in località Finalmarina, nei pressi della stazione ferroviaria, il Comune, la cooperativa di abitanti "Primo maggio 85" e Abit-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 382

coop Liguria hanno promosso un intervento di *housing* sociale in cooperativa realizzando nove nuove unità abitative, in un edificio pubblico, originariamente destinato a uffici comunali, parzialmente dismesso e che necessitava di interventi di pesante ristrutturazione.

Con una procedura di evidenza pubblica, il Comune ha assegnato alla cooperativa "Primo maggio 85" la gestione dell'intervento di ristrutturazione degli alloggi in locazione a canone calmierato, trattenendo per le sue funzioni il piano nobile dell'edificio. Nel piano terzo e nel sottotetto dell'edificio trovano infatti posto i nuovi alloggi, di taglio variabile da 47 fino a 98 mq utili, con tipologia adeguata alle esigenze degli anziani, costituiti da cucina-soggiorno, stanza a due letti e bagno.

Le tecnologie installate prevedono: videocitofono, rilevatore gas e fumi, regolazione della temperatura ambiente, sistema di comunicazione con la portineria, illuminazione di emergenza, campanello di emergenza in bagno, corrimani di sostegno, pavimento antisdrucciolo, doccia a pavimento con sedile ribaltabile, sistemi di risparmio energetico.

L'iniziativa assume una particolare valenza per diversi motivi:

- si interviene nell'ambito del centro storico, dove le persone anziane possono avere facile accesso alla rete dei servizi d'interesse quotidiano;
- si realizza un intervento integrato;
- si offrono alloggi accessibili in affitto e a prezzi calmierati, quindi fruibili anche da persone anziane con redditi da pensione;
- si sperimenta una nuova tipologia d'intervento dell'ente pubblico, che promuove il recupero del patrimonio storico attraverso una struttura del privato sociale, quale la cooperativa di abitanti, a garanzia di una riqualificazione certa del tessuto edilizio di pregio e di una gestione controllata del sistema degli affitti e delle manutenzioni;
- ogni accorgimento è stato predisposto per un intervento che tenga conto della salvaguardia dei caratteri originari.

Tiedoli, riabitare la montagna[168]

Il progetto delle "Case di Tiedoli" ha origine nel 2002, quando Mario Tommasini propose un modello innovativo e rivoluzionario di comunità residenziale per anziani, sviluppato in provincia di Parma, in una piccolissima località montana nel Comune di Borgo Val di Taro, con la finalità di offrire una possibilità di domiciliarità alternativa per gli anziani del luogo, e di arginare il fenomeno dello spopolamento delle frazioni montane. In linea con le tante battaglie vinte in favore dei cosiddetti "emarginati" per i quali operò tutta la vita (i malati di mente, gli orfani, i disabili, i carcerati), aveva preso una decisione: realizzare appartamenti per anziani non più autosufficienti nella frazione più disagiata, più spopolata e più abbandonata del Comune di Borgotaro.

Nel cascinale sono stati ricavati sei alloggi, tutti indipendenti fra loro, di cui due per anziani in coppia e quattro per anziani singoli. Nell'edificio a sé stante è stata ricavata un'unità abitativa, disposta su due piani, destinata alla portineria sociale (con presenza continuativa nell'arco delle 24 ore di personale assistenziale per tutti i giorni dell'anno). Nel contesto delle case, grande cura è stata dedicata al tema delle barriere architettoniche, come pure all'accessibilità di ogni singolo appartamento degli ospiti anziani. L'idea del progetto è quella di ridare libertà alle persone anziane, di dire basta alle case protette, di liberare gli anziani dagli ospizi: creare un modello di appartamento dove essi possano vivere la loro vita, tra le proprie cose e le persone care, in compagnia e in libertà. Si voleva dimostrare che è possibile considerare la vecchiaia non come una malattia ma semplicemente una tappa della vita: invecchiando liberi, tra i propri mobili, nel proprio letto, tra le cristallerie di famiglia, le foto degli avi, i luoghi dell'infanzia e della familiarità, decidendo quando alzarsi, quando mangiare, quando lavarsi, quando andare a letto, a che ora spegnere la luce.

Presso gli alloggi di Tiedoli sono erogati tutti i giorni dell'anno i servizi socioassistenziali utili a garantire la massima sicurezza e il benessere dei residenti. Portierato, assistenza domiciliare quotidiana, animazione, pulizia degli alloggi e delle parti comuni, servizio spesa e ristorazione, trasporti e lavanderia sono affidati, in appalto, a una cooperativa sociale, la stessa dal giorno dell'apertura. L'assistenza sanitaria è in capo al servizio sanitario nazionale ed è modulata tra soggetti autosufficienti e soggetti non autosufficienti secondo le modalità proprie del competente servizio. Il portierato è assicurato da un custode sociale che abita nell'alloggio destinato a questo servizio ed è attivo 24 ore al giorno dal lunedì alla domenica. L'attività di monitoraggio viene effettuata tramite visite dirette, contatti telefonici e un sistema tecnologico di *Ambient assisted living*: il sistema Cardea.

Nell'ambito del progetto "A nostra ca", tre appartamenti dei sei delle case sono stati muniti di una rete di sensori ambientali che permettono all'operatore di monitorare costantemente la situazione degli ospiti negli ambienti di vita. Sensori di movimento, di allagamento, di fumo e fughe

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 384

di gas, di *black-out*, il controllo delle luci e del riscaldamento, l'apertura della porta d'ingresso e delle finestre è sotto la supervisione di un computer che fornisce in tempo reale queste informazioni all'operatore che assiste gli anziani. Quando l'operatore si allontana dalle case (ad esempio, quando va a fare la spesa), eventuali situazioni di pericolo fanno sì che il sistema generi chiamate telefoniche automatiche. Inoltre, mediante una semplice connessione internet, è possibile monitorare lo stato di funzionamento del sistema e la situazione negli appartamenti anche da remoto. Il sistema è stato progettato per essere estremamente flessibile, affidabile ed economico. Le diverse funzioni possono essere attivate su richiesta degli operatori per meglio rispondere alle esigenze di ogni ospite.

Più in generale, l'esperienza di Tiedoli dimostra come con l'ausilio delle nuove tecnologie e con l'investimento sui rapporti umani e sulla reciproca solidarietà tra le diverse generazioni sia possibile trovare soluzione ai problemi dell'anzianità.

Due esempi di particolare interesse di innovazione in corso di realizzazione in Italia sono poi i "villaggi" per le persone con demenza presentati nel *Sesto rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti*. Si tratta de "Il paese ritrovato" e del "Villaggio A", in corso di realizzazione rispettivamente a Monza e a Cardano al Campo a Varese.

Le due esperienze si ispirano a quella olandese del "villaggio Hogewyek" a Weesp[169] assumendone gli stessi princìpi e i medesimi obiettivi.

Si tratta di modelli culturali di grande interesse che anche altri stanno seguendo, speriamo non "gattopardescamente" utilizzando il nuovo nome per proporre il solito modello della casa di riposo.

Il paese ritrovato a Monza[170]

La cooperativa sociale "La meridiana" ha messo a punto un progetto finalizzato alla realizzazione di un centro riservato all'accoglienza di persone affette da Alzheimer o altre forme di demenza. Il centro è stato pensato come un piccolo paese, così da permettere agli ospiti di condurre una vita "normale" e di sentirsi a casa, ricevendo allo stesso tempo le cure necessarie.

L'idea è quella di realizzare un vero e proprio villaggio con appartamenti e servizi comuni, quali teatro, bar, minimarket, cappella, parrucchiere, palestra, laboratori eccetera. In tutti gli spazi sono previsti controlli non invasivi per monitorare i pazienti, mentre tutto il personale, grazie a una costante e specifica formazione, sarà in grado di riconoscere

prontamente i bisogni degli ospiti e garantire interventi mirati pur nel rispetto dell'autonomia residua.

Un luogo reale che vuole rallentare il decadimento cognitivo e ridurre al minimo le disabilità nella vita quotidiana; un modello di cura che ha l'obiettivo di ridurre lo stress, le forme di aggressività e l'utilizzo di farmaci. Il progetto ha un costo stimato di 8,5 milioni di euro, l'apertura è prevista nella primavera 2018. Una ricerca scientifica, che coinvolgerà il politecnico di Milano, l'università di Castellanza (Liuc), il Cnr e la fondazione Golgi Cenci, garantirà l'effettivo monitoraggio dei risultati, al fine di esportarne i risultati sull'intero territorio nazionale.

Dimensioni. Il paese ritrovato ha a disposizione una superficie di 13.400 mq, con 4.300 mq calpestabili per 64 ospiti. Lo spazio coperto è composto da otto appartamenti e da un polo centrale, costruito con il concetto della piazza rovesciata; questa soluzione architettonica consente il libero movimento circolare dei residenti all'interno di un percorso gradevole, vario e stimolante. Sono presenti, inoltre, giardini e orti realizzati secondo i criteri più innovativi dell'architettura del verde. Parallelamente il centro si orienta al supporto diurno, con la presenza di un centro diurno integrato (Cdi) che può accogliere trenta ospiti e un polo per l'orientamento ai servizi presenti sul territorio.

Ogni appartamento di 420 mq ospita otto persone ed è composto da otto stanze singole con bagno, una cucina, un soggiorno e due salottini. Nell'organizzazione dell'appartamento si è tenuto conto dell'equilibrio tra gli spazi privati e quelli sociali. Questa scelta consente a ogni residente di vivere liberamente gli spazi, decidendo con quali persone condividerli.

Collocazione istituzionale. Il progetto darà vita a un nuovo modello sperimentale; sono in corso di definizione, con l'Agenzia di tutela della salute (Ats) della Brianza, le nuove "regole" da proporre alla Regione Lombardia, con la speranza che da questa esperienza possa nascere una nuova unità di offerta espressamente indirizzata alla prima fase della demenza non più gestibile al domicilio.

I servizi del villaggio. I servizi saranno veri e propri negozi e luoghi definiti e riconoscibili per la propria funzione, ci sarà un cinema-teatro destinato anche a eventi e attività musicale, una palestra adibita anche a luogo per i *training* di stimolazione cognitiva, una piccola chiesa, un ufficio informazioni/proloco e diversi negozi (merceria, ferramenta/bricolage, parrucchiere, market/piccolo emporio, bar). Tutti i servizi, negozi e at-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 386

tività saranno gestiti interamente dallo staff de "Il paese ritrovato" con il sostegno di volontari opportunamente formati.

Sicurezza e monitoraggio. La serenità e la sicurezza degli operatori sono state il punto di partenza per la valutazione e la scelta delle soluzioni ambientali affrontate e di quelle tecnologiche: «Staff in sicurezza uguale residente più sereno e sicuro». Dal punto di vista ambientale è stata data grande cura alla scelta dei colori, della luce, delle infrastrutture di orientamento, mentre dal punto di vista tecnologico la priorità è stata data alla localizzazione di ospiti e operatori e alla profilazione delle giornate dei residenti.

Operatori. L'impianto organizzativo è totalmente differente da quello del classico nucleo Alzheimer; l'asse portante della metodologia sarà la libertà e l'autodeterminazione del residente, con una presenza dello staff assolutamente discreta e di supporto non invasivo; una tecnologia invisibile permetterà un costante monitoraggio del residente, con un beneficio di ricaduta sui costi di gestione (un numero più ridotto di personale non significa una diminuzione della qualità di vita, bensì un invito ai residenti a organizzare in piena autonomia la propria giornata). In termini di minutaggio, la presenza del personale potrà variare da un minimo di 1.340 a un massimo di 1.580 minuti/settimana/ospite, in funzione delle risorse economiche a disposizione.

Innovazione. La grande innovazione de "Il paese ritrovato" sta nel proporre un modo differente di affrontare il tema della demenza, partendo dalla visione del mondo di queste donne e di questi uomini che stanno perdendo il filo del loro racconto. Non si tratta quindi di creare una nuova struttura residenziale, di declinare in modo più creativo la classica Rsa, ma di proporre un luogo nuovo, costituito da ritmi individuali e sociali dedicati e nello stesso tempo un luogo aperto, uno spazio di ricerca e di innovazione che si apre alla città, a chi a casa soffre di mancanza di soluzioni, a tutti coloro i quali credono in una società inclusiva, *dementia friendly*.

Il "Villaggio A" di Cardano al Campo[171]

L'idea del "villaggio" inizia il suo iter progettuale nel 2013, sulla scorta di una serie di considerazioni convergenti: evidenze sperimentali, criticità della logistica Rsa, coerenza con la metodologia "protesica", esigenza di deghettizzare la demenza.

L'idea di poter disegnare da zero in senso protesico le case, invece di adattarsi a reparti nati con altre logiche e finalità di cura, e ancor più la

sfida di rendere altrettanto protesico lo spazio aperto oltre la porta di casa sono stati elementi di grande suggestione progettuale ma anche di coerenza intellettuale con una visione che in questi anni ha illuminato la scena sottraendo la cura della demenza agli opposti poli dell'abbandono terapeutico e dell'assistenzialismo pervasivo.

Grande è la sfida di un villaggio Alzheimer, chiamato a una progettazione "speciale" per persone "speciali" e purtuttavia intenzionato a non diventare un ghetto più o meno felice, ma un motore di socialità e servizi osmoticamente aperto e interagente con la comunità sociale, non un corpo estraneo del territorio, ma l'inizio di una vera *dementia friendly community*.

Dimensioni. Complessivamente il lotto è di 21.000 mq. Di questi, 6.000 mq sono destinati a parco urbano in cessione al Comune e a residenze private, mentre il villaggio vero e proprio occupa un'area di 15.100 mq. Di questi ultimi, 10.600 mq sono edificati (3.673 mq come superficie coperta e 6.927 mq come zone lasciate a verde all'interno delle quali si snodano anche i diversi percorsi circolari, integrati in un sistema organico che riconduce sempre al punto nodale della piazza) e 4.500 mq sono adibiti a parco attrezzato aperto al pubblico che, oltre alle serre coperte e al bar-sala gioco, prevede al suo interno anche una piccola arena per ospitare eventi all'aperto.

Il *cantou* tipo ha una superficie di 382 mq e si sviluppa su due livelli. Il piano terra è organizzato in: sala living-zona pranzo, piccola cucina, servizi igienici riservati al personale, servizi igienici per visitatori, zona lavanderia e stireria (a uso terapeutico), due camere doppie con bagno, ascensore. Il primo piano, che si affaccia direttamente sulla zona giorno del piano terra, è riservato a zona notte con due camere doppie e due singole. Il piano è servito sia da scale che da ascensore interno. Il villaggio ospita nove *cantou*, ognuno dei quali può ospitare fino a dieci persone. I posti letto totali sono 96, inclusi i sette dell'astanteria all'interno della zona sanitaria.

Collocazione istituzionale. Il progetto si colloca nel contesto delle sperimentazioni *ex* Dgr n. 856/2013 con le precisazioni normative della Dgr n. 2942/2014 e successive, che ne hanno ridefinito requisiti di esercizio, modalità di accesso degli utenti e relative contribuzioni. Una sufficiente sostenibilità economica dovrebbe essere garantita dall'adozione di rette di mercato delle Rsa e dalla contribuzione istituzionale per la residenzialità leggera previste dalla Regione Lombardia (24 euro al giorno). Sono

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 388

tuttavia allo studio ulteriori possibili opzioni di gestione che escludano il finanziamento regionale (e il carico burocratico che ne deriverebbe).

I servizi del villaggio. Oltre alla cura e all'accompagnamento della persona nella vita quotidiana, il villaggio prevede una serie di opportunità finalizzate a rendere ancora più "fisiologica" la partecipazione alla vita reale da parte dei residenti (possibilità di cucinare parte dei pasti nelle abitazioni, uscire "a fare la spesa", fare una sosta in chiesa o al bar, passare dal parrucchiere, partecipare al lavoro in serra, uscire a cena al ristorante, frequentare la palestra o i servizi di diagnosi e cura del polo sanitario). La scelta progettuale è quella di non ricorrere a limitate simulazioni, ma di coinvolgere veri professionisti disposti a trasferire i loro esercizi e la relativa clientela nel contesto del villaggio.

Sicurezza e monitoraggio. La logistica del villaggio prevede una naturale separazione tra aree a libera fruizione (con percorsi in piano, pavimentazioni antinfortunistiche e facilitazioni ergonomiche) e spazi fruibili con adeguato accompagnamento da parte di operatori e/o familiari. La separazione tra le due aree è data dalla barriera naturale delle balze collinari − ove sono collocati gli spazi più aperti a libera fruizione pubblica che richiedono un adeguato accompagnamento − e il grande pianoro delle case e dei negozi su cui si sviluppano i percorsi liberi su tracciati in piano, che pur offrendo diverse opzioni e deviazioni di percorrenza, ritornano sempre sulla piazza principale del villaggio. Per i residenti con maggiore mobilità e compulsioni centrifughe si pensa a un monitoraggio Gsm, con refertazione sullo *smartphone* dell'operatore.

Per la notte è prevista una centrale di monitoraggio con telecamere, sensori ambientali delle singole case e operatori sul campo come nei reparti di Rsa.

Operatori. È prevista la presenza continuativa diurna di un operatore per casa, che in due turni di lavoro garantisca referenzialità e continuità relazionale alla piccola comunità, supportato da operatori assistenziali aggiuntivi nelle fasce orarie critiche e da operatori di tessuto connettivo (*hostess* per i trasporti, custodi di spazi comuni e servizi, tecnici dei laboratori ergoterapici e animativi). Sul piano sanitario i residenti resteranno a carico del Ssn, ma troveranno in loco un infermiere professionale 24 ore su 24 e un medico di villaggio con funzioni di supervisione, coordinamento e reperibilità per consultazioni 24 ore su 24. Il minutaggio generale del set assistenziale si avvicina molto, senza superarlo, a quello classico della Rsa, con una sostanziale differenza compositiva legata al risparmio in personale sanitario, interamente reinvestito in operatori dell'area

relazionale-assistenziale e al contributo indiretto derivante dal reclutamento informale dei professionisti dei servizi terziari.

Innovazione. Il villaggio Alzheimer, così definito, non è una più o meno apprezzabile utopia progettuale per smuovere interessi mediatici, ma può davvero dar vita a un percorso innovativo in campo gestionale, logistico e sociale, a beneficio non solo dei malati di demenza, ma dell'intera progettazione residenziale gerontologica dei prossimi anni.

Sul piano gestionale, si passa dall'organizzazione standard della giornata tipica di un reparto di struttura comunitaria sanitarizzata a un progetto di vita assistita fondata sui ritmi naturali della quotidianità, il che comporta liberalizzazione di alzate e tempi assistenziali, condivisione ravvicinata dei gesti topici della vita della casa e della preparazione-consumazione dei pasti, massima riduzione del *turn over* degli operatori, con conseguente implementazione di referenzialità e fidelizzazione di relazioni: è una piccola rivoluzione di tempi e modi della presa in carico della persona dipendente.

La logistica del villaggio si avvale della possibilità di progettare per la prima volta *ex novo* un ambiente con speranza di "protesicità" integrale: si sostituiscono i reparti con le case, abitazioni in cui aspetto architettonico e strategie d'arredo ripropongono in modo fedele e riconoscibile l'archetipo della casa, mentre il tessuto connettivo comunitario, rappresentato in Rsa dai classici saloni da pranzo e soggiorno, viene convertito in vie, piazze, cortili di un paese reale, all'occorrenza supportati da ausili e facilitazioni e ove necessario da protezioni termiche per la fruizione nei mesi invernali.

Sotto il profilo più strettamente sociale, il villaggio rappresenta per il futuro prossimo un importante esperimento di inclusività, particolarmente significativo in un contesto socioculturale ancora dominato dallo stigma. La collocazione "a ponte" con il contesto territoriale, l'offerta di punti di libera fruizione e interscambio, il coinvolgimento di professionalità artigiane e commerciali nel cuore operativo dell'insediamento, la presenza permanente di famiglie *caregiver*, la possibilità per i familiari di accedere alle foresterie per soggiorni temporanei sono tutti elementi di grande valore strategico sulla strada dell'integrazione di un'intera comunità "amica della demenza".

Civitas vitae, infrastruttura di coesione sociale in Italia (Padova)[172]

La fondazione Oic ha realizzato alle porte di Padova il Civitas vitae,

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 390

un laboratorio sociale intergenerazionale a disposizione del territorio dove allenarsi, a partire dalle più giovani generazioni, a vivere e crescere in armonia e inclusione, sussidiarietà e solidarietà. Il Civitas vitae è la prima infrastruttura di coesione sociale (Ics) in Italia (altre sono in fase di realizzazione in Centro e Sud Italia) costruita nella convinzione che la risorsa longevità possa essere *asset* fondante per realizzare progetti di vita nella prima e terza età, cioè al servizio delle fasce di popolazione oggi più fragili e meno tutelate. Il Civitas vitae è una vera e propria città integrata di oltre dodici ettari, composta da elementi tra loro sinergici, resa viva da diversi catalizzatori di relazione, pensati, promossi e realizzati in collaborazione con l'iniziativa privata e pubblica. Grazie a un collegamento sotterraneo di oltre 2,5 km e alle più moderne tecnologie informatiche, qui convivono armonicamente strutture sanitarie e sociosanitarie, attività di formazione e ricerca, abitazioni private e organizzazioni commerciali nonché edifici per la pratica sportiva e luoghi di aggregazione sociale e culturale: una grande rete inserita in un ampio polmone verde volutamente senza soluzione di continuità con il territorio circostante. Ogni giorno mediamente 3.500 persone entrano in contatto con il Civitas vitae, siano esse operatori, medici, dipendenti, familiari, visitatori, bambini, famiglie, scolaresche, istituzioni.

Ogni elemento del Civitas vitae esprime tutto il suo potenziale in quanto connesso all'altro: non ha cioè senso enuclearne solo alcuni (ad esempio, quelli sociosanitari) riproducendo in altro luogo solo una parte di questo *social lab*, dato che verrebbe a mancare quel patrimonio di relazioni e valore aggiunto che è invece naturalmente generato dall'essere parte del tutto. Qui dunque convivono:

strutture sociosanitarie

- residenza Santa Chiara, che ospita 480 persone non autosufficienti in ambienti dotati di ogni comfort e di tutti i servizi medico infermieristici;
- struttura intermedia, un ospedale di comunità per l'assistenza post acuzie e la riabilitazione, gestito in collaborazione con l'Usl 16 di Padova;
- nucleo ad alta intensità sociosanitaria (Naiss), perno della rete dei servizi residenziali territoriali dell'Usl 16, che accoglie persone non in grado di proseguire la convalescenza presso il proprio domicilio;
- residenza del sollievo Paolo VI, circa 40 posti per persone in stato terminale (*hospice*) o di minima coscienza (coma vigile), gestita in collaborazione con l'Usl 16 di Padova;

- residenza Pio XII per circa 220 persone anziane non autosufficienti, con ricettività e servizi ai più alti standard di mercato;
- casa della sussidiarietà Filippo Franceschi, che ospita su tre piani, religiosi/e anziani o in servizio presso il Civitas vitae, giovani disabili anche come *coach* per non autosufficienti anziani nonché ambulatori di medicina generale e attività commerciali;
- centro di riabilitazione, con servizi integrati di logopedia, ergoterapia, fisioterapia, recupero post-rianimazione, fisiokinesiterapia, idroterapia, servizi ambulatoriali, punto prelievi (in collaborazione con Usl 16);

strutture residenziali e relazionali

- residenze Airone per persone longeve autosufficienti, un complesso strutturato come le antiche corti venete, formato da undici villette con appartamenti da 27 a 77 mq, comunicanti tra loro mediante percorsi protetti dalle intemperie;
- auditorium San Pontello, un sistema di sale attrezzate di oltre 1.200 metri quadri con capienza fino a 320 posti, punto di interrelazione con l'esterno per convegni, congressi, incontri, esposizioni, mostre eccetera;
- centro benessere, servizi per il tempo libero e la cura della persona: biblioteca, mediateca, connessione internet, bar, animazione sociale, parrucchiera, barbiere, pedicure, podologo.

strutture educative e culturali

- centro formazione e ricerca Varotto-Berto, dove vengono formati (anche in collaborazione con enti esterni) sia gli operatori Oic sia i gruppi di longevi attivi che frequentano i corsi gratuiti "Terza età protagonista". Vengono inoltre "inventate" e sperimentate soluzioni materiali e immateriali per il maggiore/migliore benessere degli ospiti;
- centro infanzia intergenerazionale C. G. Ferro, asilo nido e scuola materna: qui viene data forma concreta alla costruzione di relazioni intergenerazionali e offerto un supporto pratico e pedagogico alle famiglie del territorio e della comunità Oic;
- museo veneto del giocattolo: riconosciuto dalla Regione Veneto, raccoglie una collezione straordinaria di giocattoli a partire dal primo Novecento e ospita ogni settimana numerose scolaresche che partecipano a iniziative didattiche (laboratori del riciclo) animate dal team dei "Nonni del cuore in azione";
- pista didattica, un sistema di strade e arredo urbano dove tutti i bambini delle scuole elementari di Padova e provincia imparano l'educazio-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 392

ne stradale, accompagnati sia da ospiti delle residenze sia da longevi attivi, con la collaborazione della polizia municipale e dell'associazione Amici della bicicletta, sotto l'egida dell'ufficio scolastico di Padova;
- *talent lab*, uno spazio di oltre 650 mq strutturato in cinque aree tematiche (*fab-lab*, musica, *food*, *coworking* e *visual art*) dove persone di tutte le età collaborano secondo logiche *open source* nella creazione di nuovi prodotti e attività, mettendo a frutto strumenti e relazioni normalmente di difficile accesso (www.talent-lab.it);
- palazzetto sportivo, omologato Coni, per diverse discipline, a disposizione sia per esercizi sportivi da parte di persone con disabilità sia per associazioni sportive sia per manifestazioni di aggregazione. Qui svolge i propri ritiri la nazionale femminile di basket in carrozzina e vi si svolge il campionato italiano maschile di rugby in carrozzina.

Tutte le strutture sono inserite nel Parco della vita e delle esperienze, un ampio spazio verde senza soluzione di continuità con l'esterno, dove si trovano orti sociali, area giochi per i più piccoli, percorso vita attrezzato, punto di ristoro, bocciodromo con tribuna, laghetto per modellismo navale e dal 2016 anche un nucleo per la *pet therapy*. Polivalenza e varietà delle attività del Civitas vitae ogni giorno rinforzano, sia in quanti vi lavorano sia in quanti lo frequentano, quel senso di appartenenza a una comunità civile che così riesce ad armonizzare in modo vitale le differenze di stato, di ruolo, di salute, di identità individuale.

Come avviene in qualsiasi contesto sociale complesso (dal quartiere fino alla metropoli), non sono mai le strutture fisiche a dare vita alla comunità bensì le singole persone e le loro aggregazioni. Per questo motivo l'esperienza del Civitas vitae è un quotidiano rinnovarsi grazie all'intreccio relazionale promosso anche da:
- "Agorà", un'associazione di longevi attivi come *civil servant* che collaborano con istituzioni pubbliche e private in eterogenei progetti che vanno dalla cultura dell'alimentazione al supporto a consumi e acquisti, dalla costruzione di reti intergenerazionali nelle scuole allo studio delle tecnologie informatiche. Sbocco naturale di chi per sei mesi ha frequentato i corsi gratuiti "Terza età protagonista" riservati agli over 65, ha realizzato i corsi per la qualifica di amministratore di sostegno (una nuova figura giuridica nata per supportare in modo disinteressato persone longeve nella delicata fase del passaggio generazionale). Dal 2008 ha promosso la prima *community on line* di longevi e gestisce un'innovativa mediateca digitale;

- "Nonni del cuore", gruppo di longevi soci di "Agorà" che hanno seguito un corso di oltre seicento ore per imparare a interagire in modo pedagogicamente corretto con bimbi e adolescenti in modo da diffondere e disseminare quel risultato di gioia tipico dell'approccio nonno/nipote. Si occupano dell'animazione dei laboratori didattici del museo del giocatolo, di specifiche attività all'interno del centro infanzia, dell'animazione della pista didattica e del *talent lab*;
- comitato ospiti, organo di rappresentanza di ospiti e familiari eletti nelle residenze della fondazione Oic, con votazione democratica ogni sei anni, si dedica allo sviluppo delle relazioni tra strutture operative e ospiti: una sorta di *ombudsman ante litteram*, introdotto in Oic fin dal 1987 e solo nel 2001 reso obbligatorio per tutte le altre residenze per anziani dalla Regione Veneto;
- "Vada - Volontari amici degli anziani" unisce quanti, in spirito di solidarietà, si spendono a favore degli ospiti per combatterne la solitudine, per supportare chi si trova in situazione fragile e delicata, per dare consistenza all'ideale di famiglia allargata caratteristico del modello Civitas vitae;
- "Cilpress", cooperativa i cui soci, tutti over 65, concretizzano la loro carica imprenditoriale in attività di *relational service*: dall'accompagnamento in ospedale alla consegna di pasti a domicilio fino ad arrivare al "banco ausili", un riferimento di gestione e riparazione di ausili per disabili realizzato insieme alla Ong israeliana Yad Sarah.

Nel 2015 è inoltre nata la fondazione Hpnr Onlus (*Human potential network research*) che si occupa di promuovere e sostenere la progettualità scientifica e la sperimentazione tecnica che si sviluppa nel Civitas vitae nell'ambito delle aree di fragilità umana.

Insieme a questi momenti strutturati, il Civitas vitae collabora quotidianamente con moltissimi soggetti attivi nel territorio e in particolare con le parrocchie, il Comune e la Provincia di Padova, il centro servizi per il volontariato, diverse scuole primarie e secondarie, l'università di Padova, il museo civico di Rovereto, l'accademia di arti grafiche di Venezia nonché con diverse imprese private. Il tutto in un'atmosfera di agire donativo e di fervida spiritualità che infonde speranza, concretamente, per un futuro migliore.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 394

Appendice B

La domiciliarità in Europa: uno sguardo d'insieme

Nei paesi dell'Unione europea i sistemi e l'organizzazione assistenziale degli anziani presentano significative differenze, sia per i modelli sanitari e sociali adottati sia per il modo in cui gli stessi si integrano e si coordinano sia per il rapporto tra essi e le diverse modalità esistenti nell'Unione, di soggetti e istituzioni *profit* o *no profit*, che concorrono ad affrontare le politiche per la non autosufficienza.

1. Uno scenario complesso

La speranza di vita nelle società europee ha registrato un netto miglioramento negli anni. Nel 1950 la speranza di vita era di 43,5 anni per gli uomini e 46 anni per le donne. Nel 2000 la speranza di vita è salita a 75,5 anni per gli uomini e 81,4 anni per le donne. Nel 2050 è prevista a 82 anni per gli uomini e 87,4 per le donne.

Sessanta anni di pace, progressi accelerati in campo alimentare e sanitario, miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, hanno contribuito a determinare un ambiente in cui la maggior parte dei cittadini europei gode di un pensionamento tutelato, più lungo e più attivo. I tassi di natalità, allo stesso tempo, registrano in tutte le regioni europee un calo, anche se elementi comuni indicano che ovunque il desiderio di maternità/paternità rimane spesso insoddisfatto.

Una complessa combinazione di fattori, quali ad esempio una non equa ripartizione delle responsabilità parentali, il livello non certo ottimale delle strutture per l'infanzia, il problema della casa e un'organizzazione del lavoro che mal si concilia con la vita familiare, influenzano la scelta procreativa.

Tali tendenze demografiche incidono significativamente sul mercato del lavoro e sui sistemi di previdenza sociale. Si prevede che la relativa spesa raggiungerà il 2,5 per cento del Pil europeo entro il 2030 e il 4,3 per cento entro il 2050.

Tendenze che faranno aumentare, inoltre, i rischi sociali quali la dipendenza delle persone anziane e l'isolamento sociale. Attualmente in

Europa il 28 per cento degli ultrasettantenni vive da solo e due terzi delle persone con età superiore a 75 anni deve ricorrere a un'assistenza non ufficiale, prestata essenzialmente da badanti o dai familiari più stretti e in particolare da donne.

Un anziano su sei vive in povertà. Le donne anziane sono particolarmente esposte al rischio di ricevere pensioni basse a causa di un percorso lavorativo incompleto.

L'immigrazione sta mettendo alla prova l'efficacia delle strategie di integrazione degli Stati membri, soprattutto nelle grandi città europee e nelle regioni frontaliere.

Organizzazione mondiale della sanità.
Strategy and action plan or healthy ageing in Europe, 2012-2020

Sommario

Nel documento vengono proposte aree di azione strategiche e una serie di interventi che, in sinergia con Health 2020, il nuovo quadro politico europeo che supporta l'azione a livello governativo e della società per la salute e il benessere, corrispondono le sue aree strategiche. È la prima strategia europea per riunire, in modo coerente, gli elementi connessi all'invecchiamento dell'ufficio regionale dell'Oms per il programma di lavoro europeo e presentarli sotto forma di quattro aree di azione strategica e cinque interventi prioritari, insieme a tre interventi di supporto. Il piano d'azione è inteso come una guida per gli Stati membri con diversi livelli di reddito o fasi di sviluppo delle politiche dell'invecchiamento o della transizione demografica.

Al centro di questa proposta c'è un elenco di interventi prioritari per i quali esistono prove evidenti che, se adeguatamente implementati, possono fornire "vittorie veloci" (nel senso che dovrebbero essere politicamente fattibili) e per i quali il progresso è realizzabile e misurabile anche all'interno di intervalli di tempo relativamente brevi. Inoltre, è stata data preferenza agli interventi con prove evidenti della loro efficacia e il loro contributo alla sostenibilità delle politiche sanitarie e sociali.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 396

La strategia e il piano d'azione sono suddivisi in quattro sezioni principali. Il primo espone il mandato, lo sfondo e contesto. Il secondo propone quattro aree strategiche prioritarie per azioni che si basano sugli strumenti e gli impegni esistenti dell'ufficio regionale, inclusi gli strumenti che sono stati sviluppati a livello globale. Questi sono: 1) un invecchiamento sano durante il corso della vita; 2) i supporti ambientali; 3) i sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine adatti all'invecchiamento della popolazione; 4) il rafforzamento della documentazione di base e la ricerca. Queste aree prioritarie comprendono azioni che aiutano le persone a rimanere attive il più a lungo possibile, anche nel mercato del lavoro, e le azioni per proteggere la salute e il benessere delle persone con (più) condizioni croniche o a rischio di fragilità.

La terza sezione suggerisce cinque interventi prioritari: 1) promozione dell'attività fisica; 2) prevenzione delle cadute; 3) vaccinazione degli anziani e prevenzione delle malattie infettive in ambito sanitario; 4) sostegno pubblico alle cure informali, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare; 5) rafforzamento della capacità geriatrica e gerontologica tra la forza lavoro di assistenza sanitaria e sociale. Tre ulteriori interventi di supporto nella sezione finale collegano l'invecchiamento sano a quello del più ampio contesto sociale: 1) prevenzione dell'isolamento sociale e dell'esclusione sociale; 2) prevenzione dei maltrattamenti degli anziani; 3) qualità delle strategie assistenziali per le persone anziane, comprese la cura della demenza e le cure palliative per i pazienti di assistenza a lungo termine.

Questa strategia e il piano d'azione delineano anche sinergie e complementarità in cooperazione con partner, in particolare con le iniziative della Commissione europea. Nell'attuare questa strategia e questo piano d'azione, l'ufficio regionale garantirà che tutti i paesi della regione europea dell'Oms siano adeguatamente coperti, poiché l'invecchiamento della popolazione si sta diffondendo rapidamente nella regione, rendendo necessario preparare i sistemi sanitari e di assistenza sociale per l'invecchiamento delle popolazioni particolarmente urgenti.

2. L'assistenza e la tutela della salute della popolazione anziana nella Unione europea

I modelli per affrontare il tema dell'assistenza e della salute della popolazione anziana si possono classificare in cinque categorie:

1) sistema universalistico: la copertura del costo delle prestazioni è pressoché totale mediante la fiscalità generale (Danimarca e paesi del Nord Europa);
2) sistemi obbligatori: assicurazione obbligatoria Ltc per tutta la popolazione con prestazioni fornite sia dall'assicurazione contro le malattie sia da un apposito fondo assicurativo (Paesi Bassi);
3) sistemi con la presenza di un'assicurazione sociale obbligatoria sottoscritta dai lavoratori realizzata mediante la contribuzione a casse mutue oppure la sottoscrizione di una polizza privata (Germania, Austria, Lussemburgo);
4) sistemi di copertura nei casi di bisogno dove l'erogazione delle prestazioni è suddivisa fra il sistema sanitario nazionale e gli enti locali (Irlanda e Regno Unito);
5) sistemi misti: alle tradizionali assicurazioni sociali (casse malattia, vecchiaia) si affianca un sistema di assistenza sociale a carico della fiscalità (Belgio, Spagna, Francia).

Negli ultimi anni, spinti dalla necessità di contenimento della spesa pubblica aggravata dai vincoli imposti dalla recente crisi economica e dall'aumento diretto – invecchiamento della popolazione – e indiretto – riduzione delle cure familiari – della domanda di cura, diversi paesi europei hanno introdotto riforme nei loro sistemi di Ltc. In particolare una determinante significativa è la progressiva riduzione della capacità di cura familiare.

Specialmente nei paesi mediterranei si sta assistendo a una modificazione del modello di cura basato sul ruolo della famiglia come principale fornitrice di cure. La crescente partecipazione femminile nel mercato del lavoro, spinta anche dalla necessità di un doppio reddito per garantire il mantenimento economico familiare, ha comportato un'esternalizzazione della domanda di cura verso gli operatori pubblici o privati.

Inoltre, il progressivo innalzamento dell'età pensionabile ha innescato un meccanismo similare che può influire sulla disponibilità di cura dei *caregiver* familiari, specialmente dei figli adulti, ovvero la difficoltà di conciliare cura e lavoro.

Questi fenomeni stanno generando un aumento della domanda di cura trasversale rispetto alle caratteristiche della popolazione anziana non autosufficiente.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 398

In relazione a queste divergenti spinte, come evidenzia l'Oecd (2005), un aspetto centrale di questi processi di riforma riguarda la questione della sostenibilità, non solo in riferimento alla spesa pubblica, ma anche, e soprattutto, in relazione alle spese private richieste ai beneficiari e alle loro famiglie. Basti pensare che, secondo le stime Oecd, circa il 35 per cento della spesa totale rivolta alla cura degli anziani in Italia è finanziata con spese private, e il crescente e vasto ricorso alle operatrici (migranti) di cura conferma quanto la dimensione privata sia fondamentale nel nostro paese.

In altri termini, il rischio evidenziato è una penalizzazione dei beneficiari sia in termini di riduzione nell'accesso ai servizi di cura sia in termini di aumento delle spese private per fruire degli stessi servizi.

3. Principali caratteristiche delle soluzioni adottate in alcuni paesi dell'Unione europea

Austria. La riforma del 1993 ha introdotto un programma universale di supporti alle persone non autosufficienti. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale. L'individuazione dei beneficiari è basata esclusivamente sul grado di disabilità. Il reddito e il patrimonio sono considerati per determinare la compartecipazione al costo solo nel caso di cure intensive. Viene erogato un sussidio universale per tutti i non autosufficienti in relazione al grado di disabilità. L'incidenza del costo della non autosufficienza sul Pil è dello 0,7 per cento pari a 14 miliardi e 700 mila euro per assistere il 70,6 per cento della popolazione over 65 e il 29,4 per cento della popolazione over 75.

Solo di recente, nel giugno 2016, il Parlamento austriaco ha approvato una riforma che vieta il ricorso al patrimonio personale degli anziani, così come a quello dei parenti o eredi, per coprire i costi delle cure ospedaliere in Ltc (chiamate *Pflegeregress*). Per coprire le risorse che verranno a mancare alle province federali il governo nazionale trasferirà cento milioni di euro l'anno.

Germania. Dal 1995 è stata introdotta una specifica assicurazione obbligatoria, che si integra con le altre quattro già presenti nel welfare tedesco. Il sistema è finanziato da un'imposta (contributo assicurativo) dell'1,7 per cento sul reddito da lavoro, equamente divisa tra lavoratore e datore di lavoro.

L'accesso ai servizi è garantito da una perizia medica che provvede a

quantificare il bisogno e a inserire il soggetto in una delle classi a cui è associato un volume diverso di prestazioni da scegliere tra residenziale, domiciliare e monetaria. Non è prevista alcuna limitazione né per l'età né per il reddito o il patrimonio posseduti. Se la classe nella quale il soggetto è stato inserito prevede l'assistenza residenziale, il vitto e l'alloggio sono pagati dall'assicurazione pubblica solo per gli indigenti.

Ne usufruiscono circa due milioni di persone, di cui il 63,3 per cento ha 75 anni o più e il 14,7 per cento è di età inferiore ai 65 anni; il 68 per cento dell'assistenza viene erogato a domicilio e il 32 per cento in residenze. I costi nel 2008 erano pari all'1,2 per cento del Pil cioè circa 18,9 miliardi di euro[173].

La Germania è stato il primo paese a introdurre un sistema di assicurazione privata. Ciò significa che ogni cittadino deve provvedere alla sottoscrizione di una polizza sanitaria secondo una duplice logica: *in primis*, questo costituisce una forma complementare all'assicurazione obbligatoria (dalla quale sono esenti coloro che superano una certa soglia di reddito e i lavoratori autonomi); secondariamente consente allo Stato di coprire anche la porzione di popolazione che non è in grado di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria.

Il sistema tedesco si basa sulla condivisione del potere statale con i sedici governi federali (*länder*) e le organizzazioni della società civile legittimate. Il governo sorveglia sulle decisioni degli operatori. Si tratta di un complesso apparato decisionale articolato fra diversi attori:

1) Stato (Assemblea federale; Consiglio federale; Ministero della salute): pur non avendo un ruolo né come finanziatore né come proprietario di strutture sanitarie, governa il sistema definendone le regole, cosicché mutue e associazioni di medici possono operare solo all'interno dei limiti da esso definiti.
2) *Länder*: programmano le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche. Sono garanti della distribuzione dell'equità e definiscono i *budget* finanziari dei sistemi sociali. I governi dei *länder* si occupano della manutenzione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
3) Associazioni regionali dei medici: gestiscono l'attività ambulatoriale.
4) Strutture sanitarie: ospedali (pubblici) statali, ospedali senza fini di lucro (soprattutto affiliati di qualche religione) e ospedali privati.
5) Assicurazioni: esistono due principali servizi volti alla copertura assistenziale sanitaria di tutto il paese: assicurazione sanitaria pubblica (Shi) e assicurazione sanitaria privata. Il pacchetto di benefici che co-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 400

pre l'Shi prevede servizi di prevenzione e cura ospedaliera e ambulatoriale, cure di salute mentale, cure dentarie, prescrizione di farmaci, ausili medici, servizi di riabilitazione e compensazione, congedo per malattia. Circa il 10 per cento della popolazione è coperto da assicurazione sanitaria privata.

6) Finanziamenti: il sistema prevede fonti pubbliche e private:
   a) le fonti pubbliche sono costituite dal sistema assicurativo sanitario e socioassistenziale e dai tributi. La quota maggiore deriva dalla sottoscrizione dell'assicurazione sanitaria obbligatoria. Contribuiscono in forma pubblica, inoltre, l'assicurazione pensionistica, quella per incidenti e l'assistenza agli anziani;
   b) fonti private: costituite dalla sottoscrizione di polizze private.

Francia. Le prestazioni per la non autosufficienza sono gestite da un sistema pubblico a ripartizione attraverso l'assicurazione sociale e le casse previdenziali. Il loro finanziamento avviene attraverso un contributo di solidarietà (*cotisation solidaritè autonomie*) pari allo 0,3 per cento del salario. Sono previste compartecipazioni al costo. Approssimativamente il 99 per cento dei cittadini francesi è coperto dall'assicurazione sanitaria nazionale.

I requisiti d'accesso sono basati sul bisogno espresso dal soggetto e sulla sua condizione economica. L'età funziona da discriminante.

La soluzione residenziale è gravata da una compartecipazione basata sui costi sostenuti e sul reddito e sul patrimonio dell'utente. Il sussidio erogato dipende anche dall'età del soggetto. L'assistenza domiciliare è valutata con un pacchetto di servizi e prestazioni insieme allo stato di bisogno e alle risorse del soggetto.

Sono inoltre previsti due sussidi monetari, non cumulabili, di importo variabile rispetto alle necessità e alle condizioni economiche, che devono essere impiegati nell'acquisto di prestazioni assistenziali e mediche. Il costo della non autosufficienza incide per l'1,2 per cento sul Pil essendo pari a 19 miliardi e 450 milioni di euro per far fronte al 72,7 per cento dei bisogni degli over 65 e al 27,3 degli over 75.

Il sistema si fonda su due principali livelli di responsabilità:

1) livello centrale: occupato dallo Stato, in particolare da diversi ministeri quali: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, direttamente responsabile della sanità pubblica; Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; Ministère du budget che, dopo l'istituzione della *loi d'orientation des finances publiques* (Lofp), legge quadro sulle finanze pubbliche, influisce su tutte le politiche pubbliche;
2) livello regionale: composto dalle agenzie sanitarie regionali (Ars) che hanno il compito di definire le grandi linee strategiche, all'interno di un piano sanitario strategico regionale (Psrs). Sulla base di questo Psrs, previa consultazione della Conférence régionale de solidarité et d'autonomie - Crsa), composta da organi rappresentativi della sanità pubblica (associazioni, operatori sanitari, enti locali), i programmi e i meccanismi vengono definiti in ciascuna regione. Essi si occupano di prevenzione, cure, aspetti sociosanitari e ambientali.

Per quanto riguarda le strutture sanitarie, il sistema sanitario francese consta di tre diverse figure giuridiche: ospedali pubblici, cliniche private a scopo di lucro e ospedali privati non a scopo di lucro. Gli ospedali pubblici sono in genere di grandi dimensioni, sono ben attrezzati e il loro personale medico è salariato. Essi godono di un buon livello di autonomia gestionale, anche se sono soggetti al controllo dello Stato tramite la Dass (direzione per la sanità e la previdenza sociale). Gli ospedali privati, invece, sono in genere di piccole dimensioni e hanno medici pagati a fronte delle prestazioni rese.

Il rapporto fra ospedali pubblici e ospedali privati è sempre stato un rapporto di complementarietà. Sta però aumentando la reciproca concorrenza, soprattutto in quanto gli ospedali privati stanno migliorando le proprie attrezzature. Tutte le strutture sono soggette a un'autorizzazione preliminare per poter modificare in un'area geografica la quantità di letti, la collocazione di apparecchiature costose, i servizi o l'equilibrio delle prestazioni mediche.

Irlanda. Le prestazioni per gli anziani non autosufficienti sono erogate dal servizio sanitario pubblico e finanziate dalla tassazione generale. I servizi sono garantiti sulla base delle necessità stimate da un apposito *Health board*. In genere non sono previste preclusioni per motivi di età, ma è previsto un *means test* per l'accesso alle varie prestazioni.

L'assistenza residenziale è riservata per coloro i quali sia accertata l'impossibilità fisica e sociale della permanenza a domicilio. È prevista una compartecipazione al costo, fatti salvi gli indigenti, fino all'80 per cento del reddito dell'anziano. Criteri più stringenti sono previsti per la permanenza in strutture private convenzionate che vedono il concorso della famiglia di appartenenza fino al 100 per cento del costo della retta.

L'assistenza domiciliare è erogata dal programma di *Community based*

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 402

care, in parte sottoposta a *means test*. Non sono previsti sussidi monetari. Il costo incide per circa lo 0,7 per cento del Pil e cioè un miliardo e 215 mila euro.

Olanda. Le prestazioni per gli anziani non autosufficienti sono coperte da uno dei tre pilastri sul quale si basa la sanità olandese. Il finanziamento proviene da contributi assicurativi secondo uno schema pubblico a ripartizione, ma vi è anche la possibilità di scegliere un fondo di assistenza privato.

L'assistenza residenziale vede una compartecipazione al costo in base al reddito, l'assistenza domiciliare in base al programma personalizzato dal medico di base e dal geriatra. È prevista l'erogazione di un sussidio monetario, qualora l'anziano rimanga al proprio domicilio, ma ha un reddito basso o sia indigente. Il 43 per cento degli over 65 è assistito in residenze e il 57 per cento a domicilio.

Il costo per la non autosufficienza è pari allo 0,5 per cento del Pil, corrispondente a circa 20,5 miliardi di euro nel 2008 con contributi del 12,15 per cento e un costo mensile oltre il contributo versato, di circa 320 euro a persona.

Norvegia. Il sistema pubblico eroga un rilevante volume di servizi e prestazioni finanziati dalla fiscalità generale con una compartecipazione degli utenti. La fornitura delle prestazioni è organizzata su base locale.

Per i requisiti di accesso viene fatta una valutazione da un team di esperti che colloca i soggetti in uno dei tre seguenti gruppi di prestazioni: cure residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Non è prevista alcuna limitazione legata a motivi di età o di reddito posseduto.

L'assistenza residenziale è distinta in *residential home*, usata solo per degenze di lunga durata di disabili gravi, e *nursing home* per degenze temporanee in centri diurni. Esiste poi lo *sheltered housing* che combina la vita indipendente con servizi di cura e assistenza. La soluzione residenziale comporta una compartecipazione al costo di circa l'80 per cento del reddito dell'utente.

L'assistenza domiciliare prevede due tipi di intervento. L'assistenza domiciliare *home help* con fornitura di cure e assistenza domiciliare con partecipazione al costo, *home nursing*, che fornisce assistenza medica senza alcun onere per l'utente.

È previsto un sussidio retributivo per le persone che si prendono regolarmente cura di un non autosufficiente. Il costo incide per il 3,5 per cento del Pil pari a circa 22 miliardi e 900 mila euro.

Spagna. L'assistenza agli anziani non autosufficienti è organizzata su base regionale e il finanziamento proviene dalla fiscalità generale. Variano da regione a regione i criteri di eleggibilità, i servizi offerti, le compartecipazioni al costo. In generale è previsto il *means test*.

L'assistenza residenziale varia da regione a regione. In generale è prevista una compartecipazione al costo del 75 per cento della pensione oltre a un contributo aggiuntivo per coloro che hanno un reddito superiore ai 70.000 euro l'anno. Le modalità di assistenza domiciliare variano anch'esse da regione a regione e per le prestazioni monetarie si prevede un sussidio per la soglia di indigenza.

Il costo totale rappresenta lo 0,7 per cento del Pil pari a 18 miliardi e 300 mila euro per assistere circa il 70 per cento della popolazione over 65 e il 30 per cento degli over 75.

Le competenze amministrative sanitarie appaiono suddivise come segue:

1) amministrazione dello Stato: coordinamento della sanità, sanità internazionale, politiche sui farmaci, gestione dell'Ingesa (Istituto nazionale di gestione sanitaria);

2) comunità autonome: pianificazione sanitaria, salute pubblica, gestione dei servizi di salute;

3) organizzazioni professionali locali: salute ambientale e collaborazione con la gestione dei servizi pubblici.

La legge generale della sanità ha stabilito inoltre l'articolazione del sistema sanitario pubblico in aree di salute, figure fondamentali del sistema di salute nazionale e che hanno responsabilità dei centri di salute e delle loro prestazioni. Ogni area di salute ha un bacino di utenza che varia dai 200.000 ai 250.000 abitanti ed è legata ad almeno un ospedale generale. Le aree di salute a loro volta si suddividono in zone basiche dove si trovano i centri di assistenza primaria, all'interno dei quali operano le équipe di assistenza primaria.

Nel 1976, la struttura del sistema sanitario era preminentemente pubblica e finanziata attraverso i contributi sociali dei lavoratori. Con l'entrata in vigore della legge 37/88 di *Presupuestos generales del Estado* (Pge), si è passati a un finanziamento basato sulle imposte.

Quando, nel 2002, le 17 regioni autonome sono divenute totalmente

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 404

responsabili della pianificazione e dell'organizzazione dei servizi, esse hanno ricevuto anche una corrispondente autonomia di spesa. Questa si basa in gran parte su trasferimenti dallo Stato centrale, principalmente sulla base delle dimensioni e dell'età della popolazione. L'autonomia fiscale delle comunità autonome è però in crescita.

Una seconda fonte di finanziamento è rappresentata dai fondi mutualistici, residuo dell'epoca precedente al 1986, da allora in continua diminuzione.

Dunque, il finanziamento pubblico prevale nettamente su quello privato. Eppure, analizzando la composizione della spesa si osserva che la quota sostenuta da fonti pubbliche rappresenta nel 2008 il 72,5 per cento del totale. Questo accade principalmente perché un quinto dei costi è coperto da spese *out of pocket*, mentre l'adesione alle assicurazioni volontarie integrative, che coprono le uscite dovute al *cost sharing* o alla spesa sanitaria privata, è sì molto bassa, ma non trascurabile.

Svezia. Il settore pubblico eroga un rilevante volume di servizi finanziati dalla fiscalità generale, su base locale con una compartecipazione degli utenti. La fornitura è organizzata su base locale. I requisiti di accesso si basano sulla valutazione del bisogno. Non è prevista alcuna preclusione in base all'età o al reddito.

L'assistenza residenziale è concessa solo in caso di elevato bisogno e assenza di una rete familiare, sono previsti ricoveri diurni per alleggerire il carico del *caregiver* familiare.

Per l'assistenza domiciliare è prevista la figura del *care manager* che decide modalità ed entità delle cure. È richiesta una compartecipazione al costo da parte dell'utente in relazione alla qualità dei servizi utilizzati.

Sono previsti per l'assistente familiare un sussidio economico e la possibilità di partecipare a corsi di formazione.

In alcune regioni è prevista la possibilità di assunzione da parte del governo locale del *caregiver* con compiti di assistenza di un malato terminale.

Il costo rappresenta il 3,8 per cento del Pil, circa 22 miliardi e 600 mila euro per assistere il 75,7 per cento della popolazione over 65 e il 24,3 per cento della popolazione over 75.

Regno Unito. L'assistenza continuativa è coordinata su base locale. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale, sebbene sia spesso richiesta una compartecipazione al costo variabile in base al reddito e al patrimonio dell'utente. La valutazione è effettuata dal governo locale, attraverso il *primare care trust* (Pct). Non è prevista nessuna preclusione in base all'età, mentre è previsto il *means test*.

L'assistenza residenziale è prevista per tutti coloro per i quali sia stata ritenuta necessaria. La compartecipazione ai costi varia in relazione al reddito e al patrimonio e non ha luogo se la valutazione sta nei 30.000 euro annui. I sussidi pubblici per coloro che si rivolgono a strutture private variano da regione a regione.

L'assistenza domiciliare è individuata da un team del Pct e la compartecipazione al costo è responsabilità dei regolamenti fissati dai consigli di contea in base ai princìpi nazionali del *Social act*. Le prestazioni monetarie sono previste per coloro, *carer's allowance*, che prestano almeno 35 ore alla settimana di assistenza a una persona che riceve sussidio economico per la sua condizione di non autosufficienza e disabilità grave.
Il libro bianco dell'ex governo laburista aveva riformato il *Social act* prevedendo la possibilità di effettuare un'assicurazione complementare o la sottoscrizione con la più grande società di mutuo soccorso Benenden, di un pacchetto di prestazioni di assistenza domiciliare tutte le volte che a livello di Pct i servizi non potessero essere assicurati in tempo utile. Per queste forme si prevedeva un tetto di deducibilità fiscale.

Il costo della non autosufficienza rappresenta l'1,1 per cento del Pil, pari a circa 19 miliardi e 300 mila euro e copre l'assistenza del 77 per cento degli over 65 e del 23 per cento degli over 75.

Svizzera. Il sistema elvetico adotta un modello assicurativo di tipo privato che poggia su alcuni princìpi a valenza sociale (quali l'obbligatorietà per tutti i cittadini di assicurarsi, premi regolamentati e indipendenti dal rischio individuale, il versamento ai cittadini meno abbienti di sussidi statali per il pagamento dei premi dell'assicurazione malattia).

Le principali caratteristiche dell'attuale sistema sanitario svizzero sono:
- sistema che si basa su un modello assicurativo di tipo privato (pluralità di assicuratori in concorrenza fra loro) con alcune caratteristiche sociali;
- dal 1996 obbligatorietà per tutti i cittadini di assicurarsi;
- diritti dell'assicurato definiti dai singoli contratti assicurativi; dal 1996 per legge il contratto di base è uguale per tutti i residenti;
- offerta di servizi sanitari residenziali da parte di strutture ospedaliere e case anziani sia pubbliche sia private;

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 406

- servizi sanitari ambulatoriali prestati da medici liberi professionisti retribuiti secondo uno schema di pagamento all'atto;
- completa libertà di scelta del fornitore di prestazioni da parte dell'assicurato (medico di base, specialista);
- tariffe per le prestazioni regolate e definite in base a negoziazioni tra fornitori di servizi, assicuratori malattia e Stato;
- limitato finanziamento del sistema sanitario da parte della Confederazione, dei Cantoni e dei Comuni (sussidi alle strutture ospedaliere riconosciute, dal 1996 sussidi alle persone bisognose per il pagamento dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria).

Consiglio federale e Parlamento sono responsabili a livello federale dell'orientamento della politica sanitaria svizzera. A essi spetta il compito di formulare ed emanare leggi e ordinanze.

Ufficio federale della sanità pubblica (Ufsp). L'obiettivo fondamentale di tutte le attività e degli sforzi dell'Ufsp consiste nel mantenimento e nella promozione della salute di tutte le persone che vivono in Svizzera. Per salute non si intende solo l'assenza di malattie. La salute è piuttosto intesa come una delle condizioni essenziali che consentono di condurre una vita produttiva e autonoma. La gamma di compiti dell'ufficio è dunque conformemente vasta.

Cantoni. La salute è in linea di principio una responsabilità cantonale, anche nei settori regolati dalla Confederazione. Formulato in modo generico, il compito delle autorità sanitarie cantonali consiste nel rendere esecutive, sotto la responsabilità della Confederazione, le leggi e le ordinanze emanate da quest'ultima. Le disposizioni federali possono essere completate da leggi d'attuazione cantonali. Nell'esecuzione delle direttive legali, i Cantoni sono autonomi.

Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (Cds). È l'organo di coordinamento politico delle direzioni cantonali della sanità. Promuove la collaborazione tra i Cantoni come pure tra questi e la Confederazione e altre importanti organizzazioni della sanità pubblica.

Comuni, autorità sanitarie e di previdenza sociale. I compiti possono variare notevolmente a seconda della grandezza dei Comuni. In parte, questi compiti comunali vengono svolti in collaborazione con i Comuni vicini o delegati ad associazioni private. I compiti principali sono: garantire l'assistenza sanitaria (ospedali e case di cura, Spi-tex, servizi di assistenza e cura a domicilio, servizi di consulenza e servizi sociali, igiene dentale scolastica e altro), prevenzione e promozione della salute (insieme a Confederazione e Cantoni), coordinamento del servizio sanitario (insieme a Confederazione, Cantoni e organizzazioni private).

Livelli di assistenza. Il pacchetto principale offerto dalle assicurazioni di base prevede un numero piuttosto esteso di prestazioni, tra le quali: degenza e assistenza ambulatoriale, assistenza agli anziani e a portatori di handicap fisico e/o mentale, assistenza a lungo termine presso case di cura, test diagnostici, farmaci da prescrizione, con l'aggiunta di terapie complementari e alternative.

4. Riforme in corso

Un primo dato che emerge dall'osservazione di alcuni paesi (Svezia, Francia, Belgio, Spagna) risulta essere l'implementazione, diversamente che nel nostro paese, di un effettivo processo di riforma dei sistemi di Ltc. Invece, sin dagli anni Novanta, nonostante differenti tentativi di riforma, il sistema di Ltc italiano è stato caratterizzato da un'inerzia istituzionale che ne ha lasciato intatto l'orientamento, basato sulla centralità dei trasferimenti monetari e a supporto delle risorse familiari in quanto elemento cardine del processo di cura.

Contrariamente, negli altri paesi è individuabile un significativo processo di riforme, che però in molti casi non ha evitato, negli anni recenti, retrocessioni del sistema di welfare e che comunque spesso ha comportato la specificazione e la restrizione delle categorie beneficiarie di interventi finanziati dal settore pubblico.

Il caso emblematico è rappresentato dalla Spagna, che nel 2007 ha introdotto una riforma costituzionale (*ley de dependencia*), il cui obiettivo era un radicale cambiamento di rotta rispetto alla tradizionale organizzazione del sistema di cura rivolto agli anziani. Purtroppo, l'implementazione della legge ha disatteso le aspettative. Causa i forti vincoli economici imposti dalla crisi, l'impianto della riforma, che prevedeva la piena centralità dei servizi alla persona, ha modificato solo relativamente la struttura del sistema di Ltc spagnolo, e a oggi una quota considerevole delle prestazioni rivolte alla popolazione non autosufficiente è ancora di carattere monetario.

Francia e Belgio rappresentano due esempi virtuosi nel contesto europeo. Sin dagli anni Novanta in Francia sono stati introdotti diversi strumenti a supporto dello sviluppo di un mercato di cura, specialmente ri-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 408

volto alle cure domiciliari: detrazioni fiscali, *voucher* di cura e nel 2005 il *cheque emploi service universel* (Cesu), *voucher* creato con l'obiettivo di semplificare ed estendere l'accesso ai servizi formali di cura. Un approccio simile ha guidato le riforme del sistema di Ltc belga. Attraverso l'introduzione di detrazioni fiscali rivolte ai beneficiari di servizi di cura e di un *voucher* di cura ispirato al modello francese (*titre service*), questo paese è riuscito a rafforzare ed espandere un già ampio sistema di offerta di servizi di cura formali.

La Svezia rappresenta un caso molto interessante. A differenza di altri paesi scandinavi, il processo di riforma attuato in questo paese si è sviluppato seguendo due filoni principali: una riduzione della spesa pubblica con una conseguente restrizione dei criteri di accesso ai servizi pubblici; una crescente apertura al mercato e agli operatori privati seguendo un approccio neoliberista, motivato dalla maggiore possibilità di scelta del beneficiario. La ricalibratura dei criteri di accesso ai servizi pubblici è un tema centrale nei processi di riforma che hanno coinvolto i paesi europei.

La necessità dell'attore pubblico di contenere la spesa è stata in parte tradotta in un processo di "targetizzazione" verso i soggetti più bisognosi, non solo in termini economici, ma soprattutto in termini di grado di non autosufficienza.

In Svezia, la riduzione dei finanziamenti pubblici ha comportato l'esclusione degli anziani con livelli di disabilità medio-bassi dai servizi erogati dagli enti locali, ridefinendo e restringendo i limiti della responsabilità pubblica di cura a scapito della responsabilità privata.

Un altro esempio riguarda la Spagna. La fase di implementazione della riforma spagnola prevedeva l'ampliamento progressivo del bacino di utenti in base al loro grado di necessità. I vincoli economici imposti alla riforma hanno però posticipato l'inclusione nel sistema dei beneficiari con grado di disabilità non estremamente elevato.

In Francia la possibilità e l'intensità delle prestazioni (*allocation personnalisée à l'autonomie*) sono proporzionali sia al livello di non autosufficienza del beneficiario sia al reddito dello stesso, garantendo alle fasce più povere della popolazione l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa.

Al contrario, la principale prestazione del sistema italiano, sia per spesa pubblica che per numero di utenti l'indennità di accompagnamento, non prevede la modulazione dell'importo in base alle caratteristiche e alle necessità dei beneficiari e soprattutto, in controtendenza rispetto alla maggior parte dei paesi europei, non impone vincoli nell'utilizzo della prestazione.

5. Effetti dei diversi mix di regolamentazione nell'accesso ai servizi

I dati Share (*Survey on health, ageing and retirement in Europe*) permettono di fare alcune considerazioni sulle caratteristiche dei beneficiari dei servizi domiciliari e delle prestazioni monetarie in base al reddito familiare e al grado di non autosufficienza.

L'Italia è l'unica nazione che presenta una chiara relazione inversa tra accesso ai servizi e prestazioni e reddito familiare. Nel 2012, rispetto alla totalità dei beneficiari delle prestazioni monetarie, solo il 43 per cento aveva un reddito compreso nel primo quintile della distribuzione dei redditi, ovvero, il 20 per cento più povero della popolazione. Negli altri paesi analizzati questo valore superava il 50 per cento, e in Svezia e Belgio raggiunge valori addirittura superiori, rispettivamente 64 e 67 per cento.

Prendendo in considerazione i servizi domiciliari, sia l'intensità sia il tasso di copertura in Italia crescono al crescere del reddito familiare. Nel 2007 solo il 10 per cento della popolazione con redditi bassi riceveva cure domiciliari formali, mentre questa percentuale saliva al 30 per cento e oltre per la popolazione a redditi più elevati. In modo similare il numero di ore medio mensile di servizi ricevuti passava da quindici nella fascia più povera della popolazione a circa cinquanta per il 20 per cento più ricco della popolazione analizzata.

La Spagna presenta caratteristiche simili, ma con differenze più moderate, e limitate esclusivamente alla percentuale di beneficiari e non all'intensità delle cure. Al contrario in Svezia, Francia e Belgio la relazione tra reddito e cure domiciliari tende a scomparire. La quota dei beneficiari e, anche se solo in parte, l'intensità dei servizi ricevuti, in Francia e Belgio tende a essere costante al variare del reddito familiare. La Svezia invece presenta un seppur lieve andamento inverso: ai redditi bassi sono erogati più servizi con maggiore intensità. La Polonia è invece esclusa da questa analisi in quanto, purtroppo, i dati Share non catturano nessun beneficiario di servizi domiciliari formali.

Una parziale spiegazione all'anomalia italiana può essere individuata nella limitata offerta pubblica e nel relativo sviluppo di un sistema (informale) di cure erogato da operatori privati, spesso da operatrici di cura. Le famiglie con disponibilità economica possono permettersi di far fronte alle necessità di cura acquistando servizi sul mercato. All'opposto, nonostante la presenza di criteri di compartecipazione alle spese di cura calmierati in relazione al reddito familiare, le fasce più povere della popola-

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 410

zione hanno difficoltà a sostenere le spese di cura, a prescindere dalla natura privata o pubblica delle stesse.

In generale nei diversi paesi l'intensità dei servizi tende ad aumentare al crescere del livello di non autosufficienza dell'anziano. Una differenza significativa si registra nei livelli di copertura dei servizi domiciliari tra i paesi appartenenti all'area mediterranea rispetto ai paesi dell'Europa centrale o nordici.

In Italia e Spagna, rispettivamente il 18 e il 20 per cento della popolazione anziana con problemi connessi alla non autosufficienza riceve servizi di cura domiciliari formali, mentre in Francia e in Belgio questa quota sale ben oltre il 50 per cento.

Più interessanti sono i risultati relativi ai trasferimenti monetari. Confrontando l'importo medio delle prestazioni monetarie (corrette per il potere di acquisto dei diversi paesi) e differenziando la popolazione non autosufficiente in base al grado di disabilità – moderato e medio/grave (la differenziazione si è basata sulle limitazioni Adl e Iadl) –, si può ottenere un indicatore grossolano dell'adeguatezza dell'importo di tali prestazioni in relazione alla necessità di cura del beneficiario. In Italia e Spagna l'importo medio ricevuto da beneficiari con livelli di disabilità medio/grave è rispettivamente del 20 e del 30 per cento in più rispetto a coloro con un livello di disabilità moderato. Negli altri paesi questa differenza sale al 40-50 per cento. Questi dati indicano, in modo specifico in relazione al caso italiano, che l'assenza di una proporzionalità dell'importo delle prestazioni monetarie, come nel caso dell'indennità di accompagnamento, ha come possibile rischio l'assenza di un'adeguata corrispondenza tra necessità di cura del beneficiario e importo ricevuto.

Note

157 *Abitare e Anziani Informa,* n. 1/2015.

158 *Abitare e Anziani Informa,* n. 1/2015.

159 *Abitare e Anziani Informa,* n. 1/2015.

160 *Abitare e Anziani Informa,* n. 1/2015.

161 *Abitare e Anziani Informa,* n. 5-6/2002.

162 *Abitare e Anziani Informa,* n. 2/2011.

163 *Abitare e Anziani Informa,* n. 2/2014.

164 *Abitare e Anziani Informa,* n. 2/2014.

165 *Abitare e Anziani Informa.*

166 *Abitare e Anziani Informa.*

167 *Abitare e Anziani Informa,* n. 3-4/2007.

168 *Abitare e Anziani Informa,* n. 2/2014.

169 A Weesp, nei pressi di Amsterdam, si sta conducendo la sperimentazione del "villaggio Hogewyek" dove la sfida è alla medicalizzazione delle persone con demenza grave, proponendo per loro non un ricovero, ma una casa, in cui vivere usando (e mantenendo) le proprie capacità residue.

170 *Sesto rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti,* 2018.

171 *Sesto rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti*, 2018.

172 *Abitare e Anziani Informa,* n. 1/2016.

173 Economic policy committee of European Commission.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 412

Bibliografia

Abitare e Anziani, *Anziani e domiciliarità: i vantaggi economici e sociali di invecchiare in casa propria*, 2013.

Abitare e Anziani, *Secondo rapporto sulle abitative degli anziani che vivono in case di proprietà*, 2015.

Abitare e Anziani, *Standard edilizi e urbanistici per l'invecchiamento attivo*, 2018.

Abitare e Anziani, *Tecnologie assistive, smart city e innovazione sociale per l'invecchiamento attivo*, in *Informa,* n. 1, 2018.

Acli Colf, in collaborazione con Ires e patronato Acli, *Viaggio nel lavoro di cura*, 2017.

Aduc, *Inchiesta sulle strutture sociosanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani, audizione commissione d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del servizio sanitario nazionale*.

Agenzia delle entrate - Ministero economia e finanze, *Gli immobili in Italia*, 2017.

Alma Laurea, *Università e skill nella seconda fase della globalizzazione*, XIX indagine, 2017.

Assoprevidenza e Itinerari previdenziali, *La residenzialità per gli anziani: possibile coniugare sociale e business?*, 2016.

Auser, *Le case di riposo in Italia*, 2011.

Auser, *Ricerca sulle Rsa*, 2012.

Auser, *Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo*, 2017.

Auser, Spi Cgil, *Pensa a cosa mangi: alimentazione e salute delle persone anziane*, 2017.

Francesco Barbabella, Mirko Di Rosa, Giovanni Lamura, *Come opera l'assistenza domiciliare negli altri paesi europei?*, in *Welfare oggi*, 4, 2013.

Biblioteca della scuola di impresa sociale, *Verso un welfare domiciliare integrato e sostenibile*.

Claudio Bitelli, Lorenzo Desideri, Maria Rosaria Motolese, *Assistenza anziani. Ausili e costi sociali. Proporre "bene" le tecnologie assistive*, 2012.

Camera dei deputati, *Il recupero e la riqualificazione energetica del patrimonio edilizio: una stima dell'impatto delle misure di incentivazione*, Documentazione e ricerca, n. 83, 2013.

Caritas italiana, *Povertà plurali: rapporto 2015 sulla povertà e l'esclusione sociale*, 2015.

Cecodhas, *Anziani e casa nell'Unione europea*, Osservatorio europeo del social housing, 2008.

Censis, *Modelli di risposta top standard ai bisogni di tutela delle persone non autosufficienti*, 2015.

Censis, Ismu, *Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera*, 2012.

Censis, *L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti*, 2015.

Censis, *Rapporto sulla situazione sociale del paese*, 2017.

Censis, Eudaimon, *Primo rapporto sul welfare aziendale*, 2018.

Centro Einaudi, *Terzo rapporto sul secondo welfare in Italia*, 2017.

Cgil, Cisl, Uil, Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil, *La proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza dei sindacati dei pensionati*, 2005.

Cgil, Cisl, Uil, Spi Cgil, Fnp Uil, Uilp Uil, *Non autosufficienza: piano nazionale, livelli essenziali e finanziamento*, 2016.

50&Più, *Assistenza residenziale e semiresidenziale in Italia. Istituti di cura e case di riposo.*

50&Più, *L'invecchiamento attivo*, 2016.

50&Più, *Salute, partecipazione, sicurezza: i tre pilastri dell'invecchiamento attivo*, 2016.

Cnel, *Rapporto sul welfare 2012-2013*, 2014.

Cnel, *Relazione annuale al Parlamento e al governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini*, 2014.

Comitato economico, sociale e ambientale europeo, *A voluntary european quality framework for social services*, 2010.

Commissione europea, *L'assistenza a lungo termine nell'Unione europea*, 2008.

Sara Della Bella, Mario Lucchini, *La non autosufficienza in Italia: una analisi multivariata*, in *Ripensare le politiche la non autosufficienza*, Il Mulino, 2015.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 414

Sara Della Bella, Mario Lucchini, *Ripensare le politiche per la non autosufficienza*, Il Mulino, 2015.

Epsu, Fsesp, Egod/Ces, *Assistenza agli anziani in Europa, Sfide per i lavoratori*, 2011.

Claudio Falasca, *Il dialogo sociale carta vincente per la sostenibilità urbana*, Newsletter di Nuovi lavori, marzo, 2016.

Fondazione Leone Moressa e Domina, *Il valore del lavoro domestico*, dossier, 2017.

Fondazione Farmafactoring, *Healthy and active aging e le politiche di Ltc in Italia*, 2015.

Inca, Fdv, *Le prestazioni sociali tra universalismo e selettività*, 2015.

Inps, *Osservatorio sui lavoratori domestici*, 2015.

Inps, *XVI rapporto annuale*, 2017.

Inps, *Relazione annuale del presidente*, 2017.

Inps, *Statistiche in breve. Pensioni vigenti all'1.1.2017 e liquidate nel 2016*, 2017.

Ires, *L'anziano come risorsa*, 2008.

Ires Morosini, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*, 2017.

Istat, *Previsioni demografiche*, nota informativa 20080619, 2008.

Istat, *La relazione tra offerta di servizi di long term care e i bisogni assistenziali dell'anziano*, 2011.

Istat, *La conciliazione tra lavoro e famiglia*, report, 2011.

Istat, *Attività gratuite a beneficio degli altri*, report, 2013.

Istat, *I presìdi residenziali socioassistenziali e sociosanitari*, 2013.

Istat, *Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, 2013.

Istat, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*, 2013.

Istat, *Pensioni e pensionati*, 2013.

Istat, *Uso del tempo*, indagine 2013-14.

Istat, *Gli incidenti domestici*, report, 2014.

Istat, *Condizioni di salute, condizioni di rischio e prevenzione*, 2014.

Istat, *Popolazione e famiglie*, Sistema informativo ≠anziani, 2015.

Istat, *I presìdi residenziali sociosanitari e socioassistenziali*, 2015.

Istat, *Contesto e forme familiari*, Portale anziani, 2015.

Istat, *La spesa dei Comuni per i servizi sociali*, report, 2015.

Istat, *Condizioni abitative e problemi di zona*, Sistema informativo ≠anziani, 2015.

Istat, *Stili di vita e salute*, Sistema informativo ≠anziani, 2015.

Istat, *Condizioni di vita dei pensionati*, focus, 2015-16.

Istat, *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065*, 2017.

Istat, *Report sulla povertà*, 2017.

Istat, *Condizioni socioeconomiche. Condizioni abitative e problemi di zona*, Sistema informativo ≠anziani.

Istat, *Censimento permanente delle istituzioni non profit*, 2017.

Isvap, *La non autosufficienza degli anziani: il caso italiano alla luce delle esperienze estere*, 2007.

Italia Longeva, *Long term care*, 2016.

Italia Longeva, *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, 2017.

Mbs Consulting, *Osservatorio del bilancio del welfare delle famiglie italiane*, 2017.

McKinsey Global Institute, *Poorer than their parents*, 2016.

Pietro Mesturini, *Sistemi di welfare: un'analisi comparata di alcune specificità dei paesi Italia, Svezia, Germania*, 2011.

Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, *Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, rapporto n. 17, 2016.

Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Il Fondo per le non autosufficienze: un piano strategico per la definizione di livelli essenziali*, 2016.

Ministero della salute, *Progetto Mattoni Ssn: prestazioni residenziali e semiresidenziali*, 2007.

Ministero della salute, *Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del Ssn*, Annuario statistico del servizio sanitario nazionale, 2013.

Ministero della salute, *Arma dei Carabinieri a tutela degli anziani (Nas)*, 2016.

Ministero della salute - Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *I livelli di assistenza sanitaria e le prestazioni garantite dal servizio sanitario nazionale*.

Nazioni unite, *Sustainable development goals (Sdgs)*, 2015.

Nazioni unite, World health organization, *Global Age-friendly Cities: a Guide*, 2007.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 416

Network nazionale per la non autosufficienza, *Assistenza territoriale e cure domiciliari*, secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia, 2011.

Network nazionale per la non autosufficienza, *Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità*, terzo rapporto, 2011.

Network nazionale per la non autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, quinto rapporto, 2015.

Network nazionale per la non autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, sesto rapporto, 2017.

Oasi, *Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, rapporto 2016.

Ocse, *Live longer-Work longer*, 2006.

Ocse, *Roadmap for the Good Design of Dc Pension Plans*, 2012.

Ocse, *Pensions at a Glance*, 2013.

Ocse, *Mortality Assumptions and Longevity Risk*, 2014.

Ocse, *Pensions Outlook*, 2014.

Ocse, *Ageing: debate the issues*, 2015.

Ocse, *Ageing in the City*, 2015.

Ocse, *Benchmark Ocse sui sistemi sanitari di 29 paesi*, 2017.

Ocse, *Preventing Ageing Unequally*, 2017.

Oms, *Home-based long-term care*, 2000.

Oms, *Città a misura di anziani: una guida*, in *Quaderni di sanità pubblica*, marzo, 2008.

Osservatorio europeo del social housing, *Anziani e casa nell'Unione europea*, 2008.

Parlamento europeo, *Risoluzione del 5 luglio 2011 sul futuro dei servizi sociali di interesse generale* (2009/2222(INI)).

Franco Pesaresi, *La spesa per il long term care in Europa*, 2015.

Sandro Polci, Roberto Gambassi, *Piccolo (e fuori dal) comune. I piccoli comuni*, 2017.

Population Division, Desa, United Nations, Annex I *Definition of the indicators of population ageing*.

Ragioneria generale dello Stato, *Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, rapporto n. 17, 2016.

Costanzo Ranci, Marco Arlotti, Andrea Parma, *La sfida dell'indennità di accompagnamento. Le politiche di tutela della disabilità e della non autosufficienza in Italia*, Laboratorio di politiche sociali, Politecnico di Milano.

J.M. Robine, J.P. Michel, F.R. Herrmann, *Who Will Care for the Oldest People in Our Ageing Society?*, 2007,

Teresa Rubino, Lanfranco Lunghi, Enzo Mario Ricci, *Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, in *Quaderno Isvap*, n. 11, 2001.

Chiara Saraceno, *Non autosufficienza. L'indennità di accompagnamento non basta*, Ti con zero, 2017.

Scuola superiore dell'amministrazione dell'interno, *Gli anziani in Italia: aspetti demografici e sociali e interventi pubblici*, 2010.

Scuola superiore dell'amministrazione dell'interno, *Censimento delle strutture per anziani*, 2013.

Senato della Repubblica, *Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia ed efficienza del servizio sanitario nazionale*, 2013.

Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil, Auser, Antea, Apa, *Invecchiamento attivo e solidarietà tra le generazioni*, 2012.

Spi Cgil Lombardia, *Il welfare e la long term care in Europa: modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, in *Nuovi argomenti*, n. 8/10, 2014.

Patrizia Taccani, *Famiglia, anziani, lavoro di cura*, Quid album 3, supplemento al n. 4, 2014.

Nicoletta Torchio, Nicola Orlando, *Giovani e lavoro precario in Italia ed Europa*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 11, 2013.

Ufficio prevenzione infortuni, *Rapporto: livello di sicurezza e incidentalità nella circolazione stradale*.

Unione europea, *Carta europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine*, 2010.

Unione europea, *City4Age, Elderly-friendly city services for active and healthy ageing*.

Unipol, Censis, *Welfare Italia. Integrare il welfare, sviluppare la white economy*, 2014.

Università Cattolica del Sacro Cuore, *Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane*, 2017.

Ignazio Visco, *Il rischio di longevità e i cambiamenti dell'economia*, 2015.

Imp.domiciliarità.qxp_Collana Studi e ricerche - V bozza 06/08/18 18:24 Pagina 418

Finito di stampare
nel mese di settembre 2018