

Il lavoro di cura in Lombardia

Dati dal Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia

Sono quattrocentomila gli anziani non autosufficienti in Lombardia. Chi si prende cura di loro? Su quali risorse le famiglie possono oggi contare? Di che cosa c'è più bisogno? Dopo un anno di lavoro è nato il "Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia" per dare risposta a queste domande.

a cura di Sergio Pasquinelli - lunedì, luglio 13, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/07/13/il-lavoro-di-cura-in-lombardia/>



Frutto di un percorso promosso da IRS e realizzato in partnership con 15 soggetti del terzo settore e della società civile^[1], il Rapporto analizza a tutto tondo la realtà del lavoro di cura a favore degli anziani non autosufficienti in Lombardia, con uno sguardo ai cambiamenti in atto, le opportunità e le sfide, e con indicazioni riguardanti lo sviluppo della rete dei servizi territoriali.

Vengono qui ripresi alcuni elementi conclusivi e propositivi in merito a due punti emersi come particolarmente rilevanti: la distanza tra i bisogni delle famiglie e il sistema dei servizi e i sostegni di tipo domiciliare.

Il lavoro "muto"

Abbiamo realizzato una indagine su 512 famiglie lombarde con anziani non autosufficienti, in cui è stata esplorata la figura dei caregiver familiari: chi e quanti sono, come si organizzano, i loro bisogni, l'uso e l'interesse nei confronti dei servizi. Emerge una sorta di identikit del caregiver: età media 59 anni, donna in tre quarti dei casi, figlia o figlio dell'anziano in sei casi su dieci, con a sua volta figli conviventi in un quarto dei casi, configurando così la consistenza della cosiddetta "sandwich generation", presa dalla cura di due generazioni diverse. L'attività di cura assorbe molto tempo, occupa spesso giorni interi consecutivi, offrendo poche possibilità di stacco per il caregiver.

Quali sono i bisogni maggiormente avvertiti dal caregiver di un anziano non autosufficiente? Dall'indagine sulle famiglie emerge la difficoltà a identificare di cosa si ha davvero bisogno, forse la difficoltà a riconoscersi nel ruolo di caregiver, cioè di colui che dedica stabilmente una parte importante del proprio tempo alla cura.

I bisogni percepiti dal caregiver (valori %)

Un terzo delle famiglie non si esprime: per questo abbiamo parlato di un lavoro “muto”, afasico. Una caratteristica che viene ulteriormente rinforzata quando abbiamo approfondito il tema chiedendo : “*Per meglio gestire il lavoro di cura sarebbe interessato a un sostegno psicologico, una formazione, partecipare a un gruppo di mutuo aiuto o altro ancora?*”. Ebbene, quattro quinti delle famiglie non sa cosa rispondere o dichiara di non avere bisogno di nulla.

Abbiamo inoltre indagato l’uso e l’interesse verso alcuni servizi fra i più comunemente offerti agli anziani non autosufficienti. La tabella che segue presenta i risultati per i servizi più utilizzati.

I sei servizi sociali e sociosanitari più utilizzati (valori % di riga)

| | Usa/ha usato | Mai usato ma è interessato | Mai usato e non interessa |
|---|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Assistenza infermieristica a domicilio della Asl (ADI) | 30,2 | 16,2 | 52,0 |
| 1. Attività riabilitative ambulatoriali presso l’Asl | 15,8 | 17,2 | 65,0 |
| 1. Assistenza | 14,1 | 22,9 | 60,5 |

| domiciliare del Comune (SAD) | | | |
|--|-----|------|------|
| 1. Servizio trasporti e accompagnamento fuori casa | 12 | 23,6 | 62,9 |
| 1. Assistenza sociale del Comune/Segretariato | 8 | 16,8 | 70,5 |
| 1. Pasti caldi a domicilio | 4,3 | 6,4 | 82,0 |

Colpisce lo scarso uso tra una popolazione che non è quella di tutti gli anziani, ma degli anziani non autosufficienti medio-gravi (quattro quinti del campione percepisce l'indennità di accompagnamento): i servizi di assistenza domiciliare (SAD e ADI) sono usati da meno di tre non autosufficienti su dieci. Sorprende, in chi non li ha mai utilizzati, lo scarso interesse a farlo.

Perché la maggioranza delle famiglie non usa e non è interessata a fruire degli aiuti che la rete dei servizi offre loro? Per motivi che sono una miscela di disinformazione, pregiudizio, scarsa disponibilità a intraprendere una trafila burocratica vissuta come complicata e onerosa.

Famiglie e sistema dei servizi: dalla ricerca emergono due mondi distanti tra loro anche nelle opinioni: solo 3 *caregiver* su 100 ritiene che la responsabilità della cura di un anziano non autosufficiente sia principalmente dello Stato. Nel Nord Europa lo ritiene il 74% delle famiglie.

Le famiglie che si prendono cura risultano dunque poco abituate a esprimersi, propense al welfare fai-da-te, al passaparola come fonte primaria di informazione su ciò che il contesto offre in termini di aiuti possibili. Una realtà più rassegnata che rivendicativa, distante dal sistema dei servizi, interessata casomai ad avere più soldi, possibilmente senza vincoli. L'interesse maggiore è verso un aiuto "monetizzato" che dia la possibilità di un uso libero, il meno possibile vincolato delle somme ricevute.

I prossimi anni vedranno sempre più donne (*caregiver* potenziali) partecipare al mondo del lavoro, famiglie di dimensioni ridotte, anziani con redditi da pensione via via decrescenti, più anziani soli. Serve un potenziamento delle risposte, in una regione che vede aumentare il numero di ultra 65enni a un ritmo di circa 40-50.000 all'anno. Occorre un welfare che si faccia "prossimo" alle famiglie, che lo diventi nei fatti, che superi la richiesta fredda e distante di avere più soldi. Migliorando la capacità di spiegare alle famiglie di cosa hanno diritto, di cosa possono disporre, e di quali aiuti il territorio offre loro.

Un welfare prossimo alle famiglie

Se l'uso limitato dei servizi è anzitutto dovuto a una scarsa informazione, occorre potenziare su tutto il territorio regionale, a livello di Ambiti territoriali, una maggiore informazione sui servizi, su come accedervi, su ciò che offrono, sulle alternative a disposizione degli anziani e delle famiglie.

Vanno sviluppati luoghi di primo livello che informino e che comunichino proattivamente le informazioni alle famiglie, cioè luoghi che “si fanno vicini alle famiglie”. Occorre porre attenzione a come questa informazione viene comunicata, diffusa, resa disponibile e intercettata dal bisogno potenziale.

Questi luoghi sono punti di primo accesso e devono integrare, valorizzandole, le diverse offerte informative già esistenti nei territori. Serve per questo un grande lavoro di connessione, di collaborazione, e di ricomposizione su due assi: tra pubblico, privato sociale e parti sociali (pensiamo alle associazioni, i sindacati, la cooperazione sociale, il mondo ecclesiale) e tra comparti diversi del pubblico: sociale, sociosanitario e sanità (Comuni, Asl, Ospedali).

Gli *Sportelli Unici per il Welfare*, ancora poco operativi, vanno estesi su tutto il territorio regionale, andando nella direzione di una informazione e un primo accesso con simili caratteristiche (d.g.r. 1185/2013). Sviluppando e integrando risposte diverse: sociali, sociosanitarie e sanitarie e valorizzando le competenze di soggetti pubblici e privati, già attivi nell’offrire informazioni, collegandole tra loro.

Il sostegno alla domiciliarità: servizi di nicchia

In Lombardia i SAD sono usufruiti da 32.000 anziani annualmente, l’ADI da circa 80.000. Meno di un non autosufficiente su dieci nel primo caso e meno di uno su quattro nel secondo. Si tratta di tassi di fruizione nel primo caso in linea con i – molto bassi – tassi dell’Italia del Nord (1,6% degli anziani), nel secondo caso al di sotto (3,9 versus 5,1). Si tratta di servizi che offrono una assistenza limitata in termini di intensità (SAD: 3-4 ore settimanali in media) e durata (ADI: mediamente due-tre mesi).

Oggi i SAD sono servizi in sofferenza: stretti da sistemi di compartecipazione ai costi esigenti nei confronti delle famiglie, una intensità assistenziale limitata, e la concorrenza delle assistenti familiari. Esiste un’ampia quota di anziani non abbastanza “povera” per trovare convenienti i SAD e non abbastanza “fragile” per accedere all’ADI. Sono questi gli anziani, e sono tanti, più estranei al sistema dei servizi.

L’indagine condotta conferma un uso limitato dei servizi domiciliari. Tuttavia, mostra anche un 23% di anziani che, pur non avendo mai usato SAD, sarebbero interessati a usufruirne, un 16% che esprime interesse nei confronti dell’Adi e un 24% nei confronti di un servizio di trasporto e accompagnamento fuori casa.

Le ultime misure introdotte da Regione Lombardia a favore della permanenza degli anziani al proprio domicilio – la misura B2 e le misure di “Rsa aperta” – tendono ad ampliare l’utenza e la gamma delle prestazioni offerte, anche per “aiutare chi aiuta”. Si tratta di aiuti significativi in termini economici per le famiglie che vi accedono. Queste misure hanno finora evidenziato limitato un numero di beneficiari ma è prematuro esprimere valutazioni e importante seguirne l’andamento.

Permane una complessiva frammentazione degli interventi domiciliari (SAD, ADI, nuove misure), scarsamente integrati e che faticano a ricomporsi in termini chiari e omogenei.

Verso sostegni al domicilio 2.0

Occorre andare verso una offerta integrata di sostegni a domicilio: sociali e sociosanitari. Che governi in chiave unificata i vari interventi. La ricomposizione dei servizi, indicata come priorità da Regione Lombardia, è cruciale nel sostegno della domiciliarità. In modo particolare tra SAD, ADI, la misura B2 del Programma Operativo Regionale per il Fondo Nazionale non Autosufficienze e la misura di Rsa aperta (d.g.r. 2941/2014).

I servizi domiciliari sociali, che negli anni hanno progressivamente ridotto la propria incisività, vanno rilanciati. Due direzioni risultano importanti. Primo, il sostegno ai *caregiver* con attività di orientamento, formazione e tutoring, in raccordo con i soggetti del privato sociale. Secondo, lo sviluppo dell'offerta di servizi complementari accreditati, non previsti oggi dai SAD e anche intercettando la domanda pagante, "solvente", delle famiglie.

Una domiciliarità 2.0 è una rete che valorizza i servizi più consolidati, li connette con interventi e progetti innovativi, che fa sintesi in termini di governo di sistema, tra il quadro dei bisogni e quello delle risposte. E' una rete che mette in relazione aiuti diversi: assistenza di base con quella specialistica, trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, pratiche burocratiche. Secondo il modello "One stop shop". E' una rete che si adatta a bisogni diversi, che richiedono forte specializzazione ma anche aiuti semplici e a bassa complessità. Progetti e innovazioni sono in corso in diversi territori lombardi: vanno messi in relazione tra loro, fatti conoscere negli apprendimenti che hanno raggiunto.

Il Rapporto può essere acquistato [presso Maggioli Editore](#)

[1] Sono stati Partner istituzionali: Acli Lombardia; Alleanza delle Cooperative Italiane; Anteas Lombardia; Auser Lombardia; Caritas Delegazione Regione Lombardia; Fnp Pensionati / Inas – Cisl Lombardia; Gruppo Cooperativo CGM; Inca – Cgil Lombardia; Legautonomie Cremona; Spi – Cgil Lombardia; Uil Pensionati Milano e Lombardia. Partner operativi: Cooperativa Il Melograno; Cooperativa Punto Service; Cooperativa Solidarietà; Consorzio CS&L. Ente patrocinatore: Anci Lombardia.

Il Rapporto è stato curato da Sergio Pasquinelli, direttore di ricerca IRS, e scritto insieme a Elenka Brenna, Carla Dessi, Daniela Mesini, Giselda Rusmini, Marcella Sala,