

a cura di N.N.A.
Network Non Autosufficienza

L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

Rapporto 2009

Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA
per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento

© Copyright 2009 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001: 2000

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622020
www.maggioli.it/servizioclienti
e-mail: servizio.clienti@maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione
e di adattamento, totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i paesi.

Foto in copertina © Michele Russo - www.mikele.it

Finito di stampare nel mese di giugno 2009
dalla Litografia Titanlito s.a.
Dogana (Repubblica di San Marino)

Indice

<i>Prefazione</i>	Pag.	5
Antonio Aprile e Fabrizia Lattanzio		
<i>Introduzione</i>	»	9
Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi		

PARTE PRIMA

Monitoraggio dell'assistenza. Il quadro dell'Italia

1. Lo scenario complessivo	»	17
<i>Cristiano Gori, Giovanni Lamura</i>		
2. I servizi domiciliari	»	35
<i>Cristiano Gori, Georgia Casanova</i>		
3. I servizi residenziali	»	53
<i>Franco Pesaresi, Enrico Brizioli</i>		
4. I trasferimenti monetari.....	»	69
<i>Giovanni Lamura, Andrea Principi</i>		
5. I sostegni al lavoro privato di cura.....	»	83
<i>Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini</i>		

PARTE SECONDA

Idee per il dibattito

6. Non autosufficienza e federalismo: aspetti positivi e criticità	»	101
<i>Anna Banchemo</i>		
7. Gestire le strutture residenziali nel 2020.....	»	117
<i>Enrico Brizioli, Marco Trabucchi</i>		
8. Quali servizi per l'Alzheimer?.....	»	133
<i>Angelo Bianchetti</i>		

9. Le UVG tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete.....	Pag.	143
<i>Antonio Guaita</i>		
10. Il welfare futuro: una mappa del dibattito	»	157
<i>Cristiano Gori, Franco Pesaresi</i>		
<i>Bibliografia</i>	»	177
<i>Gli Autori</i>	»	185

Prefazione

Antonio Aprile, *Direttore generale - INRCA, Ancona*
Fabrizia Lattanzio, *Direttore scientifico - INRCA, Ancona*

L'aspettativa di vita alla nascita ed a 65 anni nei paesi dell'Unione europea è aumentata, suggerendo non solo che un maggior numero di individui sta raggiungendo un'età avanzata, ma anche che si è allungata la sopravvivenza della coorte di anziani. È acceso il dibattito in ambito gerontologico, se l'allungamento della vita sia associato ad una compressione o ad una espansione della morbilità o ad una combinazione di entrambi. Di fatto ciò determina una aumentata prevalenza delle patologie croniche bilanciata da un ridotto impatto delle stesse in termini di complicanze e di severità di presentazione.

Stiamo assistendo, dunque, ad una crescita esponenziale di una nuova categoria di soggetti, che pone problematiche socio-assistenziali così complesse da rappresentare una sfida sia per i professionisti di settore, sia per l'intero sistema di welfare, anche in relazione all'elevato consumo di risorse.

Sistema di welfare investito, alla pari degli altri sistemi di welfare europei, da ampi processi di revisione sul piano culturale e sul piano economico-finanziario. Ne è derivato un ritardo notevole nel fornire risposte adeguate ai fenomeni della "terza e quarta età", cui ha fatto seguito il non recepimento di un approccio gerontologico nuovo, in grado di trasformare adeguatamente e tempestivamente le consuete strategie organizzative e i modelli di assistenza (ritardi nella normazione in merito all'integrazione sociosanitaria, nell'attuazione di forme di assistenza residenziale o domiciliare integrata, nella stessa definizione delle professioni sociali).

Il sistema di welfare italiano, inoltre, a differenza dei principali modelli europei, mantiene sulle famiglie un carico particolarmente importante nella cura e nelle tutele, quasi a rendere l'intervento pubblico "marginale" o "sussidiario" rispetto a quello domestico. Peraltro, tale "centralità" non prevede politiche familiari adeguate, in grado cioè di sostenere attraverso trasferimenti e servizi gli interventi di cura, ma lascia alle attività informali, al lavoro delle donne, agli aiuti parentali e ai servizi privati di tipo domestico (emblematico il fenomeno delle badanti) il compito di far fronte al crescente carico di assistenza dei membri della famiglia.

L'analisi dell'andamento della disabilità nella popolazione anziana è il principale indicatore di efficienza della prevenzione della fragilità, poiché l'anziano

fragile è quello a maggiore rischio di disabilità. Tutte queste problematiche non possono essere affrontate che attraverso un approccio tipico dei sistemi complessi. Un sistema complesso, infatti, è un sistema in cui gli elementi subiscono continue modifiche singolarmente prevedibili, ma di cui non è possibile, o è molto difficile, prevedere uno stato futuro. Maggiori sono la quantità e la varietà delle relazioni fra gli elementi di un sistema e maggiore è la sua complessità. Inoltre, il sistema è tanto più complesso, quanto più numerosi sono i fattori che influiscono sul suo adattamento all'ambiente dei quali deve tener conto il modello.

La medicina basata sull'evidenza ha ormai chiaramente indicato le due vie da seguire per contrastare la fragilità tipica dell'età avanzata, cioè la prevenzione, da una parte, e l'intervento integrato sociosanitario indispensabile per assicurare la continuità assistenziale degli anziani fragili, dall'altra.

L'anziano malato cronico, disabile o fragile necessita di un sistema assistenziale in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci a bisogni complessi, sociali e sanitari, nonché molteplici e mutevoli nel tempo. Come è sottolineato nella linea guida sulla Valutazione multidimensionale (VMD) della Società italiana di gerontologia e geriatria, la programmazione assistenziale per l'anziano fragile, condivisa ormai dalla massima parte della letteratura internazionale, è fondata sulla continuità dell'assistenza, resa possibile dall'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali mediante l'applicazione della VMD stessa.

L'obiettivo di questo sistema è di fornire una assistenza continuativa, globale e flessibile, in base al percorso assistenziale: la flessibilità diventa caratteristica indispensabile affinché il viraggio fra territorio e struttura ospedaliera avvenga senza interruzioni, garantendo così la qualità e l'efficacia dell'intervento. Interventi sporadici o settoriali nei confronti del paziente geriatrico ad elevato rischio di non autosufficienza o già disabile, sono infatti destinati inesorabilmente a fallire, con il rischio di perdere di vista anche l'equilibrio costo-efficacia dell'intervento.

Una conoscenza approfondita dei servizi e degli utenti fruitori è, infatti, il presupposto imprescindibile per individuare gli elementi e le aree critiche di intervento, ridurre i rischi connessi alla fragilità e indirizzare la programmazione socio sanitaria.

Tali conoscenze e informazioni ottenibili possono essere utilizzate a vari livelli:

- profilo dell'intervento clinico-assistenziale rivolto al singolo;
- gestione del paziente all'interno del servizio in rapporto alla tipologia dell'unità di cura;
- ottimizzazione dell'assistenza in funzione della tipologia dell'assistenza nella rete integrata dei servizi presenti nei bacini d'utenza.

La moderna epidemiologia clinica, propone lo sviluppo di un processo di integrazione tra le diverse competenze e conoscenze di biogerontologia e pato-

logia geriatrica attraverso la creazione di banche dati caratterizzate dall'aggregazione di dati clinici, molecolari e socio-economici, in modo da poter effettuare studi cross-sectional e longitudinali di popolazione, da rendere anche disponibili per le scelte di politica sanitaria prima richiamate.

La ricerca scientifica in tutte le componenti disciplinari pertinenti, con studi avanzati già oggi disponibili, può concorrere all'obiettivo finale di promozione dei risultati con conseguente valorizzazione del potenziale scientifico, economico e di conoscenza.

In Italia esiste una vera e propria lacuna relativamente ai dati organici sull'assistenza agli anziani ed in particolare agli anziani fragili, di fatto i principali utilizzatori delle risorse assistenziali del paese; per questo motivo l'INRCA, anche nel ruolo di coordinatore dell'Agenzia nazionale dell'invecchiamento, volentieri promuove questo importante contributo.

Introduzione

Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita,
Franco Pesaresi e Marco Trabucchi

Nel nostro paese esiste ampio consenso in merito alla necessità di potenziare la riflessione su servizi e politiche per gli anziani non autosufficienti. Il consenso nasce dalla consapevolezza dei benefici che un tale sviluppo potrebbe portare agli interventi effettivamente realizzati. A patto, però, che sia una riflessione utile a chi opera in questo settore, uno sforzo finalizzato a proposte di miglioramento e facilmente fruibile da chi lavora sul campo.

Per contribuire a tale auspicato sviluppo è nato – da un'idea di Cristiano Gori – il “Network non autosufficienza” (NNA) ⁽¹⁾. Lo compongono studiosi, dirigenti di servizi pubblici e privati e consulenti che pensano valga la pena di unire le forze al fine di aiutare la riflessione “insieme scientifica e operativa”, oggi così necessaria, a crescere. Il connubio tra scientificità e operatività vuole essere, infatti, il tratto di fondo che accomuna tutte le attività del Network. NNA si propone come moltiplicatore di relazioni e di idee: la sua attività è complementare a quella degli Enti di appartenenza dei propri membri, ed è aperto a tutte le collaborazioni utili. La prima è con l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, che ha promosso questo Rapporto.

Compongono NNA Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi.

1. Il Network non autosufficienza (NNA)

Da anni confrontiamo le nostre idee sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, scambiandoci opinioni circa gli interventi in atto e i possibili miglioramenti. A un certo punto abbiamo sentito l'esigenza di far progredire ulteriormente i nostri scambi, di accrescerne l'intensità e di dar loro una veste formale. Così è nato NNA.

Ci ha spinto la pressante necessità di sviluppare il dibattito riguardante l'assistenza ai non autosufficienti, attraverso analisi capaci di coniugare il ri-

⁽¹⁾ NNA è un'associazione senza fini di lucro costituita a Milano all'inizio del 2009.

gore scientifico con l'attenzione all'operatività. Tutte le persone coinvolte – a vario titolo – nel settore condividono tale esigenza e la reputano cruciale per capire meglio i problemi di oggi e affrontare l'invecchiamento nella società di domani.

La semplicità del nostro scopo, dunque, è pari alla sua difficoltà: vogliamo contribuire a questo sviluppo. Intendiamo proporre riflessioni che partano dall'esame della situazione attuale per arrivare alla formulazione di concrete proposte di miglioramento. Allo stesso tempo vogliamo utilizzare i più adatti strumenti comunicativi per rendere le elaborazioni prodotte facilmente fruibili da chi è impegnato nell'operatività.

Il nostro campo d'interesse ruota intorno a quattro capisaldi, i "punti cardinali" del Network non autosufficienza.

Primo, le persone anziane non autosufficienti. Rivolgiamo loro l'attenzione, definendo la non autosufficienza "la condizione bio-psicosociale conseguente a disabilità – di natura mentale (cognitiva), fisica (motoria) e/o sensoriale – che induce nell'individuo uno stato di dipendenza da terzi permanente nello svolgimento di una o più funzioni, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana, dipendenza che non è influenzata dalla presenza di eventuali protesi od ausili in uso" (definizione modificata da De Ruggeri *et al.*, 2007).

Secondo, l'assistenza continuativa a titolarità pubblica. Ci occupiamo dell'assistenza continuativa (*long-term care*), cioè della: "varietà di servizi e interventi, sociali e sanitari, forniti con continuità a persone che hanno bisogno di assistenza permanente a causa di disabilità fisica o psichica. Questi possono essere erogati in strutture residenziali, a domicilio o nel territorio e comprendono assistenza informale offerta da familiari o da altri così come prestazioni monetarie e servizi professionali forniti da singoli o da organizzazioni" (Institute of Medicine, 1986, p. 398). Tra i diversi gruppi di utenti abitualmente associati all'assistenza continuativa, adulti disabili, persone con problemi di salute mentale e anziani non autosufficienti, consideriamo esclusivamente questi ultimi. Inoltre, esaminiamo gli interventi in cui l'ente pubblico ha una qualche forma di responsabilità e che contribuisce, almeno parzialmente, a finanziare. La disamina degli interventi a titolarità pubblica non può, peraltro, prescindere dall'intreccio con le reti familiari e l'assistenza privata (profit e non profit) ⁽²⁾.

Terzo, le conoscenze per l'operatività. Le nostre analisi e ricerche vogliono risultare il più possibile utili a chi opera nell'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti. A tal fine poniamo al centro il dato di realtà, cercan-

⁽²⁾ Una definizione operativa di assistenza continuativa a titolarità pubblica si trova nel primo capitolo.

do di sfruttare pienamente le informazioni empiriche disponibili e valorizzando l'esperienza diretta che abbiamo. I nostri approfondimenti, nondimeno, sfociano sempre in proposte di miglioramento. Ricorriamo, altresì, a un mix di discipline diverse (a partire da geriatria, economia, analisi organizzativa, analisi delle politiche pubbliche) poiché riteniamo la multidisciplinarietà imprescindibile per comprendere i concreti problemi dell'assistenza continuativa.

Quarto, la fruibilità. Coerentemente con quanto affermato sopra, chiarezza comunicativa e accessibilità delle conoscenze vogliono essere un nostro "marchio di fabbrica". Desideriamo che i dati da noi raccolti e le riflessioni elaborate siano utilizzabili nel modo più facile possibile da parte di chi è – a qualsiasi titolo – coinvolto nell'assistenza continuativa. A tal fine impieghiamo diverse accortezze, come cercare di produrre testi agili e chiari, organizzare incontri per far conoscere i risultati e valorizzare internet (questo Rapporto è scaricabile gratuitamente on line).

Dopo aver illustrato i nostri "punti cardinali", vediamo le applicazioni operative. Al momento di consegnare il manoscritto, l'unico impegno per gli anni a venire è l'elaborazione del Rapporto annuale (si veda oltre). Altre attività potranno concretizzarsi successivamente anche se non saranno molte perché NNA non è un centro di ricerca e tutti noi abbiamo già compiti e istituzioni di appartenenza che ci assorbono. Come NNA vorremmo fare poche ma stimolanti attività e le nostre piste di lavoro sono le seguenti:

- *Svolgere ricerche.* Condurre studi su come sono organizzati, che risultati producono e con quali costi i servizi e le politiche. Realizzare analisi basate sulla raccolta di dati empirici e sul confronto tra realtà locali così come internazionali, finalizzando l'esame dell'esistente alla definizione di proposte di miglioramento per i decisori.
- *Contribuire al confronto sull'attualità.* Partecipare al dibattito corrente attraverso la stesura di articoli, la partecipazione a convegni/seminari e la loro diretta organizzazione. Esprimere il nostro punto di vista in merito a interventi in atto, proposte sul tappeto e temi attuali, cercando parimenti di indirizzare l'attenzione del confronto pubblico verso argomenti da noi ritenuti rilevanti.
- *Valorizzare le conoscenze esistenti.* Oltre a svolgere nostri lavori, valorizzare le ricerche e le attività condotte da altri. Raccogliere, sistematizzare e contribuire a rendere note le numerose riflessioni ed esperienze di rilievo esistenti nel nostro paese ma poco conosciute e non in contatto tra loro.

L'idea è di svolgere queste attività costruendo gruppi di lavoro a composizione variabile, in cui i componenti del Network collaborino con autorevoli esperti dei temi trattati nelle diverse occasioni.

2. Il Rapporto annuale

“L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto annuale NNA” costituisce, a nostra conoscenza, il primo rapporto annuale in materia pubblicato in questo paese ⁽³⁾. Il Rapporto persegue obiettivi di natura descrittiva, analitica e propositiva, e manterrà la medesima struttura lungo le sue diverse edizioni. Vuole fornire un quadro conoscitivo sullo stato di politiche e interventi per gli anziani non autosufficienti in Italia, offrire un esame della realtà esistente e proporre linee d’azione per migliorare.

Il Rapporto si divide ogni volta in due parti, di cui la prima offre regolarmente il monitoraggio dell’assistenza in Italia e la seconda presenta un approfondimento monografico ogni volta diverso. I capitoli della prima parte sono dedicati sempre agli stessi argomenti e seguono – nel corso degli anni – l’evolversi degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti. Il capitolo iniziale offre il quadro di sintesi sulla situazione complessiva e i successivi esaminano i principali servizi e prestazioni monetarie: i servizi domiciliari, i servizi residenziali, i trasferimenti economici e i sostegni al lavoro privato di cura. La seconda parte contiene, come anticipato, in ogni edizione un differente approfondimento monografico. La compongono un numero variabile di contributi, che – quale che sia il tema scelto – comprendono abitualmente l’esame della situazione attuale, nei suoi punti di forza così come nelle criticità, e la presentazione di alcune proposte di sviluppo.

Il Rapporto intende compiere, in ogni sua edizione, un particolare sforzo di chiarezza comunicativa e accessibilità. Il testo è acquistabile nell’abituale versione cartacea e può anche venire scaricato gratuitamente da internet (<http://www.maggioli.it/rna>), al fine di favorirne la diffusione. In futuro, inoltre, disporre su un medesimo sito dei diversi Rapporti annuali agevererà la possibilità di seguire l’evoluzione degli interventi nel tempo.

Il Rapporto è sempre progettato dai componenti di NNA, i quali ne scrivono alcuni capitoli e coinvolgono altri esperti. Quelli che contribuiscono a questa prima edizione sono Angelo Bianchetti, Georgia Casanova, Giovanni Lamura,

⁽³⁾ Negli anni recenti non sono stati pubblicati rapporti dedicati all’offerta di servizi e interventi rivolti agli anziani non autosufficienti mentre ne sono stati prodotti alcuni riferiti alla condizione anziana nel suo complesso. Si tratta – a nostra conoscenza – del “Rapporto FNP Cisl sulla condizione anziana”, giunto nel 2007 alla sua sesta edizione (www.fnp.cisl.it), del “Rapporto nazionale sulla condizione ed il pensiero degli anziani”, prodotto annualmente dall’associazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età (www.ageingnew.sincromedia.net) e del “Rapporto sugli anziani in Italia”, curato dalla Fondazione Leonardo e arrivato alla quarta edizione. Il Governo italiano ha preparato per una certa fase – ogni due anni – una “Relazione biennale al parlamento sulle condizioni dell’anziano”, la cui ultima edizione concerne il biennio 2002-2003.

Sergio Pasquinelli, Andrea Principi e Giselda Rusmini. Il Rapporto è promosso dall'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, che fornisce un prezioso sostegno scientifico e finanziario: si veda la prefazione di Antonio Aprile e Fabrizia Lattanzio.

3. Il Rapporto 2009

Quest'anno il Rapporto assume un profilo peculiare poiché si tratta della sua prima pubblicazione. Si vogliono costruire, infatti, nelle prossime pagine, le basi su cui poggiare gli approfondimenti contenuti nelle successive edizioni.

La prima parte contiene i capitoli menzionati sopra – quadro generale, servizi domiciliari, servizi residenziali, trasferimenti economici, sostegni al lavoro privato di cura – e li declina in modo peculiare rispetto ai Rapporti che seguiranno. Ogni capitolo fornisce lo “stato dell'arte” degli interventi in esame e comprende lo sviluppo storico, la situazione attuale, i principali modelli regionali e il confronto con l'Europa, per concludersi con uno sguardo sugli importanti nodi da sciogliere oggi. Come iniziale edizione, l'obiettivo è ricostruire lo scenario dell'assistenza agli anziani non autosufficienti nel nostro paese e metterne in luce i punti chiave. In questa parte, detto altrimenti, si vuole dar vita ad una sorta di manuale capace di presentare – se ci riusciamo – in un centinaio di pagine, in modo puntuale e chiaro, la realtà dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Una volta compiuto questo sforzo d'inquadramento, nei prossimi anni ci dedicheremo a esaminare lo sviluppo dell'attualità e ad approfondirne i diversi aspetti.

La seconda parte s'intitola “Idee per il dibattito” e affronta alcuni tra i temi più rilevanti, e spinosi, dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. La progettazione del primo rapporto ci ha suggerito – anche in questo caso – un'impostazione differente da quella che si utilizzerà a cominciare dal prossimo. Non si tratta, infatti, di una parte monografica vera e propria bensì di una discussione di diversi argomenti, ognuno dei quali potrà essere oggetto di uno specifico approfondimento monografico in futuro. Questa scelta ad ampio raggio ci consente di mettere sul tappeto una serie di temi che riteniamo di particolare importanza per il dibattito e di presentare le coordinate complessive delle nostre posizioni. Si tratta, di nuovo, di porre le basi su cui poggiare i più mirati sforzi degli anni a venire.

Puntiamo lo sguardo su disegno delle politiche, profilo dei servizi e governo del territorio. La disamina delle politiche passa attraverso l'ineludibile confronto con il federalismo, al fine di metterne a fuoco aspetti positivi e criticità, e la proposta di una mappa per orientarsi nel dibattito. L'approfondimento sui servizi è dedicato alla ricerca dell'equilibrio tra tensioni finanziarie ed esigenze di

qualità nelle strutture residenziali del futuro e a discutere i diversi modelli d'intervento rivolti all'Alzheimer, così da individuare i più appropriati per le realtà locali italiane. Affrontiamo il governo del territorio, infine, esaminando le diverse declinazioni operative dell'Unità di valutazione geriatrica e proponendo alcune ipotesi di sviluppo.

Noi e gli altri Autori coinvolti abbiamo provato a riempire il Rapporto di dati e idee. Il lettore vi potrà certamente trovare molte posizioni discutibili ma, speriamo, nulla di noioso.

PARTE PRIMA
Monitoraggio dell'assistenza.
Il quadro dell'Italia

1. Lo scenario complessivo

Cristiano Gori, Giovanni Lamura

1. Introduzione

Come si presenta, oggi, la realtà dell'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti in Italia? Quali sono gli interventi forniti e quante persone li utilizzano? Come si differenziano tali servizi e prestazioni nelle diverse Regioni? Che sfide pone il prossimo futuro? Queste le domande cui vuole rispondere la prima parte del Rapporto.

Il presente capitolo illustra lo scenario complessivo dell'assistenza continuativa in Italia e intende, così, costruire un quadro di riferimento in cui collocare i contributi successivi, ognuno dei quali approfondisce specifici servizi o prestazioni. Dopo un richiamo iniziale al tema del Rapporto (par. 2), il capitolo è organizzato come gli altri testi di questa parte. Si inizia da alcuni cenni sulla storia degli ultimi trent'anni (par. 3) per poi illustrare i tratti principali della realtà attuale (par. 4). Si passa successivamente a discutere i confronti, da una parte tra le diverse Regioni italiane (par. 5), dall'altra tra il nostro e gli altri paesi europei (par. 6). Un breve paragrafo conclusivo, infine, mette sul tappeto i principali nodi da sciogliere nei prossimi anni (par. 7).

2. L'assistenza continuativa a titolarità pubblica

L'Introduzione ha chiarito che il Rapporto si occupa dell'assistenza continuativa (*long-term care*) dedicata agli anziani non autosufficienti e a titolarità pubblica. Traduciamo ora in termini operativi la nota definizione dell'*Institute of Medicine* utilizzata nell'apertura del volume ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Si definisce l'assistenza continuativa (*long-term care*) la: "varietà di servizi e interventi, sociali e sanitari, forniti con continuità a persone che hanno bisogno di assistenza permanente a causa di disabilità fisica o psichica. Questi possono essere erogati in strutture residenziali, a domicilio o nel territorio e comprendono assistenza informale offerta da familiari o da altri così come prestazioni monetarie e servizi professionali forniti da singoli o da organizzazioni" (In-

Definiamo a titolarità pubblica gli interventi – servizi alla persona o prestazioni monetarie – che l’ente pubblico contribuisce, almeno parzialmente, a finanziare e nei quali ha qualche forma di responsabilità per la definizione dell’utenza e/o degli standard di qualità. Nel caso dei servizi, sovente la gestione è responsabilità di soggetti privati (perlopiù non profit). Gli interventi a titolarità pubblica s’intrecciano con il *care* reso gratuitamente dalle reti informali e con l’assistenza finanziata dalle famiglie che ricorrono autonomamente al mercato privato (ad es. le assistenti familiari o “badanti”). I confini tra le diverse fonti di assistenza sono, peraltro, labili.

Ricevono assistenza continuativa persone non autosufficienti di ogni età e abitualmente, a fini operativi, le si suddivide in disabili adulti, anziani non autosufficienti e persone con problemi di salute mentale. Come anticipato, la nostra attenzione si concentra sugli anziani.

Gli interventi pubblici di assistenza continuativa agli anziani si articolano in servizi residenziali (presidi sociosanitari e presidi socio-assistenziali), servizi semiresidenziali (centri diurni), servizi domiciliari (assistenza domiciliare sociale, Sad, e assistenza domiciliare integrata, Adi), trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento e assegni di cura) e sostegni al lavoro privato di cura (agevolazioni fiscali, assegni finalizzati, corsi di formazione, albi, sportelli di incontro domanda/offerta)⁽²⁾ (tab. 1).

Le politiche di *long-term care* vedono – come noto – un intreccio di competenze tra Stato, Regioni e Comuni. Nel quadro attuale, l’indennità di accompagnamento e le agevolazioni fiscali sono responsabilità dello Stato, i servizi sociosanitari sono responsabilità delle Regioni e i servizi sociali dei Comuni.

stitute of Medicine, 1986, p. 398). Un’altra nota definizione è quella dell’Oecd, secondo cui l’assistenza continuativa consiste nei “servizi, interventi e prestazioni di lungo periodo a favore di individui con disabilità mentali o fisiche che sono diventati dipendenti dall’assistenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana” (Oecd, 2005, p. 19).

(2) Per “sostegni al lavoro privato di cura” s’intendono qui gli interventi esplicitamente tesi a questo fine. Indennità di accompagnamento e assegni di cura pur non avendo tale obiettivo dichiarato sono sovente impiegati per remunerare le assistenti familiari.

Rientrano nell’assistenza continuativa anche altri interventi qui non menzionati: telesoccorso, modificazione alloggio, ecc. Questi non saranno considerati nel volume per tre motivi: 1. limiti di spazio, 2. mancanza di solidi dati nazionali in merito, 3. diffusione ancora contenuta. A causa dei primi due motivi non consideriamo neppure i servizi semi-residenziali.

Tabella 1- L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non autosufficienti

Area d'intervento	Servizi e/o prestazioni	Capitolo del Rapporto
Servizi domiciliari	Assistenza domiciliare integrata (Adi) Assistenza domiciliare sociale (Sad)	Cap. 2, di Gori e Casanova
Servizi residenziali	Presidi sociosanitari Presidi socio-assistenziali	Cap. 3, di Pesaresi e Brizioli
Servizi semi-residenziali	Centri diurni	– (Si veda nota 2)
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento Assegni di cura	Cap. 4, di Lamura e Principi
Sostegni al lavoro privato di cura	Agevolazioni fiscali, assegni finalizzati, corsi di formazione, albi, sportelli di incontro domanda/offerta	Cap. 5, di Pasquinelli e Rusmini

3. La storia

Negli ultimi trent'anni l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti ha conosciuto in Italia un costante sviluppo, di cui ripercorriamo le tappe principali.

Anni '80

In questo decennio – a livello nazionale – la vicenda dell'assistenza continuativa è legata a quella delle grandi riforme del welfare e ai loro alterni esiti. Si opera per realizzare il Servizio sanitario nazionale (introdotto con la legge 833/1978) mentre si esauriscono le aspettative di una riforma riguardante i servizi e interventi sociali. In quest'ultimo settore viene introdotta l'indennità di accompagnamento (legge 18/1980), formalmente rivolta solo ai disabili adulti ma di fatto, da subito, erogata anche agli anziani non autosufficienti ⁽³⁾.

Le Regioni svolgono un'intensa attività di regolazione sia sul fronte sanitario, per tradurre la 833 in pratica, sia su quello sociale, dove sopperiscono con proprie indicazioni all'assenza di una riforma nazionale. La gran parte introduce leggi di settore e piani regionali in entrambi gli ambiti. Questi atti toccano l'assi-

⁽³⁾ Come successivamente formalizzato con il decreto n. 509/1988. L'altra misura esplicitamente rivolta agli anziani non autosufficienti introdotta nel decennio è il "Programma pluriennale di realizzazione di residenze per anziani non autosufficienti", avviato nel 1988 (art. 20 legge n. 67/1988), il cui impatto è stato assai vario tra le diverse Regioni.

Nel capitolo, così come nel proseguo del Rapporto, sono definite anziane le persone con 65 anni di età e più; anche se si tratta di una definizione non più rispondente alla realtà la si deve impiegare poiché è quella convenzionalmente utilizzata nelle rilevazioni statistiche di fonte istituzionale, cui si fa qui riferimento.

stenza continuativa sotto diversi aspetti e producono numerose conseguenze che la riguardano. Allo stesso tempo prende corpo l'attività regionale esplicitamente rivolta alla non autosufficienza, negli anni '80 dedicata principalmente alla regolazione del Sad ed alla definizione delle regole di funzionamento delle strutture residenziali (Pavolini, 2004).

Sul territorio l'indennità di accompagnamento diventa rapidamente la misura pubblica più diffusa, raggiungendo il 5% degli anziani all'inizio del decennio successivo. Negli anni '80 la domiciliarità vive ancora una fase pionieristica, che vede cominciare lo sviluppo dell'Adi mentre il Sad aveva iniziato a diffondersi nella fase precedente; nel complesso al giro di boa del decennio si arriva al 2% di utenti. Nella residenzialità gli ospiti annui si attestano allora al 2,9%, percentuale che rimarrà in seguito sostanzialmente immutata.

Anni '90

Il periodo successivo vede l'approvazione di nuove riforme sanitarie nazionali (l. n. 502/1992, l. n. 517/1993) e della prima riforma sociale (l. n. 328/2000), con varie conseguenze per l'assistenza continuativa. È in questo decennio, inoltre, che prendono piede – a livello nazionale – un dibattito e atti specificamente dedicati all'assistenza continuativa. Da una parte, si elaborano indicazioni concernenti il profilo operativo dell'assistenza. Nel 1992 il Progetto obiettivo anziani formula una serie di indicazioni, in particolare sulla necessità di introdurre l'Unità di valutazione geriatrica (UVG) e di sviluppare il Pai (piano assistenziale individualizzato). Dall'altra parte, nel 1997, la proposta della Commissione Onofri ⁽⁴⁾ di un "Fondo per i non autosufficienti" apre il dibattito riguardante la necessità di una specifica riforma nazionale per la promozione dell'assistenza continuativa, fondata sull'incremento di risorse statali dedicate e sulla definizione di alcune regole valide per tutto il paese (livelli essenziali).

In questo periodo la regolazione dell'assistenza continuativa si impone come una delle attività principali delle Regioni. Viene realizzato un ampio insieme di atti in materia, con particolare attenzione alla definizione degli standard per la residenzialità, all'assistenza domiciliare integrata, ai criteri di affidamento delle prestazioni ed a nuove misure (ad esempio gli assegni di cura) (Pavolini, 2004).

Sul territorio il decennio vede l'utenza dell'indennità di accompagnamento crescere leggermente (da 5 a 5,5%) mentre quella dei servizi domiciliari quasi raddoppia, da 2 a 3,8%, divisa circa in egual misura tra Sad e Adi. Gli utenti dei servizi residenziali aumentano solo leggermente (da 2,9 a 3%) ma il profilo

⁽⁴⁾ Si tratta della "Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche dello stato sociale", presieduta dal prof. Paolo Onofri, e che nel 1997 formulò – su incarico dell'allora Governo Prodi – un progetto complessivo di riforma del sistema di welfare in Italia.

dell'offerta cambia perché si rivolge sempre più ad anziani non autosufficienti e se ne incrementa la componente sociosanitaria ⁽⁵⁾.

Anni 2000

Il decennio in corso vede un ampio sviluppo del dibattito sulla riforma nazionale, con numerose proposte presentate da parti politiche ed esperti. Ci si divide su quali servizi potenziare, sul ruolo dei livelli essenziali e su una possibile tassa di scopo (Gori, 2008). Il confronto non ha sinora conosciuto esiti concreti, tranne il poco più che simbolico "Fondo per le non autosufficienze 2007-2009", introdotto dal Governo Prodi nel 2006, con il valore medio di soli 266 milioni annui per tre annualità ⁽⁶⁾. Per quanto riguarda il profilo operativo dell'assistenza, stimolanti proposte giungono dalla Commissione per la revisione dei Lea (Ministero della salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, 2006 e 2007).

Stante l'assenza di incisive azioni dal centro, il maggior contributo giunge – in questi anni – dalle riforme regionali. Gran parte delle Regioni attuano varie misure per potenziare l'assistenza continuativa, riguardanti la domiciliarità, la residenzialità e il governo della rete. Alcune realizzano vere e proprie riforme di sistema, sovente denominate "Fondi per i non autosufficienti", finalizzate a ridisegnare e potenziare l'insieme degli interventi regionali a favore degli anziani (ad es. Emilia-Romagna, Lombardia, Liguria) (Gori, a cura di, 2008).

Venendo ai dati, la residenzialità rimane stabile al 3% degli anziani e vede ulteriormente accrescere la sua componente sociosanitaria. La domiciliarità conosce un nuovo passo in avanti (da 3,8 a 4,9%) e – al suo interno – l'Adi diviene la componente predominante. L'indennità di accompagnamento, a sua volta, ha un incremento particolarmente ampio (da 5,5 a 8,9%), che la conferma come la principale prestazione (tab. 2).

Tabella 2 - Gli anziani utenti di assistenza continuativa in Italia, %, anni vari

	Inizi anni '90	Inizi anni 2000	Metà anni 2000
Servizi domiciliari	2	3,8	4,9
Servizi residenziali	2,9	3	3
Ind. accompagnamento	5,0	5,5	8,9

Fonte: vedi capitoli successivi ⁽⁷⁾

⁽⁵⁾ Secondo l'Istat, ancora nel 1991, la maggioranza degli anziani utenti di strutture residenziali (53,2%) erano autosufficienti.

⁽⁶⁾ Tale Fondo è finalizzato al raggiungimento di tre obiettivi (crescita dei servizi domiciliari, sviluppo della porta unica d'accesso e della presa in carico).

⁽⁷⁾ In questo paragrafo, come in ampia parte del capitolo, si fa ricorso a dati presentati in

4. La situazione attuale

4.1. *L'invecchiamento della popolazione e i bisogni*

La popolazione ultrasessantacinquenne in Italia ha raggiunto il 1° gennaio 2008 il 20,1% del totale, pari ad oltre 11,9 milioni di persone (ISTAT, 2009). È un valore quasi doppio rispetto a quello registrato meno di quaranta anni fa, nel censimento del 1971, quando i 6,1 milioni di anziani residenti rappresentavano solo l'11,3% della popolazione (ISTAT, 1986). Ancora più consistente risulta nello stesso periodo l'evoluzione del numero dei "grandi anziani", gli ultrasessantacinquenni, il cui numero si è quasi triplicato in valore assoluto (da meno di 2,1 milioni ad oltre 5,7 milioni), passando dal 3,9 al 9,6% della popolazione complessiva. In termini percentuali, i valori italiani odierni non hanno equivalenti nell'Unione europea (Giannakouris, 2008), ed è atteso un loro ulteriore, consistente, incremento entro il 2040, quando gli over 65 raggiungeranno il 31,3% e gli over 75 il 16,6% del totale (ISTAT, 2009).

Il processo di invecchiamento è inegualmente distribuito nel territorio nazionale, raggiungendo un picco in Liguria, dove oltre una persona su quattro (il 26,8%) è ultrasessantacinquenne, percentuali leggermente sopra la media sia al nord sia al centro e nettamente inferiori nel meridione, con un minimo in Campania, dove è anziano solo il 15,7% della popolazione (Lucchetti, Chiatti e Principi, 2009).

L'essere anziano non si può considerare sinonimo di essere malato o disabile, né quindi necessariamente di una condizione di bisogno assistenziale. Tuttavia, una certa associazione tra l'età anziana e la condizione di non autosufficienza esiste. Sebbene i termini di disabilità ed invalidità oggi comunemente adottati dalle rilevazioni ISTAT (Hanau e Lamura 2005) e dalla normativa (Leonardi, 2008:55-62) non coincidano con il concetto di non autosufficienza e quello, sottostante, di assistenza continuativa impiegati in questo volume, giova ricordare che l'ultima Indagine Multiscopo ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta nel 2004-05, ha rilevato che il 18,3% degli over 65 (pari a 2,1 milioni di persone) riporta una condizione di totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana ⁽⁸⁾ (ISTAT, 2008c).

maggior dettaglio nei capitoli successivi. Dove si tratta, invece, di dati non utilizzati oltre se ne dichiara la fonte.

Per i servizi residenziali e per l'indennità di accompagnamento il dato di "inizi anni '90" si riferisce al 1991 e il dato di "inizi anni 2000" al 2001. Il dato di "metà anni 2000" si riferisce rispettivamente al 2005 e al 2007. Per gli anni di riferimento dei servizi domiciliari si veda la nota 8 del secondo capitolo. In merito alle necessarie cautele su come definire l'utenza delle strutture residenziali si veda il paragrafo 1 del terzo capitolo.

⁽⁸⁾ Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, ve-

Questo tasso di disabilità risulta inferiore a quello, del 18,9%, registrato dalla medesima indagine cinque anni prima, nel 1999-2000 (ISTAT, 2003), evidenziando un trend certamente positivo seppur non sufficiente a compensare un altro effetto della crescente longevità della popolazione italiana ⁽⁹⁾: cioè che il numero delle persone anziane affette da una o più disabilità continua ad incrementarsi, seppur lievemente, in valore assoluto, passando da meno di 2,0 milioni nel 1994 a 2,14 milioni nel 2005 (+7,5%) (ISTAT, 2007c), e facendo registrare una crescita particolarmente accentuata (da 0,7 a 1,0 milioni, pari ad un +35,6%) del numero di coloro confinati a casa per l'elevato grado di disabilità sofferta (Ranci e Pavolini 2008). Tutti dati che lasciano comprendere come, nonostante il tangibile miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana italiana nel suo complesso, la domanda di assistenza per anziani non autosufficienti continui a crescere nel nostro paese.

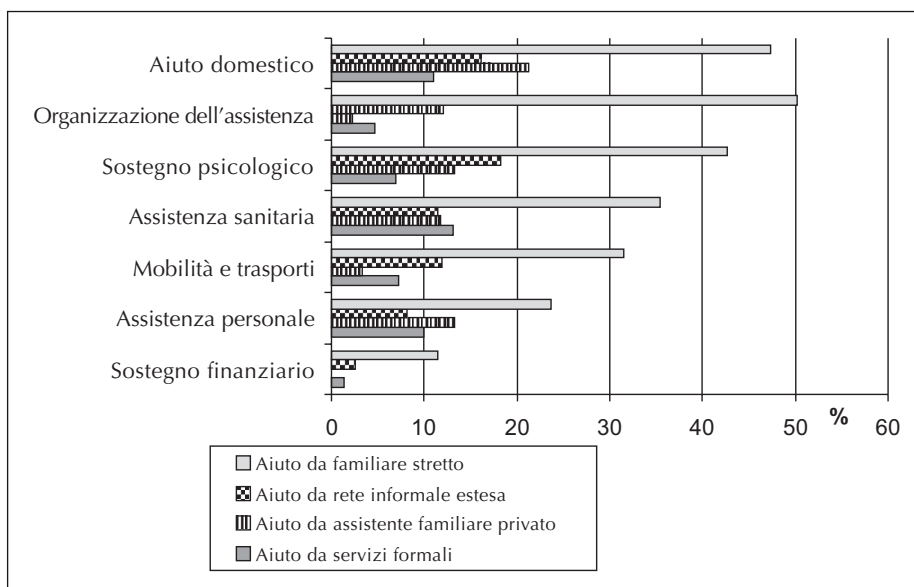
4.2. *L'offerta di assistenza continuativa agli anziani tra intervento pubblico, reti informali e mercato*

Gran parte dell'assistenza prestata ad anziani non autosufficienti nel nostro paese proviene dalla famiglia, come aiuto informale, e solo secondariamente dalla rete di servizi pubblici e privati (fig. 1). Le principali aree di bisogno per le quali questa attività viene compiuta sono l'aiuto domestico, l'organizzazione dell'assistenza e il sostegno psicologico e sanitario. L'area delle cure sanitarie è quella per la quale la presenza di servizi pubblici e privati appare più estesa. Da notare è, inoltre, il ruolo cruciale ormai ricoperto dalla figura delle assistenti familiari, generalmente di origini straniere e sesso femminile, assunte privatamente dalle famiglie degli anziani non autosufficienti per fronteggiarne le esigenze di sostegno e cura nei vari ambiti. Il contributo di queste figure sopravanza infatti, e talora anche di molto, quello fornito dai servizi "formali" di organizzazioni pubbliche e/o private, in tutte le sfere di bisogno considerate, ad eccezione di quella strettamente sanitaria.

stirarsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare), il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle), in casa, e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare).

⁽⁹⁾ Ciò in associazione al fatto che il tasso di disabilità aumenta progressivamente, dal 5,5% nella fascia di età dei 65-69enni fino al 44,5% tra coloro con 80 anni ed oltre.

Figura 1 - Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti ⁽¹⁰⁾, per fonte di assistenza ricevuta, Italia, 2007, %



Fonte: Lamura et al., 2008

L'analisi del grado di copertura raggiunto dalle diverse componenti dell'offerta sottolinea la prevalenza, nel contesto italiano, delle erogazioni monetarie pubbliche rispetto alle prestazioni in natura (tab. 3). Ciò è ben evidenziato dall'elevata quota di percettori dell'indennità di accompagnamento, il cui numero sopravanza di gran lunga il complesso degli utenti dei servizi domiciliari e residenziali, evidenziando come questa misura rappresenti un sostanziale incentivo all'assunzione in forma privata di assistenti familiari, di cui si stima si avvalga oggi ben il 6,6% della popolazione anziana complessiva (pari quindi ad oltre un terzo della popolazione anziana non autonoma per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana, sopra quantificata nel 18,3% del totale).

Se si prendono in esame le stime ufficiali relative alla spesa pubblica sostenuta nel nostro paese per l'assistenza continuativa di persone ultrasessantacinquenni (tab. 4), si evince che questa ammontava nel 2007 (ultimo dato disponibile) ad oltre 17,3 miliardi di euro, pari all'1,13% del PIL. Questa cifra si ripartiva

⁽¹⁰⁾ Con questo termine si intendono qui coloro che, per soddisfare i diversi tipi di bisogno indicati, devono far completo affidamento sull'aiuto altrui.

prevalentemente tra indennità di accompagnamento (sua componente principale, pari allo 0,54% del PIL) e prestazioni sanitarie con valenza di LTC (con ciò intendendosi le prestazioni continuative di assistenza residenziale, semi-residenziale, ambulatoriale e domiciliare, nonché di lungodegenza, complessivamente ammontanti allo 0,46% del PIL), oltre ad una componente residuale di prestazioni eterogenee (residenziali, semi-residenziali e domiciliari), gestite essenzialmente da Comuni ⁽¹⁾ (Ragioneria Generale dello Stato, 2009).

Tabella 3 - Grado di copertura dell'utenza rispetto alle diverse componenti dell'offerta di LTC, 2005-2008

Tipologia di utenti	% anziani
Percettori indennità di accompagnamento	9,5
Utenti assistenza domiciliare ⁽¹²⁾	4,9
Ospiti di strutture residenziali	3,0
Anziani che impiegano un assistente familiare	6,6

Fonte: vedi capitoli successivi

Tabella 4 - Spesa sostenuta per l'assistenza continuativa di persone con oltre 65 anni

Componente di spesa	% PIL
Spesa pubblica (2007):	1,13
di cui: – componente sanitaria	0,46
– indennità di accompagnamento	0,54
– componente comunale	0,12
Spesa sostenuta dalle famiglie per retribuire le assistenti familiari (2008)	0,59

Fonte: Ragioneria generale dello Stato, 2009, per le assistenti familiari Pasquinelli e Rusmini, 2008

Degno di nota è che la quota di spesa pubblica erogata per prestazioni monetarie (0,55% del PIL) risulta quasi coincidere con quella complessivamente sostenuta per servizi domiciliari (0,26% del PIL) e residenziali (0,31%) (fig. 2). Una conferma del ruolo preponderante di sostegno svolto dalle reti informali, in bino-

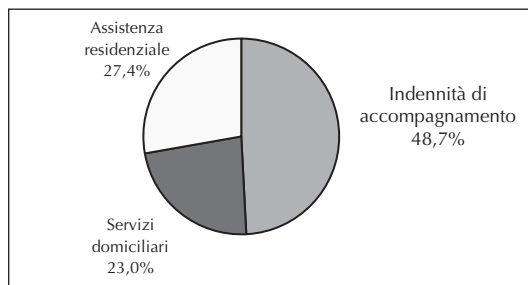
⁽¹⁾ A queste si aggiungono anche alcune prestazioni monetarie assimilabili all'indennità di accompagnamento, erogate da aree del paese a statuto speciale, come ad esempio le Province di Trento e di Bolzano.

Va sottolineato che esistono varie sovrapposizioni tra i beneficiari delle diverse componenti di spesa indicate in tabella 4, così come tra i fruitori delle prestazioni e dei servizi considerati in tabella 3.

⁽¹²⁾ Nella assistenza domiciliare e nelle strutture residenziali ci si riferisce ai servizi ad almeno parziale finanziamento pubblico.

mio con le assistenti familiari di cui si è fatto cenno, viene infine dall'osservazione che la spesa privata sostenuta dalle famiglie per impiegare tali assistenti raggiunge un livello quasi doppio rispetto a quello delle risorse pubbliche complessivamente stanziati per erogare servizi di cura a domicilio (tab. 4 sopra, ultima riga).

Figura 2 - Componenti della spesa pubblica per l'assistenza continuativa di persone anziane (%)



Dopo avere considerato la spesa per l'assistenza continuativa autonomamente, collochiamola ora all'interno della più ampia attività pubblica. Balza all'occhio l'esiguità delle risorse dedicate agli anziani non autosufficienti non solo nei confronti della spesa pubblica complessiva (che comprende innumerevoli voci) ma anche rispetto alla spesa per la protezione sociale ⁽¹³⁾. La spesa pubblica ammonta al 49,1% del PIL, quella per la protezione sociale al 25,8% e quella per l'assistenza continuativa all'1,13%. Il dato forse più esauriente risiede nella risposta alla domanda "Quanta parte della spesa per la protezione sociale è dedicata al *long-term care*?" : si tratta dello 0,4% del totale, lo 0,2% se si considerano esclusivamente i servizi (tab. 5). La modestia dello sforzo pubblico è confermata dal confronto con gli altri paesi (cfr. par. 6, oltre).

Tabella 5 - Voci di spesa pubblica a confronto, 2007

Voce di spesa	% del PIL
Assistenza continuativa (di cui servizi)	1,13 (0,58)
Sanità	6,7
Previdenza	14
Protezione Sociale	25,8
Spesa pubblica complessiva	49,1
Assistenza continuativa come % della protezione sociale (di cui parte servizi)	0,4 (0,2)

Fonte: nostre rielaborazioni su Ragioneria Generale dello Stato, 2009

⁽¹³⁾ La spesa per la protezione sociale comprende le risorse destinate a previdenza, sanità, assistenza e sostegno all'occupazione.

5. L'Italia delle Regioni

Il quadro nazionale nasconde notevoli eterogeneità tra le Regioni, oggetto di attenzione costante nel volume. La tabella 6 presenta i principali indicatori utilizzati nei capitoli successivi per fornire un quadro sintetico del frammentato pa-

Tabella 6 - L'assistenza continuativa nelle Regioni, 2005-2007

Regioni	% anziani utenti servizi	% anziani utenti strutture	% posti letto socioass. in strutture	% anziani utenti ADI	ore Adi medie annue	% spesa Adi su spesa sanitaria
Friuli-Venezia Giulia	17,4	7,6	20	7,2	17	3,15
Emilia-Romagna	12	4,4	30	5,7	23	1,94
Veneto	11,8	4,6	19	6,4	14	1,11
Molise	10,2	2,5	22	3,7	12	0,7
Liguria	9,6	5,2	6	3,2	25	0,93
Lombardia	9,1	3,8	3	3,6	18	0,82
Piemonte	8,5	5,2	55	1,8	25	1,13
Abruzzo	8,1	1,9	30	3,6	33	0,86
Marche	7,9	3,1	43	3,9	28	1,66
Umbria	6,5	1,6	28	4,3	17	2,23
Lazio	6,4	1,4	60	3,8	21	-
Basilicata	5,9	0,6	61	4,3	44	1,37
Toscana	5,6	2,3	20	2,1	25	1,46
Sardegna	5,4	1,7	50	1,2	71	0,70
Sicilia	4,9	1,1	42	1	37	1,44
Calabria	4,8	0,6	29	2,7	17	0,37
Campania	3,7	0,6	70	1,6	59	0,38
Puglia	3,5	1,1	57	1,6	52	0,35
ITALIA	7,9	3	28	3,2	24	1,08

Fonte: vedi capitoli successivi tranne % spesa Adi su spesa sanitaria, da www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio

norama italiano, ordinando le Regioni secondo la dimensione dell'utenza complessiva dei servizi ⁽¹⁴⁾:

- percentuale di anziani utenti dei servizi, ottenuta sommando la percentuale di anziani utenti Adi (2006), la percentuale di anziani utenti Sad (2005) e la percentuale di anziani in strutture residenziali (2005);
- percentuale di anziani utenti delle strutture residenziali (2005);
- percentuali di posti letto nelle strutture residenziali classificati dall'ISTAT come socio-assistenziali ⁽¹⁵⁾;
- percentuale di anziani utenti Adi (2007);
- ore medie annue di assistenza per utente Adi (2006);
- percentuale della spesa sanitaria regionale dedicata all'Adi ⁽¹⁶⁾ (2006).

Sono dati da considerare con cautela perché l'anno di rilevazione in alcuni casi non permette di tenere conto di riforme realizzate successivamente e perché l'attendibilità di alcune cifre è dubbia. Si tratta, in ogni modo, dei più recenti dati di fonte istituzionale disponibili nel nostro paese, i migliori per cogliere le tendenze in atto. Letture riguardanti i singoli servizi e interventi saranno condotte nei capitoli successivi, qui si propongono alcune chiavi interpretative trasversali concernenti l'assistenza continuativa nel suo insieme.

5.1. Nord o Sud

La tabella restituisce l'attesa spaccatura territoriale in tutta la sua forza. Con alcune eccezioni (in particolare Molise e Toscana), la parte alta e la parte bassa della colonna riguardante l'utenza complessiva rappresentano, rispettivamente, il Settentrione e il Meridione. Sul fronte della qualità, la percentuale di posti letto socio-assistenziali – indicatore negativo – è ben più elevata nel mezzogiorno, dove pure l'offerta è scarsa ⁽¹⁷⁾. Si rilevano, inoltre, alcuni segni di peggioramento della realtà meridionale nel decennio in via di conclusione. La percentuale di spesa sanitaria destinata all'Adi è diminuita, passando da 1,25% (2001) a 0,74% (2006). Inoltre, in diverse Regioni meridionali i posti letto, pure già pochi, si so-

⁽¹⁴⁾ La tabella non contiene i dati riguardanti la Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano.

⁽¹⁵⁾ L'ISTAT classifica le residenze per anziani non autosufficienti in tre gruppi principali: le "Residenze assistenziali", le "Residenze sociosanitarie" e le "Residenze sanitario-assistenziali (RSA)"; la capacità di rispondere a bisogni assistenziali complessi e la componente sociosanitaria crescono progressivamente passando dalla prima all'ultima. Vi è poi un quarto gruppo, residuale, denominato "Altre residenze di tipo assistenziale" (cfr. cap. 3).

⁽¹⁶⁾ Questo è l'unico indicatore non ripreso nei capitoli seguenti.

⁽¹⁷⁾ I dati riguardanti le ore annue di Adi erogate per utente – altro indicatore di qualità, si veda sotto – rilevati in alcune Regioni meridionali paiono di attendibilità dubbia.

no addirittura ridotti (cfr. cap. 3). Tali aspetti sono da leggere congiuntamente alle note difficoltà di governo della sanità che hanno toccato, negli anni recenti (tra commissariamenti e piani di rientro), la maggior parte delle Regioni meridionali.

5.2. *Quantità o qualità*

La tabella 6 presenta i principali indicatori sull'utenza raggiunta (la quantità) e alcuni indicatori sulla qualità. Rispetto a quest'ultima dimensione sono stati scelti indicatori che registrano criteri base di qualità ⁽¹⁸⁾: per la residenzialità la percentuale di posti letto in strutture che l'ISTAT definisce socio-assistenziali, indicatore negativo, quelle dove minore è la capacità di rispondere a bisogni assistenziali complessi; per l'Adi l'intensità, indicatore positivo, cioè il numero di ore medie annue per utente.

La tabella si presta a diversi piani di lettura, che non è possibile qui approfondire, per motivi di spazio, e che saranno ripresi nei capitoli successivi; uno riguarda il confronto tra il nord e il sud, e un altro la comparazione tra Regioni delle stesse aree territoriali o con un modello di welfare simile. Nelle Regioni che dedicano uno sforzo significativo al settore, il dilemma principale – data l'ampiezza della domanda esistente – è tra dare “+ qualità a – utenti” o “– qualità a + utenti”.

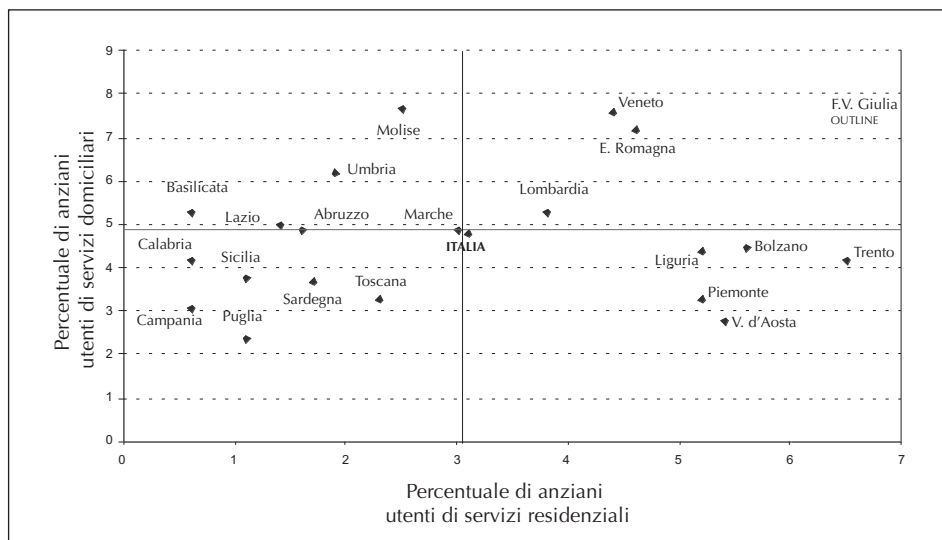
5.3. *Domiciliarità o residenzialità*

La definizione del punto di equilibrio tra le due categorie di servizi è la prima scelta da compiere nell'assistenza continuativa. La figura 3 la rende graficamente, incrociando la percentuale degli anziani beneficiari di servizi domiciliari (la somma dell'utenza di Adi e Sad) con quella degli anziani in strutture. Le Regioni italiane non confermano il trend internazionale (ad es. Oecd, 2005), per cui alla crescita di una tipologia di assistenza corrisponde l'incremento dell'altra, e viceversa, ma si distribuiscono in quattro modelli:

- “lo sviluppo equilibrato”, dove sia la domiciliarità sia la residenzialità si collocano sopra la media nazionale (quadrante in alto a destra), in particolare l'Emilia-Romagna e il Veneto;
- “la predominanza della domiciliarità”, dove quest'ultima è superiore alla media e la residenzialità inferiore (quadrante in alto a sinistra); come l'Umbria e il Molise;
- “la predominanza della residenzialità”, dove la situazione è opposta (quadrante in basso a destra); in particolare il Piemonte;
- “l'offerta debole”, dove entrambe le percentuali sono inferiori alla media (quadrante in basso a sinistra); la maggior parte delle Regioni meridionali.

⁽¹⁸⁾ Sono, inoltre, tra i pochi indicatori di cui siano disponibili dati su scala nazionale.

Figura 3 - L'utenza di servizi domiciliari e residenziali nelle Regioni, % di anziani, 2005-2007



5.4. Assistenza continuativa o per acuti

Per chi opera nei servizi di assistenza continuativa il modo più tangibile di verificare la scarsità di risorse pubbliche dedicate – richiamata sopra – è il confronto tra gli stanziamenti per la propria attività e quelli trasferiti agli ospedali. La percentuale di spesa sanitaria destinata all'Adi traduce questa sensazione in un indicatore di indubbia efficacia, che vede la media nazionale intorno all'1% (come dire che si potrebbe incrementare del 50% l'offerta di Adi impiegando lo 0,5% della spesa sanitaria). Anche qui, le aree del paese seguono strade diverse: mentre – si è anticipato – nel periodo 2001-2006 la percentuale si è ridotta al sud, nel centro-nord è passata dallo 0,98% all'1,29%.

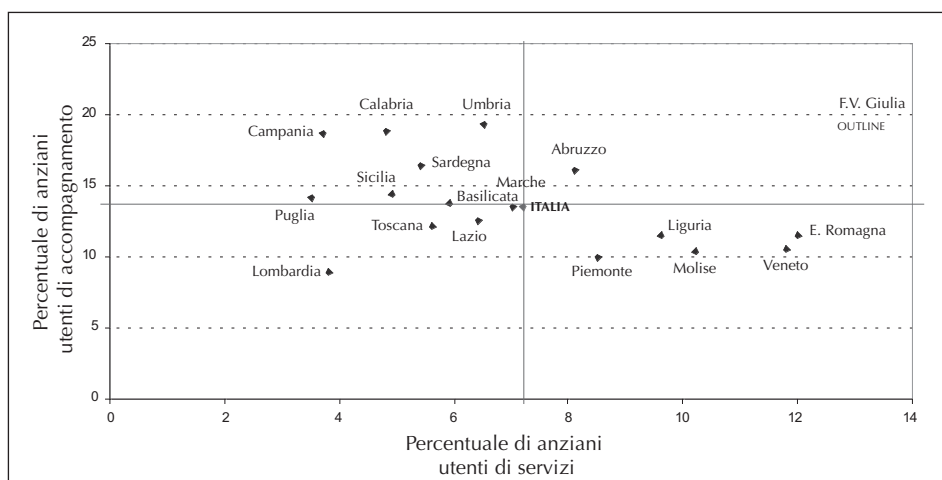
5.5. Servizi o trasferimenti monetari

I dati di livello regionale considerati sinora riguardano esclusivamente i servizi. Incrociamo adesso la loro utenza complessiva – come calcolata nella prima colonna della tabella 6 – con i dati sui percettori anziani di indennità di accompagnamento ⁽¹⁹⁾. La maggior parte delle Regioni si raggruppa in due quadranti. Uno, in alto a sinistra, contiene le realtà con utenti dei servizi inferiori

⁽¹⁹⁾ I dati sull'accompagnamento sono ottenuti rielaborando quelli presentati nella figura 2 del capitolo 4, riferiti al 2004. Sono da considerare con tutte le cautele lì menzionate, vanno letti al solo scopo di cogliere le differenze regionali.

alla media e percettori dell'accompagnamento superiori. Questo quadrante aggiunge un ulteriore tassello alla discussione del divario Nord/Sud proposta sopra. Vi si trovano, infatti, la maggior parte delle Regioni meridionali, nelle quali il welfare assume una connotazione prevalentemente monetaria e dove l'accompagnamento ha, sovente, anche la funzione di sopperire alle carenze delle politiche contro la povertà e la disoccupazione. L'altro è il quadrante in basso a destra, che contiene le Regioni con utenza dell'accompagnamento inferiore alla media e utenza dei servizi superiore. Si trovano qui le realtà con un sistema di welfare maggiormente fondato sui servizi (fig. 4), quasi esclusivamente collocate nel Centro-Nord.

Figura 4 - L'utenza dei servizi e dell'indennità di accompagnamento nelle Regioni, % di anziani, 2004-2007

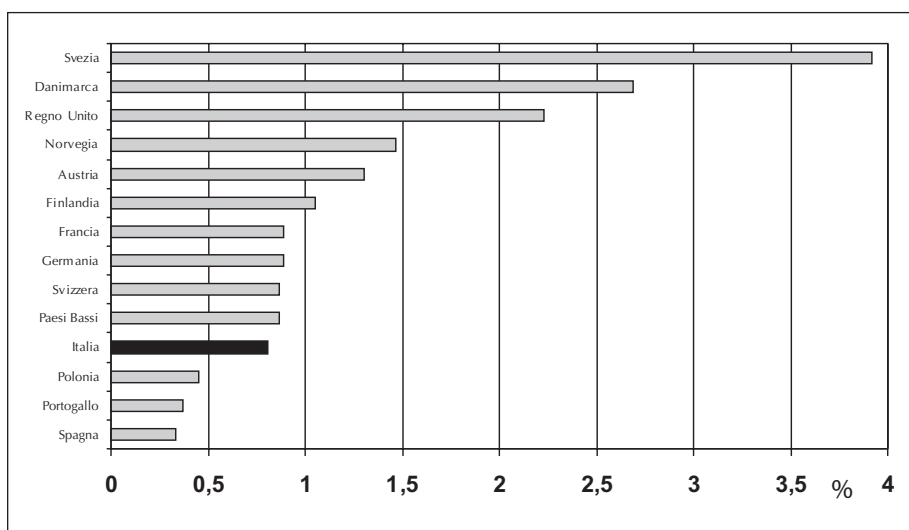


6. L'Italia in Europa

Collochiamo ora lo sforzo pubblico complessivamente sostenuto dal nostro paese per il *long-term care* – già delineato nel paragrafo 4 – nel panorama europeo. In proposito è da ricordare che ogniqualvolta si utilizzano dati comparati in materia di assistenza e servizi di cura è d'obbligo una certa dose di cautela, poiché nei singoli paesi e nei diversi progetti si ricorre a definizioni difformi dei medesimi oggetti di interesse. Il punto di partenza è il confronto tra gli aggregati di spesa pubblica. I dati mostrano che l'impegno pubblico raggiunge in Italia un livello inferiore alla spesa mediamente sostenuta dalla gran parte dei paesi dell'Europa nord-occidentale – e soprattutto a quella dei regimi di welfare scandinavi – sep-

pur superiore al livello riscontrato negli altri paesi mediterranei e dell'est europeo (fig. 5) ⁽²⁰⁾.

Figura 5 - Spesa pubblica per il *long-term care* in % del PIL (2005)

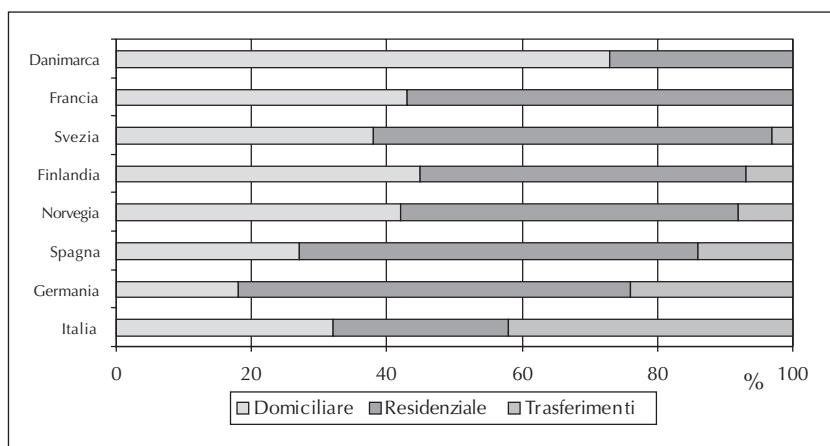


Fonte: Huber e Rodriguez 2008

Uno sguardo alla composizione della spesa di *long-term care* (fig. 6) conferma, anche in termini comparati, la già osservata peculiarità rappresentata dalla dominanza, nel nostro paese, della quota di spesa destinata ai trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento ecc.) a fronte di un impegno contenuto sul fronte dei servizi residenziali e domiciliari. I due capitoli successivi, dedicati a questi ultimi, presentano ulteriori dati comparativi e indicano come al minor investimento pubblico sul fronte domiciliare e residenziale corrisponda un'utenza altrettanto limitata in termini numerici e caratterizzata, in entrambi i settori, da livelli di fragilità relativamente elevati.

⁽²⁰⁾ La figura 5 indica per l'Italia una percentuale differente dall'1,13% del Pil stimato dalla Ragioneria Generale dello Stato e punto di riferimento del dibattito nel nostro paese, richiamato in precedenza. Ciò è dovuto, come detto, alle differenti metodologie di definizione impiegate. In ogni modo, quello che conta della figura 5 non è il valore dell'Italia in sé bensì il confronto con gli altri paesi – a parità di definizione dell'aggregato di riferimento – e la posizione occupata dalla nostra penisola in Europa.

Figura 6 - Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa (valori in % sul totale della spesa, 2005)



Fonte: Huber e Rodriguez 2008

Dopo aver toccato l'ampiezza dello sforzo pubblico e la sua composizione, utilizziamo la prospettiva comparata per considerare lo sviluppo del sistema italiano nel tempo. Il paragrafo 3 ha mostrato la crescita complessiva dell'offerta, in alcune fasi guidata dalla domiciliarità (anni '90), in altre dall'indennità di accompagnamento (anni 2000). Non esistono dati sufficientemente attendibili per una comparazione puntuale del percorso compiuto dal nostro paese rispetto all'Europa ma tre punti emergono con chiarezza. Primo, negli ultimi 20 anni l'intervento pubblico in Italia è cresciuto ma non abbastanza da colmare il gap con il centro-Europa (essendo la Scandinavia non realisticamente raggiungibile). Secondo, la crescita italiana è stata eccessivamente basata sui trasferimenti monetari. Terzo, negli ultimi 15 anni la maggior parte dei paesi dell'Europa centro-meridionale ha realizzato riforme nazionali ⁽²¹⁾. Diversi i contenuti ma comune la logica: una revisione delle regole nazionali del sistema – o loro introduzione quando mancavano – accompagnata da un incremento delle risorse statali dedicate. In Italia è nota la necessità di una riforma nazionale che definisca poche regole chiave per tutto il paese, elimini le storture esistenti e incrementi le risorse destinate ai servizi. La si attende da tempo ma l'impegno riformatore si è, sinora, fermato al livello regionale (box 1).

⁽²¹⁾ I paesi settentrionali non hanno avvertito la necessità di riforme nazionali di crescita perché il loro sistema di offerta è più sviluppato.

Box 1 - Le riforme nazionali dell'assistenza continuativa

Austria: 1993
Germania: 1995
Lussemburgo: 1998
Belgio: 1999
Giappone: 2000
Francia: 2002
Spagna: 2007
Italia:?

7. Il futuro in cinque domande

Le pagine precedenti hanno introdotto lo scenario attuale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Sono stati qui accennati i temi approfonditi nei capitoli successivi, che ruotano intorno alle cinque domande decisive per determinare lo scenario del futuro.

"Dove collocare il confine della responsabilità pubblica?". È il nodo delle scelte riguardanti i finanziamenti pubblici dedicati, di cui si è qui mostrato l'esiguo peso sul bilancio e il ritardo rispetto all'Europa. Il quesito attraversa l'intero volume e sarà ripreso nel capitolo conclusivo, insieme ad altri.

"Qual è il mix appropriato di servizi e interventi?". Il capitolo ha mostrato lo sbilanciamento italiano verso i trasferimenti monetari ed ha esaminato lo spazio assegnato rispettivamente ai servizi domiciliari ed a quelli residenziali. Gli altri contributi della prima parte esaminano le diverse componenti dell'offerta e nella seconda si approfondiscono i servizi per l'Alzheimer.

"Come realizzare la rete dei servizi nel territorio?". La prima parte del volume non tocca l'interrogativo perché si dedica ai sistemi regionali e a quello nazionale. La seconda lo affronta discutendo due tra i suoi temi più controversi, riguardanti la funzione di governo (il ruolo dell'Uvg) e quella gestionale (nella residenzialità).

"A chi dare che cosa?". È il tema dell'allocazione delle risorse tanto delicato e cruciale quanto, o meglio proprio per questo, poco discusso. Le pagine precedenti hanno fornito alcune prime informazioni, che saranno approfondite nel prosieguo della prima parte e riprese nell'ultimo capitolo.

"Qual è il giusto livello di differenze territoriali?". Figure e tabelle hanno mostrato le notevoli diversità nella dimensione e nel profilo dell'offerta tra le Regioni. Queste differenze, e le loro implicazioni, sono discusse in ogni capitolo della prima parte mentre nella seconda si esaminano le possibili conseguenze in merito della riforma federale dello Stato.

2. I servizi domiciliari

Cristiano Gori, Georgia Casanova

1. Introduzione

Permettere agli anziani di invecchiare nel proprio ambiente abituale di vita – con a fianco le persone più care – costituisce, da tempo, un obiettivo prioritario dell’assistenza continuativa nel mondo occidentale. La parola d’ordine è *ageing in place*, “invecchiare nel proprio contesto” (Oecd, 1994). In tutti i paesi, nondimeno, l’investimento sulla domiciliarità è stato accompagnato dalla crescente consapevolezza che la permanenza a domicilio non può rappresentare un obiettivo per tutti e che la sua qualità dipende dal profilo degli interventi effettivamente realizzati (Mansell *et al.*, 2007). Ricerca della configurazione più adatta dei servizi domiciliari e tentativo di ampliarne la disponibilità rappresentano, parimenti, i temi di fondo dell’esperienza italiana.

I servizi domiciliari consistono nell’articolato insieme di servizi di assistenza continuativa forniti all’anziano non autosufficiente presso la casa dove vive per contrastare le forme patologiche in atto, fronteggiare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. I principali sono l’assistenza domiciliare programmata (Adp), l’assistenza domiciliare integrata (Adi), l’ospedalizzazione domiciliare (Od) e l’assistenza domiciliare sociale (Sad). Per i primi tre la responsabilità principale è del Servizio Sanitario Nazionale mentre il Sad è un servizio sociale di competenza dei Comuni. Vengono definiti nel box 1, senza dimenticare che la medesima denominazione si traduce sovente in modalità organizzative assai differenti nei vari territori. Il capitolo si concentra su Adi e Sad poiché rappresentano – per dimensione dell’utenza e ruolo nella rete di welfare – i perni dell’assistenza domiciliare a titolarità pubblica ⁽¹⁾.

(1) I dati presentati di seguito riguardano esclusivamente Adi e Sad mentre diverse considerazioni proposte nel capitolo toccano l’insieme dei servizi domiciliari.

Box 1 - I servizi domiciliari in Italia: definizioni, prestazioni e competenze ⁽²⁾

L'**Assistenza domiciliare programmata (Adp)** consiste nelle prestazioni erogate dal Medico di medicina generale a casa del proprio assistito, previa autorizzazione del SSN e secondo un programma ben definito. È competenza della Asl.

L'**Ospedalizzazione domiciliare (Od)** si attua nell'erogazione di forme assistenziali al domicilio dell'assistito da parte di professionisti e di tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera. È competenza di Asl e/o Aziende Ospedaliere.

L'**Assistenza domiciliare integrata (Adi)** consiste nell'integrazione di interventi di natura sanitaria e di natura sociale, da erogare in modo coordinato e unitario secondo il piano assistenziale individualizzato. È di competenza complessiva delle Asl, dei Comuni per le prestazioni sociali.

Il **Servizio di assistenza domiciliare (Sad)** fornisce all'anziano interventi di sostegno nelle attività della vita quotidiana e nella cura della propria persona. È di competenza dei Comuni.

2. La storia

Nel nostro paese, l'esperienza dei servizi domiciliari si è sinora articolata in tre periodi.

La fase pionieristica (anni '70 e '80)

I primi passi significativi hanno luogo nella seconda metà degli anni '70 quando, dopo alcune esperienze sporadiche, il Sad inizia a svilupparsi in diversi Comuni. Le esperienze di Adi – perlopiù in forma di autonomi interventi infermieristici o riabilitativi sotto la responsabilità delle Asl – cominciano a prendere corpo, a loro volta, negli anni '80. Mancano dati nazionali riferiti a questa fase ma si può certamente affermare che l'utenza fosse estremamente ridotta.

Il primo consolidamento (anni '90)

All'inizio degli anni '90 fruisce dei servizi domiciliari circa il 2% degli anziani. Prende avvio, allora, la fase di maggior crescita quantitativa, che porterà i beneficiari quasi a raddoppiare nell'arco del decennio. Il Progetto obiettivo anziani del 1992 – recepito nel Piano sanitario nazionale del 1994 – contiene, altresì il primo riconoscimento statale di rilievo. Il Progetto indica l'attivazione dell'Adi come obiettivo prioritario e prevede la valutazione multidimensionale del bisogno attraverso l'Unità valutativa geriatrica (Uvg); pone la soglia del 2% degli anziani ⁽³⁾ da

⁽²⁾ Alcune tra le definizioni presentate in tabella sono tratte da Pesaresi, 2007a.

⁽³⁾ In tutto il capitolo – come nel resto del volume – si definiscono anziane le persone con 65 anni e più. Si tratta della definizione convenzionalmente in uso e impiegata dalle istituzioni nazionali nella raccolta dei dati.

raggiungere entro cinque anni, risultato che sarà effettivamente ottenuto, indicando pure l'obiettivo di diffondere l'ospedalizzazione domiciliare (scopo ancora da realizzare adeguatamente). Si tratta di una fase particolarmente stimolante per la riflessione scientifica e operativa: l'esito è l'imporsi, nel dibattito, del modello d'intervento cosiddetto "a rete" – fondato su Uvg, stesura del progetto assistenziale individualizzato (Pai), individuazione di un responsabile del caso, azione coordinata tra servizi sanitari e sociali ⁽⁴⁾ – come punto di riferimento.

La ricerca di un nuovo sviluppo (anni 2000, in corso)

L'avvio del decennio successivo vede i servizi domiciliari toccare il 3,8% degli anziani, di cui il 2% in Adi e l'1,8% in Sad. È approvata allora la legge quadro dell'assistenza sociale (l. n. 328/2000), che prevede l'istituzione di un Fondo nazionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani: tale indicazione sarà raccolta dal legislatore, in forma poco più che simbolica, nel 2006. La crescita continua e porta l'utenza – a metà anni 2000 – al 4,9%, di cui il 3,2% in Adi e l'1,7% in Sad (grafico 1). Per quanto riguarda le proporzioni tra Adi e Sad, il trend recente consiste nella crescita costante della prima e nella stabilizzazione del secondo intorno all'1,6-1,8%. A livello nazionale, nel 2006 il Governo Prodi ha introdotto un piccolo programma triennale finalizzato allo sviluppo dell'assistenza continuativa, il "Fondo per le non autosufficienze 2007-2009", con uno stanziamento medio di 266 milioni annui da distribuire alle Regioni per il perseguimento di tre obiettivi, tra cui lo sviluppo della domiciliarità ⁽⁵⁾, che si esaurirà alla fine del 2009. Il principale documento di carattere nazionale è la proposta per le cure domiciliari presentata nel 2006 dalla Commissione per la revisione dei LEA (cfr. par. 3.3) ⁽⁶⁾.

Questa fase – tuttora in atto – vede la domiciliarità sospesa tra i miglioramenti realizzati e la complicata ricerca degli ulteriori, e necessari, passi in avanti. L'utenza cresce ma la sua dimensione rimane limitata rispetto ai bisogni e, in molte situazioni, il numero di accessi per anziano risulta inadeguato. Il modello a rete occupa, ormai, una centralità unanimemente condivisa negli obiettivi dichiarati ma incontra sovente difficoltà a concretizzarsi ⁽⁷⁾. Le Regioni dedicano risorse

⁽⁴⁾ Risale a questo decennio il più ampio progetto di ricerca riguardante gli interventi per gli anziani non autosufficienti in Italia, il "Progetto finalizzato invecchiamento" del CNR. Al suo interno fu svolta l'unica ricognizione sistematica sinora realizzata su come opera l'Adi nel territorio italiano (Abate, Bavazzano, Di Iorio, 1995).

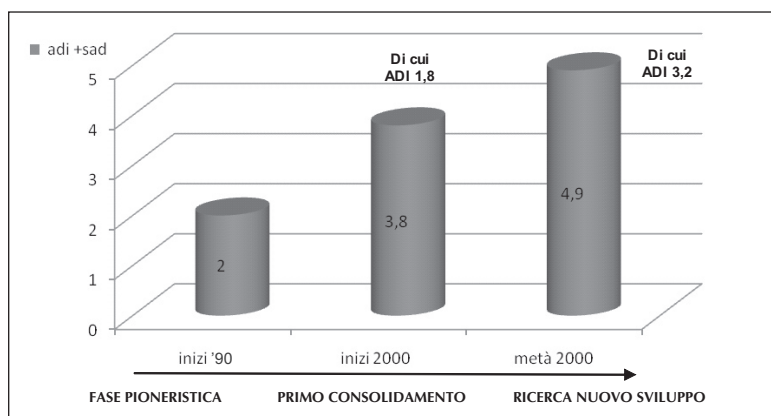
⁽⁵⁾ Gli altri due obiettivi del "Fondo per le non autosufficienze 2007-2009" sono lo sviluppo della presa in carico e della porta unica d'accesso.

⁽⁶⁾ Il d.P.C.M. 29 novembre 2001 contiene alcune indicazioni sulla ripartizione della spesa nei servizi sociosanitari, che hanno avuto un impatto contenuto nel territorio; in merito si rimanda a Pesaresi, 2007a.

⁽⁷⁾ Il dibattito sulle strategie operative da utilizzare per tradurre il modello a rete in realtà non ha, purtroppo, l'ampiezza necessaria in Italia. Più in generale, venuta meno la spinta del

crescenti alla domiciliarità ma i loro stanziamenti dovrebbero aumentare ancora ed essere accompagnati da uno sforzo statale di nuove proporzioni.

Grafico 1 - La crescita dei servizi domiciliari in Italia, % di anziani utenti, anni vari ⁽⁸⁾



Oggi come in passato, peraltro, i valori medi presentati nascondono notevoli differenze tra le Regioni – nello sforzo quantitativo e nella progettualità – e il ritardo del mezzogiorno, aspetti discussi più avanti.

3. I servizi domiciliari oggi

3.1. L'utenza, l'intensità e la spesa

In Italia riceve assistenza domiciliare il 4,9% degli anziani, di cui il 3,2% in Adi ⁽⁹⁾ e l'1,7% in Sad. Pure sensibilmente cresciuta nel tempo, la dimen-

primo consolidamento degli anni '90, lo sforzo di ricerca e riflessione sulla domiciliarità si è ridotto, con l'eccezione di alcune realtà di eccellenza.

⁽⁸⁾ I primi dati disponibili sulla dimensione dell'utenza a livello nazionale riguardano l'inizio degli anni '90. Riferita ad allora è ottenibile solo una cifra complessiva e tendenziale, frutto di una nostra rielaborazione di Censis, 1996. I dati Adi concernenti il 2000 sono tratti da Ministero della salute, 2002 e quelli riguardanti metà del decennio (2007) da Ministero per lo sviluppo economico, 2009. I dati Sad per l'inizio del decennio (2000) derivano da Irs, 2002, mentre quelli riguardanti metà anni 2000 (2005) da ISTAT, 2008a. Il valore complessivo concernente metà anni 2000 è costruito sommando i più recenti dati disponibili riguardanti il Sad (2005) e l'Adi (2007), per i motivi illustrati nella nota 10.

⁽⁹⁾ Il 3,2% di anziani che riceve l'Adi ne comprende uno 0,6% che fruisce anche di interventi di natura sociale mentre la maggior parte riceve solo interventi sociosanitari, come richiamato più avanti. L'1,7% di anziani indicati come utenza Sad riceve esclusivamente interventi sociali.

sione dell'utenza risulta – in gran parte del paese – nettamente inadeguata rispetto alle necessità. Si tratta di una realtà evidente agli operatori, che emerge dal confronto con i bisogni così come con l'Europa, e provata da numerosi studi (per un quadro d'insieme si veda Giunco, a cura di, 2005). Esiste, pertanto, una rilevante sacca di esigenze insoddisfatte, il gruppo di “né né”. Sono gli anziani non abbastanza poveri da ricevere il Sad né abbastanza benestanti da pagarsi l'assistente familiare (se non a prezzo di un impoverimento complessivo della propria famiglia) e quelli che non hanno bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere oggi l'Adi ma non sono certo esenti dalla necessità di fruirne.

L'intensità dello sforzo pubblico dedicato ad ogni utente Adi si misura nel numero di ore di assistenza erogate in un anno. Il valore medio di 24 ore annue per utente rivela l'inadeguatezza dell'azione rivolta a un'ampia fascia di persone; questo aspetto riceve abitualmente meno attenzione rispetto all'incremento dei beneficiari ma non riveste minore importanza poiché l'intensità è cruciale nel determinare l'efficacia del servizio. Si tratta dello stesso numero di ore fornito nel 2000 e indica che la crescita dell'utenza di questo decennio è stata ottenuta rinunciando ad aumentare l'intensità. Rispetto al Sad, l'unico indicatore di intensità disponibile consiste nella spesa media per utente, pari a 1.728 euro annui. Un simile indicatore non si presta a giudizi univoci, si può solo riportare che le sporadiche analisi compiute sull'intensità del Sad in Italia rivelano un'ampia presenza di situazioni problematiche (Pesaresi, 2007b).

I dati di spesa mostrano che la posizione occupata dai servizi domiciliari nel welfare italiano è marginale sotto diversi punti di vista. Nell'assistenza continuativa, la domiciliarità assorbe il 23% delle risorse pubbliche mentre alle prestazioni monetarie è destinato ben il 49% degli stanziamenti (cfr. capp. 1 e 4). In sanità, la percentuale della spesa pubblica destinata all'Adi ammonta solo all'1,08%. L'ampliamento dell'Assistenza domiciliare integrata verificatosi nell'attuale decennio, peraltro, è dovuto esclusivamente all'incremento complessivo della spesa sanitaria e non all'allargamento della sua fetta dedicata a questo servizio, che tra il 2001 e il 2006 è passata dall'1,06% all'1,08%. Alzando ancor più lo sguardo, si nota che la spesa pubblica per la protezione sociale ammonta al 26,4% del PIL e quella per i servizi domiciliari agli anziani allo 0,1%. Percentualmente, dunque, i servizi domiciliari assorbono lo 0,04% della spesa dedicata alla protezione sociale in Italia (cfr. cap. 1). Le cifre indicano chiaramente la natura di vera e propria scelta pubblica che assume il basso investimento sulla domiciliarità così come la possibilità di realizzare un notevole incremento dell'offerta con sacrifici contenuti per le altre voci di spesa (cfr. box 2).

Box 2 - I servizi domiciliari in Italia: dati fondamentali ⁽¹⁰⁾

Utenza complessiva: 4,9% degli anziani
Utenza Adi: 3,2% degli anziani
Utenza Sad: 1,7% degli anziani
Intensità Adi: 24 ore all'anno in media per assistito
Intensità Sad: 1728 euro di spesa media per utente
Spesa sanitaria dedicata all'Adi: 1,08%
Spesa per assistenza continuativa dedicata ai servizi domiciliari: 23%
Spesa per la protezione sociale dedicata ai servizi domiciliari: 0,04%

3.2. L'organizzazione

L'effettiva organizzazione dell'Adi nelle diverse Regioni è, purtroppo, poco studiata mentre si conosce l'ampia produzione normativa. Praticamente ogni Regione ha regolamentato le modalità di accesso e presa in carico dell'Assistenza domiciliare integrata. Quasi tutte puntano su un'Unità valutativa multidisciplinare, variamente denominata: un'equipe professionale con competenze multidisciplinari operante a livello distrettuale, che ha la funzione di interpretare, valutare e classificare le condizioni di bisogno (sanitario e sociale) degli utenti. La valutazione iniziale porta alla stesura del Pai, condiviso con utente e famiglia, da verificare e aggiornare nel tempo. Le principali differenze delle legislazioni regionali toccano le professionalità previste nell'Uvg (ad esempio se il geriatra ne debba far parte) e gli strumenti valutativi impiegati. Si distingue la Lombardia, unica a non prevedere il passaggio attraverso l'Uvg per l'accesso all'Adi e a richiedere, a tal fine, esclusivamente l'indicazione del medico di Medicina generale. La Lombardia è anche la sola Regione dove l'Adi non è – in molti casi – fornita dalle Asl

⁽¹⁰⁾ Nel box 2 si presentano i dati più recenti disponibili per ogni aspetto considerato, di cui si elencano di seguito l'anno di riferimento e, tra parentesi, la fonte. Utenza Adi: 2007 (Ministero per lo sviluppo economico, 2009); utenza e intensità Sad: 2005 (Istat, 2008a); intensità Adi: 2006, (Ministero della salute, 2008); spesa sanitaria dedicata all'Adi: 2006 (Ministero per lo sviluppo economico, 2009); spesa dell'assistenza continuativa per servizi domiciliari: 2006 (Ragioneria generale dello Stato, 2007) spesa per i servizi domiciliari rivolti agli anziani: per Sad 2005 (Istat, 2008a), per Adi, 2005, Agenas (dati non pubblicati); spesa per la protezione sociale: 2006 (Ragioneria generale dello Stato, 2007). Il dato sulla spesa per la protezione sociale dedicata ai servizi domiciliari deriva dalla divisione dei rispettivi valori.

La tabella ha il vantaggio informativo di presentare i dati più recenti, anche se l'utilizzo congiunto di informazioni riferite a diverse annualità – pure tra loro vicine – suggerisce qualche cautela. Il dato di utenza complessiva è costruito sommando un'informazione sul 2007 (Adi) con una sul 2005 (Sad) perché le tendenze della finanza pubblica e altre informazioni disponibili inducono a ritenere che l'utenza Sad nei due anni successivi all'ultima rilevazione sia rimasta stabile.

o da erogatori convenzionati bensì dal fornitore accreditato presso cui il cittadino ha scelto di utilizzare il proprio voucher. La concordanza di vedute tra le Regioni sulla presa in carico (con l'eccezione lombarda) si perde, però, nella pratica perché le differenze tra le singole realtà – e al loro interno – sono notevoli: la discussione in proposito è svolta da Guaita nel capitolo 9.

Le prestazioni erogate all'interno dell'Adi cambiano, invece, tra le Regioni e così le relative modalità di classificazione, presentando un quadro piuttosto eterogeneo. Circa la metà delle Regioni le ha raggruppate in due o tre livelli, variabili secondo l'intensità assistenziale, alla cui crescita corrisponde un maggiore impegno sanitario. Il gruppo più numeroso (Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Toscana, Sicilia) ha classificato l'Adi in tre livelli, corrispondenti a bassa, media ed alta intensità sanitaria (Pesaresi, 2007a).

Allargando lo sguardo al rapporto tra Adi e Sad si palesa un quadro piuttosto critico. Per quanto riguarda l'assistenza erogata sono pochi i pacchetti di *care* domiciliare effettivamente integrati, cioè contenenti interventi sia sociali sia sociosanitari. Solo un anziano ogni cinque che fruiscono dell'Adi, infatti, riceve anche interventi sociali insieme a quelli sociosanitari (cfr. nota 9). Rispetto alle modalità organizzative alcune ricerche nazionali sui Comuni indicano che nella maggior parte del paese s'incontrano difficoltà nel coordinare l'operatività dei servizi domiciliari sanitari e di quelli sociali; inoltre, la domiciliarità per gli anziani è individuata come uno dei settori nei quali è più difficile costruire una reale integrazione (Ires, 2007; Federsanità Anci, 2005).

Pure sui modelli organizzativi del Sad sappiamo poco e la natura comunale del servizio rende ancor più complesso tratteggiare quadri eterogenei. Il già citato studio dell'Ires fornisce indicazioni chiare riguardanti la gestione, che viene esternalizzata in 9 Comuni capoluogo di provincia su dieci. L'85% dei Comuni capoluogo dichiara di elaborare un progetto assistenziale individualizzato per gli utenti Sad: anche qui – come nell'Adi – l'indicazione sul Pai conosce, tuttavia, applicazioni assai eterogenee nella pratica (Ires, 2007).

3.3. *Il recente dibattito*

Il dibattito tecnico-scientifico si è sviluppato – negli ultimi anni – su due piani. La maggior parte degli sforzi è stata dedicata ad analisi delle esperienze locali e a proposte per il loro miglioramento ma i limiti di spazio impediscono di richiamare queste riflessioni, che si trovano nelle riviste di settore ⁽¹⁾. Un certo impe-

⁽¹⁾ Presentazione e discussioni di esperienze locali di domiciliarità sono presenti in numerose riviste. Se ne citano qui alcune, e i rispettivi siti su cui trovare maggiori informazioni: "Appunti sulle politiche sociali" (www.grusol.it), "Autonomie locali e servizi sociali" (www.mulinio.it), "Il Giornale di Gerontologia" (www.sigg.it), "I Luoghi della cura" (www.gruppocic.com),

gno è stato parimenti rivolto all'elaborazione di indicazioni di livello nazionale: il punto di riferimento è oggi la proposta avanzata nel 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. È un testo dettagliato che riprende – in ampia parte – l'esperienza realizzata presso l'Asl di Lecco (Lombardia) e la riflessione lì compiuta. Pur essendo di fonte ministeriale, non ha alcun carattere prescrittivo e si tratta esclusivamente di una proposta all'attenzione di Regioni e Asl.

La Commissione suggerisce, innanzitutto, di non parlare più di assistenza domiciliare ma di "cure domiciliari", per distinguere in modo netto le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio assistenziale e tutelare, di cui non si occupa. Definito il proprio ambito di interesse, delinea i seguenti profili di cura in base ai bisogni degli assistiti:

- "cure domiciliari prestazionali", caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presuppone la presa in carico dell'utente né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un Pai;
- "cure domiciliare integrate di primo, secondo e terzo livello", rivolte ad utenti che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati; si tratta delle cure sinora definite come Adi. Si prevede la valutazione multidimensionale e l'elaborazione del Pai. Il terzo livello si contraddistingue perché comprende interventi rivolti ad utenti con un elevato grado di complessità in presenza di criticità specifiche ⁽¹²⁾;
- "cure domiciliari palliative a malati terminali", con risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, con Pai, valutazione multidimensionale e presa in carico. Erogate da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

Per ogni profilo la Commissione individua le principali prestazioni domiciliari da fornire, le figure professionali da coinvolgere, gli indicatori di verifica e le fasce orarie di operatività del servizio, sintetizzati in tabella 1.

La Commissione classifica i bisogni per percorsi di cura iso-costi caratterizzati da un mix omogeneo di necessità clinico-funzionali. L'identificazione di grup-

"Prospettive sociali e sanitarie" (www.pss.irs-online.it), "Servizi Sociali Oggi" (www.periodicimaggioli.it), "Studi Zancan" (www.fondazionezancan.it), "Politiche sanitarie" (www.politichesanitarie.it), "Tendenze Nuove" (www.mulino.it).

⁽¹²⁾ Quali malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (Sla, distrofia muscolare), fasi avanzate e complicate di malattie croniche, utenti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, utenti con necessità di supporto ventilatorio invasivo e utenti in stato vegetativo.

pi di utenti omogenei consente di stimare – per ognuno – delle tariffe mensili legate alle giornate effettive di assistenza, all'intensità assistenziale e alla durata della presa in carico. Si elaborano così sei gruppi tariffari con valori mensili comprensivi di tutti i costi assistenziali, gruppi che possono diventare punti di riferimento per il finanziamento delle cure domiciliari (Ministero della salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, 2006).

Tabella 1 - Profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari indicati dalla Commissione Lea, 2006

Profilo di cura ⁽¹³⁾	Intensità CIA= GEA/GDC*	Durata media	Complessità	
			Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)			Infermiere (15-30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (30') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (30') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

Legenda: *CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornate effettive assistenza; GDC= giornate di cura (durata Pai). **Figure professionali previste in funzione del Pai e tempo medio in minuti per accesso domiciliare.

Fonte: Ministero della salute, 2006, come sintetizzato da Pesaresi, 2007a.

⁽¹³⁾ La Commissione indica che la natura del bisogno da soddisfare è clinica, funzionale e sociale tranne per le CD prestazionali, nel cui caso il bisogno è esclusivamente clinico e funzionale.

Non potendo analizzare qui la proposta, si richiamano i temi di fondo che pone e su cui confrontarsi (sono i medesimi argomenti al centro del dibattito generale, cfr. par. 6). Primo, è stata sopra sottolineata l'eterogeneità delle prestazioni offerte con l'Adi e delle relative classificazioni. È necessario un certo grado di omogeneizzazione dell'assistenza domiciliare nell'intero paese? Secondo, la Commissione individua i pacchetti di prestazioni da erogare e di professionalità da coinvolgere per rispondere ai diversi profili di cura. Sono i più adatti o sono differenti i mix di prestazioni da fornire? Terzo, si propone di finanziare l'Adi attraverso tariffe per gruppi di utenti con bisogni omogenei. È questa la modalità da seguire nel finanziamento dell'assistenza domiciliare o sono altre? Quarto, la Commissione formula indicazioni per le cure sociosanitarie senza considerare gli interventi sociali. È la strada giusta o bisognerebbe definire congiuntamente regole per la domiciliarità sociale e per quella sociosanitaria?

4. L'Italia delle Regioni

4.1. *L'utenza*

I valori medi nazionali sintetizzano realtà territoriali eterogenee, sovente assai differenti tra loro. Vediamo ora in che modo si articola l'Italia delle Regioni nei servizi domiciliari, iniziando dalla dimensione dell'utenza. La distanza di gran parte delle realtà dal valore medio nazionale – il 4,9% degli anziani – rivela, a colpo d'occhio, l'estrema eterogeneità esistente. Nelle Regioni meridionali si registra, perlopiù, un'utenza contenuta e in quelle settentrionali la percentuale di anziani raggiunta è, nella maggior parte dei casi, superiore. La tabella 2 ci restituisce l'atteso quadro di un'Italia divisa tra nord e sud, anche se con alcune eccezioni che meriterebbero un approfondimento ⁽¹⁴⁾.

Rispetto alla disparità tra Nord e Sud, il percorso di Sad e Adi si è articolato in modo piuttosto differente nell'ultimo decennio. Nell'assistenza domiciliare sociale – la cui utenza complessiva, come visto, è rimasta sostanzialmente stabile – tale disparità non si è, contrariamente ad attese e auspici, ridotta. I dati, pure non chiarissimi, permettono di fare tale affermazione mentre non consentono di ricostruire se la distanza sia rimasta stabile o, addirittura, aumentata (Gori e Madama, 2007).

Nel caso dell'Adi, invece, la notevole crescita dell'utenza è andata di pari passo con una riduzione del divario tra settentrione e meridione poiché quest'ultimo ha conosciuto un tasso di sviluppo maggiore (Pavolini, 2004). Le informa-

⁽¹⁴⁾ Qui, come in tutto il capitolo, si ricordi che i dati concernenti i servizi domiciliari a livello regionale sono validi per delineare le tendenze in atto nel paese mentre non si può essere certi dell'attendibilità di tutte le cifre concernenti le singole Regioni. Si consideri sempre, inoltre, l'anno di rilevazione dei dati.

zioni più recenti portano l'attenzione su un altro aspetto: la difficoltà per i servizi domiciliari del mezzogiorno nel difendere il proprio spazio all'interno dei Servizi sanitari regionali. La quota media della spesa sanitaria regionale dedicata all'Adi – si è detto sopra – è passata dall'1,06% del 2001 al 1,08% del 2006. Il dato nasconde, però, percorsi molto differenti: nel Centro-Nord, infatti, la percentuale è cresciuta dallo 0,98% all'1,29%, mentre nelle Regioni meridionali è scesa dall'1,25% allo 0,74% (Ministero dello sviluppo economico, 2009). Il forte incremento della spesa sanitaria avvenuto in questa parte del paese – in qualche caso una vera e propria esplosione – non ha, dunque, ampliato lo spazio dell'Adi nei Servizi sanitari regionali bensì ha permesso alla sanità ospedaliera di rafforzare il suo tradizionale predominio. Se la percentuale di spesa sanitaria dedicata all'Adi fosse rimasta invariata l'incremento dell'offerta sarebbe stato maggiore.

Tabella 2 - Utenza dei servizi domiciliari nelle Regioni italiane, % di anziani, 2005-2007 ⁽¹⁵⁾

Regione	Totale	ADI	SAD
Friuli-V. G.	9,8	7,2	2,6
Molise	7,7	3,7	4
Emilia-Romagna	7,6	5,7	1,9
Veneto	8,2	6,4	1,8
Abruzzo	6,2	3,6	2,6
Basilicata	5,3	4,3	1
Lombardia	5,3	3,6	1,7
Lazio	5	3,8	1,2
Umbria	4,9	4,3	0,6
Marche	4,8	3,9	0,9
Bolzano	4,5	0,5	4
Liguria	4,4	3,2	1,2
Trento	4,2	1	3,2
Calabria	4,2	2,7	1,5
Sicilia	3,8	1	2,8
Sardegna	3,7	1,2	2,5
Piemonte	3,3	1,8	1,5
Toscana	3,3	2,1	1,2
Campania	3,1	1,6	1,5
Valle d'Aosta	2,8	0,3	3
Puglia	2,4	1,6	0,8
Italia	4,9	3,2	1,7

Fonti: Ministero per lo sviluppo economico, 2009 e ISTAT, 2008a

⁽¹⁵⁾ Qui come nel box 1 si forniscono, e si sommano, i dati più recenti disponibili, riferiti al 2007 per l'Adi (Ministero per lo sviluppo economico, 2009) e al 2005 per il Sad (ISTAT, 2008a), così da offrire il quadro più aggiornato possibile. Sulle cautele concernenti l'utilizzo di simili dati si rimanda alla nota 10.

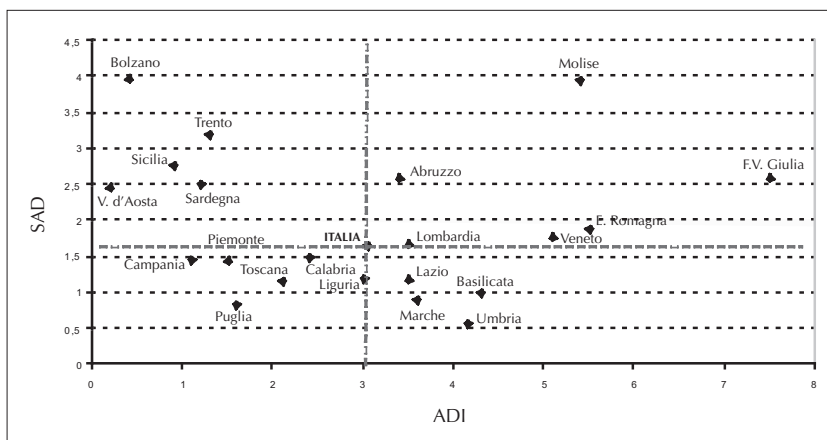
4.2. Il mix tra Sad e Adi

L'utenza complessiva presentata in tabella 2 è l'addizione di chi riceve il Sad e chi riceve l'Adi. È possibile sommare le percentuali perché, come anticipato, il dato sull'utenza Sad lì mostrato indica chi fruisce esclusivamente di assistenza domiciliare sociale mentre circa un utente Adi ogni cinque riceve anche interventi di tale natura. Il peso relativo dei due servizi cambia in maniera significativa nelle diverse Regioni, creando – nel territorio – mix diversi di input assistenziali.

Si delineano così quattro modelli, corrispondenti ai quadranti del grafico 2:

- il “modello forte”, dove entrambi i servizi hanno un'utenza superiore alla media. Le Regioni appartenenti si sovrappongono a quelle con la maggiore utenza complessiva, richiamate sopra (quadrante in alto a destra);
- il “modello a prevalenza sanitaria”, in cui l'utenza Adi è superiore alla media nazionale mentre quella Sad è inferiore. Vi appartengono alcune Regioni centro-meridionali (Basilicata, Lazio, Marche e Umbria), cui si approssima la Lombardia, con una percentuale Sad intorno alla media nazionale e un valore Adi superiore (quadrante in basso a destra);
- il “modello a prevalenza sociale”, nel quale, al contrario, l'utenza Sad è superiore alla media e quella Adi è inferiore. Questo modello si realizza esclusivamente in alcune Regioni e Province Autonome (quadrante in alto a sinistra);
- il “modello debole”, dove l'utenza di entrambi i servizi si colloca sotto la media. Si trovano qui alcune tra le Regioni con minore utenza complessiva (quadrante in basso a sinistra).

Grafico 2 - L'utenza Sad e Adi nelle Regioni, % di anziani, anni 2005-2006



Fonte: ISTAT, 2008a e Ministero della salute, 2008

4.3. La copertura e l'intensità

In merito a copertura (la percentuale di anziani seguiti) e intensità (la frequenza degli interventi nel periodo di presa in carico) dell'Adi sono disponibili dati dal 1997 al 2006 ⁽¹⁶⁾. A livello nazionale, in quest'ultimo anno, l'Adi raggiunge il 3% degli anziani e assicura mediamente 24 ore annue di assistenza per ogni utente. L'incremento della copertura è stato costante nel tempo poiché si è passati dal 1,8% degli anziani del 1997 al 2% nel 2001 sino, appunto, a toccare il 3% (2006). L'intensità, invece, ha seguito un trend altalenante: le 16 ore annue medie per utente del 1997 sono cresciute sino a 27 nel 2001 mentre sono poi scese a 23 nel 2005, diventate 24 nel 2006. Dunque, ad una fase che ha visto crescere simultaneamente utenza e intensità ne è seguita un'altra in cui per poter raggiungere un maggior numero di utenti sono state ridotte le ore di assistenza (che avrebbero, invece, avuto bisogno di crescere ulteriormente).

La media nazionale può essere, di nuovo, disaggregata a livello regionale. Così facendo, il grafico 3 evidenzia due principali gruppi di Regioni, classificabili in base al modello d'intervento seguito:

- “assistere più anziani con meno intensità”: sono le Regioni che fanno registrare un'utenza superiore alla media nazionale e un'intensità inferiore (quadrante in basso a destra);
- “assistere meno anziani con più intensità”: si tratta, al contrario, delle Regioni dove l'utenza è inferiore alla media nazionale e l'intensità risulta superiore (quadrante in alto a sinistra).

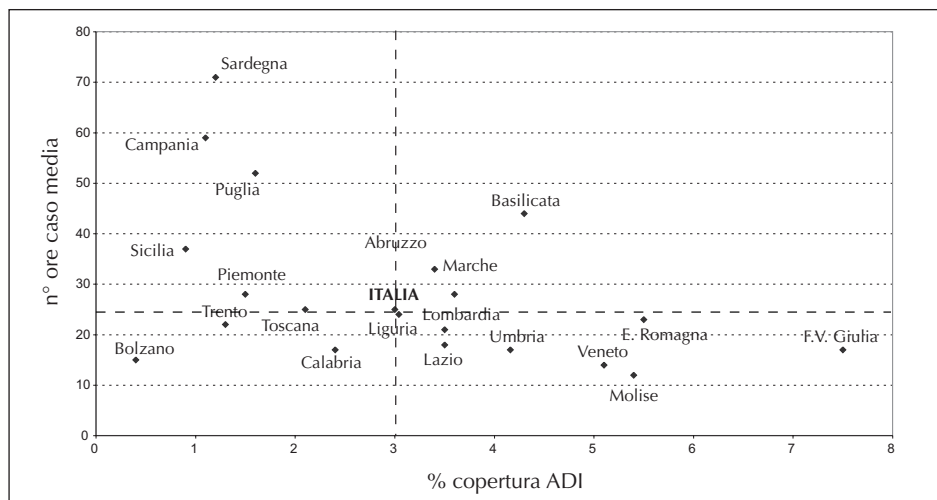
Diversi argomenti sono abitualmente portati per sostenere le due alternative. Alcuni ritengono sia prioritario raggiungere un maggior numero di persone – anche con meno accessi – perché l'ente pubblico deve comunque fornire una risposta e perché è così possibile seguire anziani in condizioni meno gravi, e familiari meno provati, rafforzando la funzione preventiva (o almeno “non solo riparativa”) del servizio. Altri pensano che la priorità dell'intervento pubblico debba essere l'efficacia, che può essere raggiunta solo con un adeguato numero di accessi. Temono, altresì, il diffondersi di una tendenza, sostenuta da diversi esponenti politici, ad “agganciare” il maggior numero possibile di persone, anche con interventi di poco significato. La necessità di una scelta – e la durezza delle sue implicazioni, qualunque essa sia, – è acuita dall'esiguità delle risorse pubbliche complessive rese disponibili (cfr. cap. 10).

Il grafico 3 evidenzia la connotazione territoriale che questa alternativa – comune, in varia misura, a tutti i paesi (cfr. par. 5) – assume in Italia. Il Nord assegna priorità alla dimensione dell'utenza e il Sud all'intensità, come se in quest'ul-

⁽¹⁶⁾ I dati sulla percentuale di anziani utenti ADI presentati in tabella 2 si riferiscono al 2007, anno per il quale non esistono informazioni disponibili sull'intensità.

tima realtà la presenza assai esigua di strutture residenziali imponesse di seguire a domicilio casi particolarmente gravi, per i quali non è ipotizzabile un numero contenuto di accessi.

Grafico 3 - Percentuale di anziani utenti Adi e ore annue medie di assistenza nelle Regioni, 2006



Fonte: Ministero della salute, 2008

I dati disponibili sul Sad non permettono analisi approfondite ma mettono in luce una tendenza ⁽¹⁷⁾. Tra il 2003 e il 2005, l'utenza nazionale è scesa dal 1,8% al 1,6% degli anziani mentre la spesa media annua per utente è cresciuta da 1.564 a 1.728 euro (ISTAT, 2005c, 2007b, 2008a). I dati indicano, dunque, la diminuzione dell'utenza e l'incremento dell'intensità media e cristallizzano l'impressione – diffusa tra gli addetti ai lavori – di un servizio sempre più concentrato su condizioni di bisogno grave; un servizio, nondimeno, dove la priorità assegnata alla cura della persona rispetto alla cura della casa si rafforza ulteriormente. Il passaggio a meno utenza e più intensità è l'esito di diverse ragioni concomitanti: le acute difficoltà finanziarie di cui soffrono i Comuni, l'aumento delle persone in condizioni particolarmente critiche tra gli anziani non autosufficienti (i grandi vecchi), la risposta a molti dei bisogni meno gravi attraverso l'ampia diffusione delle assistenti familiari.

⁽¹⁷⁾ La fonte di riferimento, l'indagine censuaria ISTAT su servizi e interventi sociali dei Comuni non contiene un indicatore riguardante il numero di ore/accessi per caso; indica, però, la spesa media annua per utente, che permette qualche considerazione sull'intensità. I dati disponibili al momento di concludere il contributo, inoltre, coprono esclusivamente le annualità 2003, 2004 e 2005.

5. L'Italia in Europa

Il nostro è uno dei paesi con la minore percentuale di utenza e forma – insieme alle altre realtà dell'area mediterranea (Grecia, Spagna, Portogallo) – il gruppo fanalino di coda del continente ⁽¹⁸⁾. La ridotta percentuale di fruitori porta a concentrarsi su anziani particolarmente fragili: i beneficiari dei servizi domiciliari, infatti, hanno in Italia tassi di compromissione funzionale e cognitiva assai più elevati rispetto a quasi tutti gli altri paesi europei (Carpenter *et al.*, 2004). Dall'inizio degli anni '90 l'area meridionale ha sperimentato una forte crescita, anche se l'utenza rimane esigua rispetto al resto d'Europa. Il valore si è quadruplicato percentualmente (da 1 a 4%) ma la distanza dagli altri paesi, pure diminuita, continua ad essere assai ampia. Negli anni, dunque, l'Europa meridionale ha compiuto progressi notevoli ma non quel grande “salto in avanti” necessario a colmare le lacune iniziali e ad avvicinare in maniera significativa il resto del continente.

A differenza di quanto accaduto nel Sud, nell'Europa settentrionale la percentuale di utenza è rimasta sostanzialmente stazionaria dall'inizio degli anni '90. Già allora, infatti, l'offerta pubblica era lì decisamente estesa, raggiungendo il 14% degli anziani; la tabella contiene il paese scandinavo con la percentuale di utenti più alta (la Danimarca) e quello con la percentuale più bassa (la Svezia). In Danimarca l'estrema diffusione della domiciliarità – la più elevata percentuale in Europa – ha permesso di spingere particolarmente avanti le politiche di deistituzionalizzazione. Nel 1987 è stata introdotta una legge che vieta la costruzione di ulteriori strutture residenziali, imponendo che in caso di ospedalizzazione inappropriata dovuta ad indisponibilità di servizi domiciliari l'ente responsabile di questi ultimi, il Comune, ne sostenga il costo. La Svezia, invece, ha adottato – in particolare nella seconda metà dello scorso decennio – la strategia “meno utenti e più intensità”, illustrata sopra, accompagnando la riduzione dell'utenza con l'incremento degli accessi per gli anziani più fragili; la stessa strategia è stata applicata nel Regno Unito. Rispetto all'Italia si noti che questa diminuzione ha determinato nei paesi menzionati un'utenza la cui ampiezza è, comunque, nettamente superiore a quella del nostro paese.

L'Europa centrale ha visto una sostanziale crescita poiché – nella seconda metà dello scorso decennio – sono state introdotte riforme strutturali in Belgio, Germania, Francia e Lussemburgo. L'utenza complessiva è aumentata di un terzo, passando dal 6 all'8%, e l'incremento ha toccato soprattutto l'assistenza domiciliare sociale, che era lì particolarmente limitata (come in Italia). Nell'Adi vi è stato un aumento quantitativo dell'utenza, pure non ampio come nel Sud, ac-

⁽¹⁸⁾ Qui come nel resto del paragrafo e nella tabella 3 si considera l'Europa a 15.

compagnato da un intenso lavoro di innovazione/sperimentazione, teso a rafforzare l'organizzazione. Tutte le riforme realizzate nell'Europa centrale hanno visto una maggiore assunzione di responsabilità, innanzitutto finanziaria, da parte dello Stato. Il ruolo più forte assunto da quest'ultimo verso la domiciliarità – ruolo sinora mancante in Italia – ha inteso sostenere l'equivalente dei nostri Comuni ed Asl, tradizionalmente responsabili dell'assistenza continuativa e privi di risorse finanziarie per reggere in modo adeguato la crescita della domanda di interventi (tab. 3).

Tabella 3 - I servizi domiciliari in Europa, % anziani utenti, anni vari

Macroarea/paese	Inizi anni '90	Inizi anni 2000	Metà anni 2000
<i>Europa settentrionale</i>	14	15	13
Danimarca	20	25	21
Svezia	9	8	9
<i>Europa centrale</i>	6	8	8
Germania	3	7	7
Francia	2	6	8
<i>Europa meridionale</i>	1	2	4
Spagna	1	2	4
Italia	2	3,8	4,9
<i>Europa (a 15)</i>	7	8	10

Fonte: nostre elaborazioni su OECD, 2008 ⁽¹⁹⁾, tranne per la Svezia: Socialstyrelsen (2001; 2007), per la Danimarca: Statistics Denmark, per la Spagna: Sancho Castiello *et al.* (2007); per Italia vedi box 1

6. I nodi principali

Nei prossimi anni alcune sfide cruciali toccheranno – pure in misura diversa – tutto il paese. Vediamole.

“Cosa” devono fornire i servizi domiciliari?

Bisogna, innanzitutto, sciogliere il nodo del “cosa”, cioè di quale debba essere il concreto profilo degli interventi erogati da Sad e Adi. Eterogeneità delle esperienze locali e difficoltà incontrate in diverse realtà, da una parte, incremen-

⁽¹⁹⁾ Le medie delle macroaree non sono ponderate per l'ampiezza della popolazione nei diversi paesi. Per semplicità, le cifre di tutti i paesi tranne l'Italia sono arrotondate all'unità.

to della domanda e bisogni sempre più complessi, dall'altra, enfatizzano il rilievo di questo punto. I temi da affrontare per l'Adi sono quelli sintetizzati nel paragrafo 3.3 con riferimento alla Commissione Lea.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare sociale, la grande diffusione delle assistenti familiari ha contenuto le domande e – allo stesso tempo – ha posto la necessità di ripensare il servizio. Tre sono i nodi da sciogliere. Primo, la disponibilità delle assistenti familiari spinge verso il Sad domande di anziani particolarmente fragili, come conferma l'ulteriore incremento delle attività di cura della persona rispetto alla cura della casa; si tratta di una tendenza, peraltro, acuita dall'impossibilità per i Comuni di allargare l'utenza dati i vincoli di bilancio. Il servizio domiciliare sociale, dunque, è chiamato ad affrontare interventi sempre più complessi. Secondo, molti operatori del Sad lavorano con anziani seguiti anche da un'assistente familiare, che ha sovente minore esperienza e qualificazione. La sfida è qui coordinare le diverse professionalità in gioco affinché chi lavora nel Sad sostenga e accompagni l'assistente familiare, attraverso forme di tutoraggio (Tidoli, 2006). Terzo, i Comuni sono chiamati – insieme agli altri enti pubblici – a sviluppare un pacchetto di interventi specificamente rivolti alle assistenti familiari. Si tratta di assegni di cura dedicati, agevolazioni fiscali, corsi di formazione, sportelli d'incontro tra domanda e offerta, albi di assistenti familiari accreditate (si veda in proposito il capitolo 5).

Come realizzare, effettivamente, la presa in carico?

A partire dagli anni '90 è maturato un consenso crescente sulla necessità di costruire un modello di assistenza domiciliare "a rete", i cui cardini siano l'Unità valutativa multidimensionale, il Pai, il responsabile del caso e l'azione coordinata dei diversi servizi sanitari e sociali, posizione sostenuta dalla letteratura internazionale (ad es. Stuck *et al.*, 1995) e italiana (ad es. Bernabei *et al.*, 1998). Un siffatto modello dovrebbe produrre – in termini operativi – una presa in carico dell'anziano appropriata rispetto ai suoi bisogni. L'esperienza del territorio ha visto molti passi in avanti, ha verificato che tanti altri ne restano da fare ed ha mostrato le difficoltà che sempre s'incontrano quando si cerca di realizzare una vera presa in carico. Per un certo periodo ha preso piede l'ipotesi che la fatica di costruirla non fosse necessaria, grazie al voucher e al modello del "quasi-mercato". Quest'ultimo, infatti, prevede che anziano e famiglia interagiscano liberamente con gli erogatori evitando l'Uvg e allentando gli altri tratti del modello a rete. La sua diffusione è stata, però, assai limitata, sono emerse le difficoltà che crea agli anziani e gli stessi ideatori lombardi ne hanno progressivamente ridotto le peculiarità. Oggi, dunque, c'è accordo sulla necessità del modello a rete e sull'assenza di reali alternative.

Esistono casi di successo così come un'evidente necessità di compiere ancora ampi sforzi. Il punto oggi non è scegliere l'obiettivo – ampiamente condivi-

so – ma individuarne le specifiche declinazioni operative e capire quali sono gli strumenti da impiegare per raggiungerlo. Come bisogna dettagliare, nelle indicazioni pratiche che fanno la differenza, un modello a rete? Su quali leve si deve agire per renderlo ben funzionante? Il capitolo 9 propone alcune idee in proposito.

Quale posizione assegnare alla domiciliarità nel sistema di welfare?

Nonostante lo sviluppo degli ultimi 20 anni, si è detto, l'offerta di servizi domiciliari rimane esigua, inadeguata rispetto ai bisogni e ben al di sotto della media europea. L'ampliamento dell'utenza Adi, inoltre, è sovente accompagnato da un basso numero di accessi e dall'assenza di un'effettiva presa in carico. La spesa pubblica dedicata, peraltro, è limitata in assoluto e minima se confrontata con le altre voci del welfare. Nel prossimo futuro bisognerà verificare se l'offerta di domiciliarità si rafforzerà in maniera adeguata.

La maggior parte delle Regioni pare intenzionata ad ampliare l'Adi, che finanziano attraverso il proprio fondo sanitario. Tutte le riforme regionali, i cosiddetti "fondi per la non autosufficienza", infatti, collocano l'incremento della domiciliarità tra gli obiettivi principali (Casanova, 2008). Sul fronte regionale, dunque, è lecito attendersi una crescita ulteriore, di cui si dovrà misurare la portata. Diverse, invece, sono le aspettative nei confronti dei Comuni. Le sempre più ferree politiche nazionali di contenimento di spesa cui sono sottoposti rendono difficile intravedere un incremento del Sad, per il quale – se non cambieranno gli scenari – nei prossimi anni un buon risultato sarà mantenere la copertura attuale in presenza dell'atteso aumento degli anziani. A contesto invariato, dunque, ci si può aspettare un ulteriore allargamento della forbice tra Adi e Sad.

Il maggiore punto interrogativo riguarda le scelte a livello statale. Una volta esaurito l'esile "Fondo per le non autosufficienze 2007-2009" ci si chiede quale ruolo lo Stato vorrà assumere nei confronti dei servizi domiciliari, così come dell'assistenza continuativa in generale. Il Governo centrale deve definire se – e come – incrementare gli stanziamenti e se intende stabilire alcune regole nazionali riguardanti il profilo degli interventi domiciliari. È chiamato, nondimeno, a decidere se collegare il principale programma statale per i non autosufficienti – l'indennità di accompagnamento – alla rete dei servizi nel territorio (in proposito si veda il capitolo 4).

3. I servizi residenziali

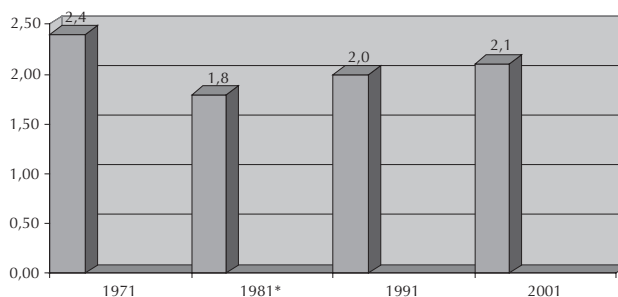
Franco Pesaresi, Enrico Brizioli

1. L'evoluzione dell'assistenza residenziale

Ci sono situazioni in cui l'assistenza domiciliare all'anziano non autosufficiente risulta impossibile o non opportuna. Questo si verifica quando l'impegno assistenziale è molto elevato o, qualora l'erogazione delle prestazioni richieda una continua sorveglianza da parte degli operatori, oppure quando la famiglia e l'organizzazione dei servizi sul territorio non sono in grado di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza al domicilio. In questi casi si ricorre all'assistenza residenziale che, come è noto, prevede il trasferimento dell'anziano non autosufficiente nelle strutture erogatrici del servizio.

Negli ultimi decenni, la percentuale degli anziani collocati in strutture residenziali, in base alle presenze al 31 dicembre di ogni anno, si è dimostrata piuttosto stabile registrando, dal 1971 al 2001, modeste oscillazioni attorno alla percentuale del 2% (cfr. graf. 1). In realtà non è molto corretto valutare la dimensione dei ricoveri nelle strutture residenziali considerando solo quelli presenti alla fine dell'anno perdendo così di vista quelli che ne sono usciti durante l'anno, che sono circa il 30% dei ricoverati. Nonostante questa carenza le suddette informazioni costituivano gli unici dati omogenei disponibili che rendevano possibile una comparazione delle degenze degli anziani nell'ambito degli ultimi decenni ⁽¹⁾.

Grafico 1 - Percentuale di anziani ospiti di strutture residenziali al 31/12/1971-2001



⁽¹⁾ Questi dati sono anche quelli più comunemente utilizzati in Italia.

Un lavoro più rigoroso ed accurato può essere fatto lavorando su fonti più recenti e complete con i dati relativi agli ultimi anni che permettono di computare il numero complessivo dei degenti ed altri indicatori utili per la pianificazione e l'organizzazione dei servizi. Pertanto, d'ora in avanti verranno utilizzati solo i dati sui degenti complessivi che confermano una sostanziale stabilità nel tempo della percentuale degli anziani ricoverati. Dal 2000 al 2005, infatti, gli anziani accolti annualmente in tutte le strutture residenziali sono passati da 318.203 a 345.093. Si è pertanto verificato un aumento del numero assoluto dei ricoveri (+ 26.890) ma la quota di anziani ospitata in strutture residenziali è rimasta esattamente la stessa, pari al 3% degli anziani (cfr. tab. 1).

Tabella 1 - Anziani ricoverati e dimessi dalle strutture residenziali italiane, anni 2000-2005

Anno	Anziani presenti all'1/1	% all'1/1	Accolti durante l'anno	Totale degenti	% Anziani degenti	Deceduti	% deceduti	Dimessi	% dimessi
2000	225.548	2,1	92.655	318.203	3,0	47.904	15,0	40.692	12,8
2001	216.126	2,0	96.240	312.366	2,9	37.025	11,8	37.833	12,1
2002	225.228	2,1	126.304	351.532	3,2	50.342	14,3	48.164	13,7
2003	222.970	2,0	118.278	341.248	3,1	58.413	17,1	54.885	16,1
2004	227.315	2,0	114.773	342.088	3,0	51.215	15,0	53.487	15,6
2005	223.509	1,9	121.584	345.093	3,0	54.746	15,9	59.541	17,2

Note: in questa tabella si tiene conto di tutti gli anziani ospitati nelle RSA, nelle residenze sociosanitarie, nelle residenze assistenziali e nelle altre eventuali strutture che hanno ospitato anziani

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, 2004ab, 2005ab, 2006, 2007a, 2008b

Un andamento analogo si è registrato anche nell'offerta dei posti letto residenziali per anziani. Dal 1971 al 2005 i posti letto sono raddoppiati passando da 131.366 a 265.326; ma anche in questo caso non ci si deve lasciar ingannare dal solo dato quantitativo visto che in tutti questi anni il rapporto dei posti letto con il numero degli anziani non si è sostanzialmente modificato. Nel 1971 i posti letto residenziali costituivano il 2,1% del totale degli anziani, il 2,3% nel 1986 ed ancora il 2,3% nel 2005.

Mutamenti, anche importanti, si sono invece registrati nella organizzazione e diversificazione delle strutture residenziali per anziani che hanno accompagnato le trasformazioni della società e dell'organizzazione sanitaria. Quaranta anni fa c'erano solo le *residenze assistenziali* (RA) ovvero quelle che più comunemente chiamiamo *case di riposo*, che ospitavano sia gli anziani autosufficienti che quelli non autosufficienti; ancora nel 1991 la maggioranza dei suoi ospiti (53,2%) erano autosufficienti. Attualmente, ciò non sarebbe più possibile visto che le RA sono

riservate formalmente agli anziani autosufficienti. All'interno di queste strutture gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali. I posti letto delle residenze assistenziali, negli anni Settanta, costituivano la quasi totalità dell'offerta mentre oggi rappresentano poco più di un quarto (28%) del totale dei letti e continueranno a ridursi ancora, previa riconversione in strutture protette, per assecondare una società ed un mercato che chiedono soprattutto l'assistenza per i non autosufficienti.

Ancora, negli anni Settanta hanno cominciato a svilupparsi le *Residenze socio sanitarie* destinate ad anziani prevalentemente non autosufficienti, dotate di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti. Oggi queste strutture sono conosciute come *Case* o *Residenze protette* (RP) e si sono sviluppate per garantire la necessaria assistenza infermieristica agli anziani non autosufficienti che in precedenza ricevevano una assistenza indistinta in strutture omnicomprensive.

Infine, negli anni Novanta sono comparse le *Residenze sanitarie assistenziali* (RSA) destinate ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera (ISTAT, 2004). L'introduzione delle RSA risponde alla necessità di qualificare l'assistenza agli anziani che richiedono un maggior carico assistenziale e di liberare l'ospedale da quei casi che necessitano di una assistenza continua in regime di degenza.

All'interno del sistema residenziale, apparentemente statico, si determinano invece modificazioni rilevanti. In questi ultimi anni, sono cresciuti in modo significativo i letti delle RSA che, dal 2000 al 2005, sono aumentati di 24.400 unità mentre si sono ridotte moltissimo le residenze assistenziali, che solo nel 1999 detenevano la metà dei posti letto e già nel 2005 possedevano poco più di un quarto del totale dei letti (cfr. tab. 2). La costante riduzione degli anziani autosufficienti che si rivolgono alle strutture residenziali ha prodotto, in pochissimi anni, delle modificazioni significative anche nei ricoveri. Dal 2001 al 2005 gli anziani ricoverati nelle RSA sono passati da 98.940 a 132.052 (e cioè dal 31,7% al 38,3% del totale degli anziani istituzionalizzati) mentre quelli ospitati nelle residenze assistenziali sono passati da 98.565 a 84.040 (e cioè dal 31,5% al 24,3% del totale degli anziani istituzionalizzati), con un salto davvero notevole. La casa di riposo per anziani autosufficienti smette di essere la struttura residenziale di riferimento e viene sostituita dalle residenze sanitarie assistenziali per non autosufficienti, nell'ambito di un percorso ineluttabile. Le strutture residenziali assistenziali

(RA) infatti sono inappropriate per l'ospitalità di anziani che possono rimanere a casa, ma sono anche inadeguate per l'assistenza di anziani con necessità sanitarie continue.

Tabella 2 - I posti letto residenziali per gli anziani, anni 1999-2005

Tipologia presidi	Numero posti letto						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
RSA	118.591	71.359	73.565	83.144	87.919	87.360	95.734
residenze sociosanitarie		85.490	62.597	87.733	90.583	85.777	95.620
residenze assistenziali	118.422	90.522	78.517	79.151	80.481	75.080	73.972
TOTALE	237.013	247.371	214.679	250.028	258.983	248.217	265.326
p.l. per 1.000 anziani	23,0	23,4	20,1	22,9	23,3	21,8	22,9

Note: occorre rammentare che gli anziani, specie se autosufficienti, vengono ospitati anche nelle comunità socio riabilitative, nelle comunità alloggio ed in altre ancora, qui non considerate

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, 2002, 2003, 2004b, 2005a e b, 2006, 2007a, 2008b

2. La situazione attuale

Nel 2005, gli anziani ospitati nelle strutture residenziali hanno trovato collocazione per il 38,3% nelle RSA, per il 33,1% nelle residenze sociosanitarie, per il 24,3% nelle residenze assistenziali, ed infine per il 4,3% in altre strutture ⁽²⁾ (cfr. tab. 3).

Le caratteristiche degli anziani ospiti delle strutture residenziali diventano sempre più tipiche. Si riducono in modo costante gli anziani con meno di 75 anni di età che in soli cinque anni sono passati dal 18,4% del 2000 al 13,7% del 2005, mentre gli ultraottantenni sono costantemente aumentati fino a sommare oltre i due terzi (68,8%) degli ospiti. Crescono continuamente anche gli anziani non autosufficienti che sono passati dal 63,3% del 1999 al 70,3% del 2005 ⁽³⁾ (ISTAT, 2008b).

Stabile e largamente maggioritario il numero delle donne che nel 2005 costituivano il 76,4% del totale, in quanto la loro maggiore longevità e le differenze di età all'interno delle coppie determinano maggiori rischi di vedovanza e di istituzionalizzazione per il genere femminile, mentre per gli uomini il supporto di mogli più giovani spesso favorisce la permanenza in famiglia (ISTAT, 2004, 2006, 2007a, 2008b). L'ospite-tipo di una struttura residenziale è dunque ben definito: si tratta di una donna ultraottantenne non autosufficiente.

⁽²⁾ La disponibilità di posti letto residenziali per mille anziani, nel 2005, era così ripartita: 8,3 nelle RSA, 8,2 nelle residenze sociosanitarie e 6,4 nelle residenze assistenziali.

⁽³⁾ 66,1% nel 2001, 67,1% nel 2002 e 68,7% nel 2003, 70,3% nel 2004.

Tabella 3 - Anziani ospitati nelle diverse strutture residenziali nelle Regioni italiane, anno 2005

Regioni	RSA	Residenze socio-sanitarie	Residenze assistenziali	Altre residenze tipo assistenziale	TOTALE anziani ricoverati	Anziani ricoverati per 1.000 anziani
Piemonte	5.947	14.154	28.867	1.234	50.199	51,6
Valle d'Aosta	157	1.070	76	44	1.347	53,8
Lombardia	63.392	3.326	2.203	1.607	70.528	38,4
Bolzano	688	3.771	0	5	4.464	55,7
Trento	6.107	0	22	298	6.427	65,2
Veneto	5.572	29.327	5.978	1.388	42.266	46,5
Friuli-VG	8.406	9.138	2.677	623	20.842	76,3
Liguria	7.457	12.832	851	1.008	22.179	52,0
Emilia-Romagna	7.498	23.624	10.273	228	41.624	43,8
Toscana	13.418	1.343	4.042	696	19.499	23,2
Umbria	703	1.562	747	174	3.186	15,7
Marche	3.217	2.355	5.024	89	10.684	30,9
Lazio	4.526	861	7.539	1.461	14.387	14,2
Abruzzo	1.769	1.813	1.252	422	5.255	18,9
Molise	52	1.124	349	212	1.736	24,6
Campania	755	550	3.312	571	5.189	5,9
Puglia	159	2.927	3.784	994	7.864	11,2
Basilicata	0	186	309	226	720	6,1
Calabria	587	834	550	252	2.224	6,1
Sicilia	771	3.036	4.790	1.010	9.606	10,6
Sardegna	875	398	1.396	2.229	4.898	16,8
ITALIA	132.052	114.229	84.040	14.771	345.093	29,8
%	38,3	33,1	24,3	4,3	100,0	

Note: Il numero degli anziani ospitati dalle strutture residenziali è dato dal numero di anziani presenti al 1° gennaio di ogni anno più gli anziani accolti durante lo stesso anno

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, 2008b

Come è noto, all'interno delle strutture residenziali si registra un ricambio contenuto degli ospiti a causa della degenza prolungata degli stessi. Ogni anno 121.600 anziani, pari ad un terzo (35,2%) degli ultrasessantacinquenni istituzio-

nalizzati, si ricoverano in una struttura residenziale ed in qualche modo vanno a sostituire coloro che sono stati dimessi o che sono deceduti. Le dimissioni costituiscono il 17,2% di tutti i ricoveri, ma sono sensibilmente più elevate nelle RSA dove raggiungono la quota del 24,3%. Questo è dovuto soprattutto a due ragioni: *a)* tra le funzioni delle RSA vi è quella di completare la convalescenza ed il ricupero di anziani dimessi dall'ospedale in prospettiva di un rientro al domicilio; *b)* la normativa di alcune Regioni che ha stabilito una degenza massima nelle RSA fissata in pochi mesi.

Gli anziani deceduti all'interno delle strutture residenziali costituiscono il 15,9% dei degenti. Nelle RSA raggiunge la quota del 16,7% simile alla quota che troviamo nelle residenze sociosanitarie pari al 16,8% mentre dovrebbe esserci una graduazione in relazione alle differenti tipologie di ospiti. In realtà ciò che colpisce di più è la modesta differenza rispetto alle residenze assistenziali (11,5%) a conferma che le stesse – diversamente dal loro mandato – continuano ad ospitare molti anziani non autosufficienti in precarie condizioni di salute.

Il tasso di utilizzo delle strutture per anziani rimane elevatissimo (sempre superiore al 90%) soprattutto nelle strutture per anziani non autosufficienti ed a maggiore contenuto sanitario. In particolare, nelle RSA il tasso di utilizzo è ottimale (dal 95% in su), assai vicino al tasso di saturazione.

Nel 2005, le strutture residenziali per anziani erano per il 67% private e per il 33% pubbliche (40% nel 2001). Nel settore privato il peso maggiore è stato conquistato dalle imprese non profit che detengono il 22,1% delle strutture sostenute da un aumento del 64% negli ultimi 4 anni. Un tasso di crescita davvero straordinario. Seguono gli enti religiosi che possiedono il 17,3% delle strutture e le società private commerciali con il 18,0%. Nel settore pubblico il soggetto più importante è quello dei Comuni (e dei loro consorzi) che possiedono il 14,9% delle strutture, seguito dalla IPAB (13,5%) in forte calo. Assai modesta è invece la presenza delle ASL (3,4%).

La distribuzione della proprietà delle varie strutture non è omogenea. Nelle residenze assistenziali prevalgono nettamente gli enti religiosi, mentre si riducono le imprese private che si stanno massicciamente spostando verso le strutture socio sanitarie. In queste ultime spiccano invece le IPAB, il cui peso continua a crescere insieme agli enti religiosi. Tra le RSA dominano invece le imprese non profit anche se in forte crescita appaiono anche le altre imprese commerciali. Alcuni di questi fenomeni sono spiegati, oltre che dalle tendenze del mercato, anche dal processo di trasformazione delle IPAB in aziende pubbliche di servizi alla persona o in fondazioni private, che sta riducendo in modo costante il numero di IPAB per alimentare nel contempo il numero delle aziende non profit.

La spesa per l'assistenza residenziale

Per coprire le spese, la maggior parte delle strutture (64%) ⁽⁴⁾, applica delle rette differenziate mentre un terzo delle strutture (36%) adotta una retta unica uguale per tutti gli ospiti. Le rette differenziate tengono conto soprattutto del grado di disabilità degli ospiti (71,5% dei casi), del reddito degli utenti (nel 33,5% dei casi) e di altri aspetti (nel 44,4% dei casi) quali ad esempio la tipologia della stanza di degenza (14,1%) o il comune di residenza degli ospiti stessi ⁽⁵⁾ (6,8%). La somma delle percentuali supera il 100%, perché in metà dei casi si utilizzano contemporaneamente due diversi criteri. Il maggior numero di rette differenziate si registra nelle residenze assistenziali che privilegiano di gran lunga il criterio della gravità della disabilità degli utenti (80%), mentre minori differenziazioni si riscontrano nelle RSA dove il criterio prevalente (23,5% dei casi) è il reddito degli ospiti. Desta sorpresa che nel 7,6% dei ricoveri delle RSA si applichino delle rette più elevate nei confronti di coloro che non risiedono nel comune della RSA, il che appare francamente illegittimo in strutture del Servizio sanitario.

La spesa per le strutture residenziali cresce con l'aumentare delle prestazioni di contenuto sanitario erogate all'interno delle strutture. Così, nelle residenze assistenziali si registra (2004) un costo medio mensile di € 1.528, che sale a € 2.454 nelle residenze sociosanitarie e raggiunge 2.702 euro mensili nelle RSA (cfr. tab. 4).

In base ai dati messi a disposizione dall'ISTAT è possibile stimare il costo complessivo dell'assistenza residenziale in Italia in 6.268 milioni di euro, dei quali 2.694 milioni di euro (43,0%) riguardano le RSA. Il Servizio sanitario si fa carico mediamente del 43,6% della spesa, le famiglie del 47,1% e i Comuni coprono mediamente il 9,3% della spesa complessiva.

Prendendo in considerazione le singole strutture è possibile evidenziare che il Servizio sanitario si fa carico della spesa per il 52,5% nelle RSA, per il 42,2% nelle residenze sociosanitarie e per il 26% della spesa nelle residenze assistenziali a cui corrisponde un crescente onere a carico dell'assistito rispettivamente del 39,6%, del 48,6% e del 60,8%. Mediamente, l'utente si fa carico di una retta mensile di 900-1.200 euro al mese, coprendo il 47% della spesa complessiva. Oscilla assai poco, infine, la spesa media dei Comuni la cui contribuzione non sembra essere molto influenzata dalla tipologia della struttura residenziale.

⁽⁴⁾ Questo dato del 2004 si riferisce a 1.634 strutture di cui 1.299 per anziani e le altre quasi tutte per disabili.

⁽⁵⁾ In talune strutture di proprietà comunale (o che usufruiscono di contribuzioni comunali) si applica una retta più elevata per gli ospiti residenti in altri Comuni.

Tabella 4 - Stima dell'importo medio delle quote di spesa per soggetto ricoverato, anno 2004 (valori mensili in euro per ciascun utente al 31/12/2004)

Tipologia di presidio	Servizio sanitario nazionale	Utente	Comune	Totale
Residenza assistenziale	398	929	201	1.528
Residenza sociosanitaria	1.036	1.194	224	2.454
RSA	1.418	1.071	213	2.702
Media	983	1.065	212	2.260
Tipologia di presidio	%	%	%	%
Residenza assistenziale	26,0	60,8	13,2	100
Residenza sociosanitaria	42,2	48,7	9,1	100
RSA	52,5	39,6	7,9	100
Media	43,5	47,1	9,4	100

Note: le cifre sono state stimate sulla base dei dati forniti dall'Istat. Occorre innanzitutto dire che abbiamo utilizzato i dati del 2004 che si riferiscono a 1.634 strutture, di cui 1.299 per anziani e le altre quasi tutte per disabili, ipotizzando però che siano tutte per anziani. Per le residenze sociosanitarie e per le RSA abbiamo ipotizzato che le ASL intervengano finanziariamente in tutti i casi. Per le residenze assistenziali abbiamo ipotizzato che le ASL intervengano solo in un terzo dei casi. Per quel che riguarda la quota di spesa dell'utente e dei Comuni si è ricalcolata la retta media mensile, tenendo anche conto degli utenti esentati dal pagamento della retta e di quegli utenti la cui retta non è integrata dai Comuni. I dati utilizzati relativi al 2004 sono i più recenti disponibili

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, 2007a

Occorre inoltre rilevare che la spesa sanitaria delle residenze sociosanitarie non riesce a raggiungere la quota del 50% che pure è prevista dalla normativa nazionale (cfr. tab. 5).

Tabella 5 - Spesa complessiva per l'assistenza residenziale per soggetto di provenienza e tipologia di presidio, anno 2004 (importi in euro)

Tipologia di presidio	Servizio sanitario nazionale	Utente	Comune	Totale
Residenza assistenziale	307.306.944	717.306.912	155.197.728	1.179.811.584
Residenza sociosanitaria	1.010.932.944	1.165.109.976	218.580.096	2.394.623.016
RSA	1.413.672.264	1.067.731.308	212.349.924	2.693.753.496
TOTALE	2.731.912.152	2.950.148.196	586.127.748	6.268.188.096
%	43,6%	47,1%	9,3%	100%

Metodo di calcolo: si sono moltiplicati i posti letto per il tasso di occupazione e poi per la retta media mensile per ricoverato così come calcolata nella precedente tab. 4

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, 2007a

I costi sostenuti dalle famiglie possono variare molto, sia in relazione alla tipologia di presidio residenziale, sia in relazione alle condizioni economiche dell'ospite e della sua famiglia. Risulta infatti che il 56,5% del totale degli anziani ospitati paga interamente (anche con l'aiuto della famiglia) i costi del soggiorno che generalmente superano i 1.000 euro al mese; mentre il 35,5% paga solo una parte dei costi, versando generalmente somme inferiori ai 1.000 euro mensili. Il restante 8% non paga nulla perché non ha mezzi sufficienti (ISTAT, 2004b, 2007a).

I Comuni intervengono o per pagare interamente le rette di coloro che non hanno risorse economiche che costituiscono il 7,7% dei ricoverati con importi che superano i 1.000 euro mensili o per integrare le rette di coloro le cui risorse non sono sufficienti. Nel complesso i Comuni contribuiscono al pagamento della retta nel 43,5% dei casi con importi che nella stragrande maggioranza dei casi non supera i 1.000 euro mensili. Infine, le ASL intervengono nella metà dei casi (49%) con importi superiori ai 1.000 euro mensili mentre non intervengono affatto nel 27,8% dei casi che presumibilmente coincidono con i soggetti autosufficienti ospitati nelle case di riposo (cfr. tab. 6).

Tabella 6 - Anziani ospiti di strutture residenziali. Percentuali di casi ripartiti per dimensione della spesa per soggetto erogatore della stessa, anno 2004

	Casi che non pagano	Casi che pagano fino a 1.000 euro	Casi che pagano da 1.000 a 2.000 euro	Casi che pagano da 2.000 a 3.000 euro	Casi che pagano oltre 3.000 euro	Totale
Assistiti	7,7%	35,4%	51,9%	4,7%	0,3%	100%
ASL	27,8%	23,2%	38,8%	6,9%	3,2%	100%
Comune	56,5%	37,3%	5,0%	1,0%	0,3%	100%

Nota: i dati utilizzati relativi al 2004 sono i più recenti disponibili

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, 2007a

3. L'Italia delle Regioni. I principali modelli regionali e le loro peculiarità

Rappresentare sinteticamente il comportamento delle varie Regioni con l'identificazione di alcuni modelli di riferimento non è facile sia per la difficoltà di selezionare quegli aspetti in grado di discriminare significativamente i comportamenti, sia per l'estrema varietà delle risposte regionali rispetto a questi indicatori. Uno degli aspetti sicuramente significativi è quello relativo alla dimensione dell'offerta dei servizi residenziali che potrebbe evidenziare la diversa attenzione delle singole Regioni rispetto alle tematiche della non autosufficienza.

Tabella 7 - Posti letto per mille anziani nelle strutture residenziali per anziani nelle Regioni italiane.
31/12/2005

Regioni	p.l. per mille anziani			
	RSA	Residenze sociosanitarie	Residenze assistenziali	TOTALE
1. Trento	50,2	0,0	0,2	50,4
2. Piemonte	6,3	13,7	24,8	44,7
3. Bolzano	6,8	36,9	0,0	43,2
4. Friuli-Venezia Giulia	6,3	27,2	8,3	41,8
5. Veneto	5,4	25,3	7,1	37,8
6. Valle d'Aosta	5,9	29,1	2,1	37,1
7. Lombardia	27,6	1,5	0,9	30,0
8. Emilia-Romagna	2,3	18,7	8,9	29,9
9. Liguria	6,4	21,0	1,7	29,1
10. Marche	4,3	9,0	9,9	23,2
11. Molise	0,3	14,5	4,0	18,7
12. Toscana	12,8	2,0	3,8	18,6
13. Abruzzo	2,9	7,3	4,4	14,6
14. Lazio	4,0	1,1	7,4	12,5
15. Umbria	1,4	6,3	3,1	10,9
16. Sardegna	4,1	1,2	5,4	10,7
17. Sicilia	1,0	4,7	4,1	9,8
18. Puglia	0,4	3,7	5,4	9,5
19. Campania	1,1	0,7	4,4	6,3
20. Calabria	3,1	0,9	1,7	5,8
21. Basilicata	0,0	2,1	3,3	5,4
ITALIA	8,3	8,2	6,4	22,9
P. l. complessivi	95.734	95.620	73.972	265.326
% dei p.l. complessivi	36,1	36,0	27,9	100,0

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, 2008b

Come è noto, l'offerta di strutture residenziali per anziani varia enormemente da una regione all'altra, riducendosi notevolmente man mano che dal nord si scende verso il sud d'Italia. La media italiana dell'offerta di servizi è di 2,3 posti letto ogni 100 anziani, ma all'inizio e alla fine della classifica troviamo la provincia di Trento con 5 letti residenziali e la Basilicata con 0,5% (cfr. tab. 7). A nostro

avviso, questo aspetto, pur importante, non può essere utilizzato per definire i modelli assistenziali per due motivi: *a)* l'assenza di uno standard ottimale di riferimento; *b)* la mancanza di dati sulle liste d'attesa nelle singole Regioni. In assenza di questi due elementi diventa difficile valutare la posizione delle singole Regioni tenuto conto che una offerta molto elevata potrebbe sottrarre risorse alla necessità di puntare prioritariamente sull'assistenza domiciliare, così come una offerta troppo bassa determinerebbe un giudizio negativo che si dovrebbe però ridimensionare nel caso di assenza di liste d'attesa. Un aspetto invece in grado di discriminare inequivocabilmente i comportamenti delle politiche regionali è costituito dalla composizione delle tipologie delle strutture residenziali. Sono infatti da apprezzare le realtà regionali che hanno provveduto per tempo a riconvertire la rete delle strutture residenziali in strutture protette in grado di assistere gli anziani non autosufficienti. Le Regioni che offrono in prevalenza posti letto di strutture sociosanitarie (residenze protette) e di RSA sono un passo avanti rispetto alle altre Regioni che offrono in prevalenza strutture assistenziali formalmente per anziani autosufficienti.

Un altro aspetto importante è legato alla contribuzione pubblica per il pagamento delle rette. Le Regioni che hanno applicato i LEA o che hanno sostenuto finanziariamente il settore alla ricerca di un equilibrio sostenibile fra quota sociale e quota sanitaria sono anche quelle, in genere, che fanno pagare alle famiglie una quota delle spese inferiore rispetto alla media.

Incrociando questi due elementi emergono quattro modelli di intervento regionale, sintetizzati nella tabella 8, costituiti da:

1. Il **modello dell'assistenza sociosanitaria avanzata**, dove le Regioni possono disporre di una larga maggioranza di strutture per soggetti non autosufficienti ottenute in gran parte attraverso la riconversione di quelle esistenti e dove la contribuzione della sanità e dei Comuni è tale che l'utente paga meno della metà del costo della retta.

2. Il **modello dell'assistenza sociosanitaria** dove le Regioni possono disporre soprattutto di strutture protette per gli anziani non autosufficienti ma dove i costi sono caricati in prevalenza sugli utenti.

3. Il **modello delle strutture assistenziali**, dove il sistema è in movimento ma non è intervenuto per tempo, per cui la rete delle strutture residenziali vede ancora la dominanza delle strutture assistenziali per autosufficienti, ma dove la partecipazione pubblica alla spesa è già in grado di garantire all'utente una retta inferiore alla metà del suo costo.

4. Il **modello del grande ritardo**, dove si sommano i disagi del ritardo della riconversione in strutture sociosanitarie e quelli di un elevato onere per gli utenti (cfr. tab. 8).

Tabella 8 - Modelli regionali di organizzazione della rete residenziale per anziani

	Contributo pubblico alla retta superiore alla media (52,9%)	Contributo pubblico alla retta inferiore alla media (52,9%)
Prevalenza strutture socio sanitarie (RSA, RSS)	1. Abruzzo, Liguria, Toscana, Trento, Umbria, Veneto	2. Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Molise, Valle d'Aosta
Prevalenza strutture assistenziali (RA)	3. Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Piemonte, Sardegna, Sicilia	4. Marche, Puglia

Note: per contributo pubblico si intende sia quello sanitario delle ASL che quello dei Comuni. Come discriminante del contributo pubblico si è assunta la percentuale del 52,9% che è la quota che mediamente paga il settore pubblico (ASL+Comuni) per le rette degli anziani.

4. L'Italia in Europa. Un confronto internazionale

Rispetto all'Europa, l'Italia si colloca tra le Regioni con il più basso numero di anziani ricoverati nelle strutture residenziali, superiore solo alla Grecia. Infatti, nell'Unione europea (dei quindici) la media non ponderata degli anziani ospitati nelle strutture residenziali è del 5,1%. Si registra però una tendenza dei paesi del centro e nord Europa (Belgio, Svezia, Olanda, Francia) a collocarsi al di sopra del 6% ed una corrispondente tendenza dei paesi del sud d'Europa (Grecia, Italia, Spagna) a collocarsi ad un livello di sviluppo della residenzialità collettiva per anziani pari o inferiore al 4,0% (cfr. tab. 9).

Tabella 9 - Anziani assistiti in strutture residenziali in Europa. Metà degli anni 2000

Posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali	Posizione	Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali
1	Belgio	8,1	9	Irlanda	4,6
2	Svezia	7,5	10	Danimarca	4,4
3	Olanda	6,9	11	Spagna	4,0
4	Portogallo	6,7	12	Lussemburgo	3,9
5	Francia	6,3	13	Germania	3,9
6	Austria	5,5	14	Italia	3,0
7	Regno Unito	5,1	15	Grecia	1,0
8	Finlandia	4,9		Europa media non pesata	5,1

Note: il dato del Belgio considera impropriamente anche eventuali ospiti con età 60-64 anni; i dati del Portogallo si riferiscono ai posti letto.

Fonte: Pesaresi (2005), ISTAT (2008b); Imsero (2006), OECD (2005, 2008), Corens (2007), Pita Barros & De Almeida Simoes (2007), De Boer (2006)

Nell'ultimo decennio, la maggioranza dei paesi dell'Unione europea ha invertito la tendenza alla crescita ed ha ridotto la percentuale di anziani ospitati nelle residenze collettive. Il fenomeno è assai significativo perché è il frutto di politiche specifiche portate avanti da vari paesi (per primi dai paesi scandinavi), ma soprattutto perché non era mai accaduto prima. Le motivazioni sono da ricercare nell'interesse, condiviso da pubbliche amministrazioni e anziani, a ridurre i costi dell'assistenza e a garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio dell'anziano stesso. Invece, nell'Europa del sud continua a crescere l'assistenza residenziale in Spagna e Portogallo soprattutto in virtù del fatto che il livello dell'offerta dei servizi è ancora molto più basso di quello medio europeo (Pesaresi, 2005). In questo quadro, la stabilità italiana relativa alla quota di anziani ospitati nelle strutture residenziali rappresenta un dato inatteso. In Italia, la difformità dal trend atteso è stata probabilmente determinata dal fenomeno delle assistenti familiari che con i loro grandi numeri hanno contenuto in modo significativo la tendenza all'istituzionalizzazione.

5. I nodi principali

In Italia si è verificato un fenomeno imprevisto. La tendenza alla crescita della percentuale degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali, comune ai paesi del sud Europa, non c'è stata. Il numero degli anziani istituzionalizzati si è stabilizzato al livello del 3%, un livello basso rispetto agli altri paesi europei. Anche il sistema dell'offerta di servizi si è adeguato a questa tendenza tanto che nel 2005 si registrava la stessa percentuale (2,3% degli anziani) dei posti letto residenziali del 1999. È un bene o un male? Ci allontaniamo dall'Europa? Il regime residenziale si fa carico delle condizioni di difficoltà e di solitudine dell'assistito o peggio di una pesante necessità assistenziale non risolvibile a domicilio ma al pesante prezzo della separazione dell'anziano dal suo contesto familiare e sociale. Pertanto, il contenimento del numero degli anziani istituzionalizzati potrebbe essere un dato positivo a patto che esso sia il prodotto di una incisiva politica di offerta di servizi alternativi al ricovero. Il dato italiano si esprime però in un contesto di grande contraddittorietà. Bisogna chiedersi da cosa dipenda l'attuale tendenza e se la quantità dei ricoveri dipende dalla carenza dell'offerta. Quella che si è verificata, in sostanza, è una radicale trasformazione interna del servizio e delle caratteristiche dell'utenza, verso organizzazioni a sempre più rilevante contenuto assistenziale e sanitario, rivolte a pazienti con crescente gravità e con rilevanti bisogni sanitari. Le strutture residenziali hanno visto ridursi in modo marcato i ricoveri nelle case di riposo destinate formalmente agli autosufficienti, insieme ad un parallelo aumento dei

ricoveri di non autosufficienti, in particolare nelle RSA. In sostanza, aumenta costantemente il carico assistenziale richiesto per far fronte ad un mix di ospiti progressivamente più gravemente non autosufficienti. L'evento, anche simbolicamente significativo, è costituito dal fatto che la casa di riposo non è più il luogo dove si concentrano i ricoveri degli anziani, sopravanzata sia dalle RSA che dalle residenze sociosanitarie. Infatti, in questi ultimi anni – dal 2000 al 2005 – c'è stata una forte riduzione dei posti letto delle case di riposo che hanno perso circa 3.300 posti letto all'anno; nello stesso periodo le RSA crescevano di quasi 5.000 posti letto l'anno.

Quasi tutti i soggetti gestori delle strutture residenziali hanno compreso il fenomeno e stanno orientando il loro intervento verso le strutture a maggior contenuto sanitario; così IPAB, enti religiosi ed imprese private si spostano dalle residenze assistenziali alle residenze sociosanitarie. Cresce anche l'impegno delle imprese private soprattutto di quelle non profit per lo sviluppo delle RSA.

Per interpretare correttamente i dati sull'offerta di servizi occorre aggiungere anche il tema delle liste d'attesa. I dati nazionali rilevati dall'ISTAT sono purtroppo limitati al 2000 e 2001 ed evidenziano una presenza di liste d'attesa nel 50% circa delle strutture. I dati empirici raccolti più recentemente ci forniscono un quadro di più diffusa presenza di liste d'attesa, anche significative, nelle Regioni del nord come la Lombardia, il Veneto, il Piemonte ecc. ed anche in diverse Regioni del Centro Italia. Meno notizie si hanno sulle Regioni del sud. Si può pertanto dire che le liste d'attesa sono più importanti (anche perché in qualche caso sono monitorate) proprio nelle Regioni in cui l'offerta è più solida.

La presenza di tutti questi elementi anche contraddittori rende complessa l'interpretazione dei fenomeni. È probabile che l'offerta dei servizi sia in difficoltà o in ritardo di fronte ad un mercato che chiede con forza un'assistenza di qualità per gli anziani non autosufficienti e, per contro, una rete di vecchie strutture come le case di riposo costruite per anziani indifferenziati (sia autosufficienti che non autosufficienti) che tarda a riconvertirsi. C'è dunque un problema di domanda ed offerta che stentano ad incontrarsi pienamente perché chiedono ed offrono prestazioni diverse. L'affermazione di taluni secondo cui la bassa offerta dei servizi, peraltro in trasformazione, possa costituire una concausa del contenimento dei ricoveri può essere accolta anche se non va sopravvalutata.

Inoltre, risulta meritevole di interpretazione il fenomeno delle Regioni del sud che hanno delle dotazioni di posti letto straordinariamente basse e ciononostante sono tra le Regioni che registrano la più energica riduzione dei posti letto. Valga per tutti l'esempio della Basilicata che negli ultimi 5 anni, pur avendo solo un quinto della dotazione media italiana, ha ridotto quasi costantemente il suo rapporto posti letto/anziani. Sono le rette che gli utenti devono pagare ad indurre le famiglie che abitano in Regioni meno ricche di altre a deprimere l'offerta di

servizi? C'è sicuramente un'incidenza di questi elementi anche se non abbiamo dati rigorosi a supporto di questo orientamento e del suo peso. In questi casi sarebbe interessante conoscere come la famiglia sopperisce alle necessità assistenziali dell'anziano non autosufficiente.

Il contenimento della quota degli anziani ricoverati in strutture residenziali dipende dalle politiche pubbliche e dall'offerta di servizi alternativi? In realtà, una politica nazionale per la riduzione delle istituzionalizzazioni non è mai stata avviata in Italia. Inoltre, alcune ricerche hanno già dimostrato che l'offerta di servizi alternativi, come l'assistenza domiciliare, di per sé non è in grado di influire significativamente sulle quote degli anziani collocati in strutture residenziali. Come è noto, sono proprio i paesi che raggiungono il maggior numero di anziani con l'assistenza domiciliare ad offrire anche il maggior numero di posti in strutture residenziali. In questo panorama risulta difficile pensare che l'Italia possa influenzare le tendenze all'istituzionalizzazione con un numero di anziani assistiti a domicilio pari al 4,5%, una percentuale superiore solamente a quelle della Spagna e della Grecia (Pesaresi, 2007c).

Molto più efficace potrebbe essere lo sviluppo di alloggi protetti per anziani dove gli stessi possano vivere autonomamente con l'aiuto dell'assistenza domiciliare e con la garanzia di una maggiore sicurezza. Si tratta di piccoli appartamenti adattati alle esigenze degli anziani autosufficienti o che cominciano ad avere qualche problema di parziale non autosufficienza. In Olanda, nel 1996, ben l'11% degli anziani erano ospitati in alloggi protetti ma un'altra offerta importante – fra il 3% e il 6% degli anziani – era riscontrabile anche in altri paesi (Pesaresi, Gori, 2003) come la Svezia, l'Inghilterra, la Norvegia e la Danimarca. In Italia, purtroppo, questa che potrebbe rappresentare una valida alternativa alla istituzionalizzazione degli anziani è poco diffusa tanto da non essere neanche rilevata dalle statistiche. Si tratta invece di un'importante area di intervento da sviluppare insieme a tutte le altre iniziative tese a mantenere l'anziano nella propria abitazione.

In Italia, il contenimento della istituzionalizzazione è dovuto soprattutto al fenomeno delle assistenti familiari che ha permesso a migliaia di anziani non autosufficienti di rimanere al proprio domicilio. Parliamo di numeri straordinari. Infatti, sono state stimate in 774.000 circa le assistenti familiari che si occupano di non autosufficienti, quasi tutti anziani. Più del doppio degli anziani ospitati nelle strutture residenziali. Sono diverse le cause del successo di questa modalità assistenziale: la possibilità di convivenza della assistente familiare con l'anziano, la flessibilità del lavoro e anche un costo sicuramente competitivo con le strutture residenziali (tanto più in un mercato irregolare).

In questo quadro di luci ed ombre, le famiglie continuano a farsi carico della metà (47%) delle spese per l'assistenza residenziale, mentre il Servizio sanitario fornisce un contributo ancora insufficiente anche laddove la legge richiederebbe

un impegno finanziario maggiore. Una situazione economicamente insostenibile tenuto conto che nella maggior parte dei casi le rette di degenza superano l'importo delle pensioni degli anziani ospitati nelle strutture.

Queste valutazioni, nel loro complesso, caratterizzano il settore dell'assistenza residenziale come un'area in transizione con ritmi importanti di cambiamento. Ma più che su questo aspetto e sulle sue ricadute sociologiche occorre porre l'attenzione sulla capacità di governo di questa fase. Nel senso che la transizione può essere positiva, utile e rapida se sarà governata dagli enti pubblici con politiche esperte, fondate sulle necessità della persona e finalizzate alla qualificazione del settore.

4. I trasferimenti monetari

Giovanni Lamura, Andrea Principi

1. Introduzione

In questo capitolo sono descritti e analizzati i trasferimenti monetari erogati per l'assistenza ad anziani non autosufficienti nell'ambito delle politiche di *long-term care* adottate nel nostro paese. Tali interventi sono essenzialmente rappresentati, a livello nazionale, dall'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili e, a livello locale, dagli assegni di cura erogati da enti locali e Asl.

L'indennità di accompagnamento è un contributo economico che, istituito nel 1980 (legge 18), rientra tra le prestazioni a favore degli invalidi civili. La prestazione è erogata dall'INPS, su richiesta e previo accertamento da parte di un'apposita commissione sanitaria presso la competente Asl, a chi risponde ai requisiti di: *a)* essere disabile al 100% ed incapace di svolgere autonomamente gli atti quotidiani della vita tipici dell'età di riferimento, o di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore; *b)* non essere ricoverato gratuitamente in istituto (INPS 2008). Si tratta pertanto di un provvedimento universalistico che prescinde dall'età e dalle condizioni reddituali del richiedente, a differenza di quanto si verifica per le altre provvidenze economiche a favore di invalidi civili (per le quali sussiste anche un requisito di carattere reddituale). Il contributo, finanziato attraverso la fiscalità generale ed erogato in 12 rate mensili di un importo stabilito annualmente, ammonta per il 2009 a 472,04 euro al mese ⁽¹⁾, ed è accordato direttamente ai beneficiari, che possono disporne senza restrizioni di utilizzo.

Gli assegni di cura sono contributi economici forniti da enti locali (Regioni, Province e Comuni) e Asl a persone non autosufficienti o a loro famigliari, per sostenerle finanziariamente nell'affrontare le spese assistenziali derivanti dall'atti-

⁽¹⁾ Tale importo ammonta a 755,71 euro nel caso di ciechi assoluti e a 236,15 per i sordomuti (in quest'ultimo caso la prestazione è definita "indennità di comunicazione", il cui importo è cumulabile con l'indennità di accompagnamento ricevuta per invalidità civile o cecità, in quanto si tratta di prestazioni spettanti per minorazioni diverse, INPS 2008). Data la diversa regolamentazione loro riservata dalla normativa (oltre allo scarso peso numerico), queste due categorie di beneficiari sono state per semplicità escluse dalla presente trattazione.

vità di cura. Anch'essi sono generalmente erogati senza vincoli di destinazione. La loro diffusione si è accentuata soprattutto a partire dagli anni Novanta, e poiché sono accordati secondo modalità differenziate nelle diverse realtà del territorio, sono trattati a parte nel paragrafo 3 dedicato ai modelli regionali. I paragrafi 1, 2, parte del 3 e il 4 sono invece dedicati all'indennità di accompagnamento, mentre la discussione conclusiva ospita alcune riflessioni volte a consentire una visione maggiormente integrata di questo tipo di interventi, sia rispetto ai due livelli (nazionale e locale) di erogazione, sia rispetto al sistema dei servizi.

2. La storia

L'indennità di accompagnamento nacque con la finalità di compensare la perdita economica subita dalle persone giudicate inabili al lavoro, e fu quindi inizialmente limitata alle persone in età lavorativa, per essere estesa alle persone ultrasessantacinquenni solo a partire dal 1988 (decreto legislativo n. 509 del 23 novembre). Ciò servì in parte anche a sanare giuridicamente una tendenza registratasi sin dal momento dell'istituzione della provvidenza, e cioè quella di una sua crescente concessione a soggetti in età anziana, che già a metà degli anni '80 erano arrivati a rappresentare oltre un terzo dei nuovi fruitori (tab. 1). L'evoluzione storica dei flussi consente di osservare che, a partire dai primi anni '90, il peso delle nuove erogazioni a favore di persone ultrasessantacinquenni supera stabilmente i quattro quinti del totale, arrivando ad oltrepassare oggi il 90% di tutte le nuove indennità (di cui i tre quarti si concentrano su soggetti di 75 anni ed oltre).

Tabella 1 - Nuovi fruitori indennità di accompagnamento per classi di età: serie storica 1980-2004 (%)

	1980	1981-83	1984-86	1987-89	1990-92	1993-95	1996-98	1999-2001	2002-04
Totale	N=42996	N=55014	N=87223	N=126731	N=140836	N=212240	N=403915	N=639040	N=808236
0-14	19,6	17,7	11,9	10,0	6,8	4,2	3,1	1,9	1,5
15-39	53,1	40,9	25,1	13,4	5,8	3,4	2,3	1,5	1,2
40-64	24,2	28,4	27,6	19,7	14,1	9,6	7,7	7,0	6,5
65-74	2,8	10,0	20,9	24,6	21,2	20,3	18,8	17,1	15,7
75-84	0,3	2,7	13,1	27,5	38,7	38,5	35,9	36,0	41,0
85 e +	0,0	0,2	1,4	5,0	24,0	24,0	32,2	36,6	34,1
TOT	100	100	100	100	100	100	100	100	100
65 e +	3,1	12,9	35,4	57,1	83,9	82,8	86,9	89,7	90,8

Fonte: nostre elaborazioni su dati tratti da Micheli e Rosina, 2008

A questa modifica dell'universo dei beneficiari si è affiancato un loro considerevole incremento numerico, non per effetto dell'implementazione di politiche volte ad estendere la platea dei fruitori, bensì come conseguenza di una crescente domanda cui non è corrisposta una sostanziale modifica delle modalità di concessione dell'indennità. Il numero di nuove indennità si triplica già tra il 1980 e il 1987-89 – quando ne fu estesa la concessione agli ultrasessantacinquenni – e registra un'ulteriore forte crescita a partire dal 1993-95, pressoché totalmente attribuibile ai beneficiari anziani. Questo aumento, va sottolineato, è stato assai superiore a quello registrato dal complesso della popolazione anziana del nostro paese, come ben evidenzia (cfr. tab. 2) il continuo incremento della quota di anziani che perce-

Tabella 2 - Fruitori di indennità di accompagnamento con più di 65 anni, per classi di età e area geografica di residenza (1984-2006)*

Anno	Popolazione anziana totale (migliaia)	Numero percettori anziani (migliaia)	% di persone con oltre 65 anni percettori dell'indennità di accompagnamento						
			%	Per classi di età			Per area geografica (% di incremento rispetto all'anno precedente)		
				65-69	70-79	80+	Nord	Centro	Sud e Isole
1984	7.291,2	198,8	2,7	...	...	...	...	...	...
1987	7.694,0	214,3	3,0	...	...	...	...	...	...
1991	8.556,0	428,3	5,0	...	...	...	...	...	...
1995	9.368,6	610,1	6,7	...	...	...	...	...	...
1996	9.602,3	609,9	6,2	...	...	...	...	...	...
1997	9.799,9	590,0	5,9	...	...	...	...	...	...
2001	10.497,5	577,4	5,5	1,4	3,1	16,1	...	...	...
2002	10.654,6	639,3	6,0	1,5	3,5	16,8	...	...	...
2003	10.901,3	708,6	6,5	1,6	3,8	17,7	+ 10,3	+ 14,4	+ 13,0
2004	11.128,5	796,0	7,2	1,7	4,1	19,1	+ 10,9	+ 11,5	+ 9,7
2005	11.379,3	880,6	7,7	1,8	4,4	20,4	...	...	...
2006	11.592,3	971,3	8,4	1,9	4,8	21,8	...	...	...
2007	11.792,8	1.051,9	8,9	2,0	5,1	22,8	...	...	...
2008	11.946,0	1.131,7	9,5	2,1	5,3	23,8	+ 6,8	+ 7,8	+ 8,3

* I dati esposti si basano sulle informazioni rinvenibili nella Banca Dati INPS (<http://servizi.inps.it/banchedatistatistiche/vig9/index.jsp>), e non sui dati calcolati dall'ISTAT sulla base del Casellario Pensionati (ISTAT-INPS, vari anni), in quanto questi ultimi, in caso di cumulo di pensione di invalidità e indennità, contano due volte l'importo. Per un approfondimento sulle discrepanze esistenti tra le due fonti cfr. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2008: 59-60

Fonti:

– Popolazione anziana: ISTAT (<http://demo.istat.it/>)

– Percettori anziani dell'indennità: fino al 2004 incluso: Tomassini e Lamura (2009); 2005-2008: nostre elaborazioni su dati della Banca dati INPS

piscono l'indennità, fatta eccezione per una temporanea flessione nella seconda metà degli anni Novanta ⁽²⁾. Un ulteriore elemento degno di nota è infine rappresentato dalle differenze regionali nell'estensione della misura, aspetto per il quale tuttavia si rimanda al maggior dettaglio espositivo proposto più avanti nel paragrafo 4.1, dedicato alle peculiarità regionali.

3. Il quadro odierno

Raggiungendo al 1° gennaio 2008 una platea di 1.131.710 ultrasessantacinquenni, pari al 9,5% della popolazione in tale fascia di età, l'indennità di accompagnamento rappresenta la misura a sostegno degli anziani non autosufficienti più significativa, tra quelle oggi disponibili nel nostro paese, non solo per numero di beneficiari, ma anche per ammontare di risorse pubbliche impiegate (Da Roit, 2006). Rinviano al cap. 1 per maggiori dettagli, basti qui ricordare che, con una spesa stimabile sui 6,3 miliardi di euro ⁽³⁾ nel 2008, questo intervento assorbe oltre la metà degli stanziamenti a sostegno dell'invalidità civile (Ministero della salute, 2008) e della spesa pubblica per gli anziani non autosufficienti (Ragioneria generale dello Stato, 2007), superando abbondantemente per platea di beneficiari il ruolo svolto da assistenza domiciliare e residenziale (Facchini, 2007).

Per quanto riguarda le caratteristiche principali dei fruitori, circa il 70% di essi è costituito da donne (Ministero della salute, 2008), mentre il già osservato innalzamento dell'età media dei nuovi beneficiari verso le fasce di età più anziane si riflette nel fatto che circa un terzo di tutti gli uomini e ben il 59% di tutte le donne che ricevono l'indennità sono ormai ultraottantenni (Micheli e Rosina, 2008), mentre la durata media della prestazione si aggira oggi intorno ai 7 anni (Facchini, 2007).

Una domanda che appare opportuno qui porre concerne ciò che potremmo definire l'efficacia della misura, e cioè se l'*offerta* – in altre parole il numero di indennità erogate – riesca attualmente a soddisfare tutta la *domanda* (intesa come numero potenziale di persone in possesso dei requisiti per accedervi). Secondo stime recenti (Da Roit, 2008), l'indennità lascerebbe scoperta una quota non marginale dei soggetti con limitazioni gravi o gravissime del proprio grado

⁽²⁾ Questo calo avvenne a seguito di un inasprimento dei controlli esercitati nel periodo, nonché dei requisiti di accesso alle prestazioni (Ministero del lavoro, 2008), dovuti alla scoperta di una serie di episodi di abuso, che situazioni di clientelismo locale avevano finito col trasformare parzialmente in forme generiche di sostegno del reddito (Lamura *et al.* 2001; Gori 2006).

⁽³⁾ Dato ricavabile moltiplicando l'importo annuo di 5.581,08 euro rilevato nel 2008 (pari a 465,09 euro per 12 mensilità) per il numero dei fruitori ultrasessantacinquenni dell'indennità di accompagnamento (1.131.710).

di autonomia a cui sarebbe potenzialmente destinata. Se si prendono ad esempio in considerazione coloro confinati al proprio domicilio, circa tre soggetti anziani su otto risultano infatti non percepire l'indennità. Da contro, tra gli anziani non confinati, pari al 92% del totale, solo il 2% percepisce l'indennità, lasciando quindi intuire che il tasso di concessione impropria della provvidenza sia molto limitato.

Un altro elemento fondamentale su cui occorre richiamare l'attenzione concerne l'adeguatezza dell'importo dell'indennità. La misura, nonostante la quota rilevante di risorse pubbliche complessivamente assorbite, raggiunge infatti un importo *pro capite* da considerarsi modesto (472 euro mensili), se si tiene conto della gravità e continuità dei bisogni assistenziali che caratterizzano gli utenti ammessi a fruirne, e quindi della spesa necessaria a soddisfarli (Facchini, 2007; Pesaresi e Gori, 2005). Per questo motivo, anche alla luce della varietà dei bisogni assistenziali che caratterizzano la vasta platea di beneficiari, viene da più parti auspicata una riforma della misura che, modulandone l'importo rispetto ai diversi livelli di bisogno, la renda più equa e capace di tutelare con adeguatezza le diverse situazioni di necessità (Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006; Ranci, Da Roit e Pavolini, 2008).

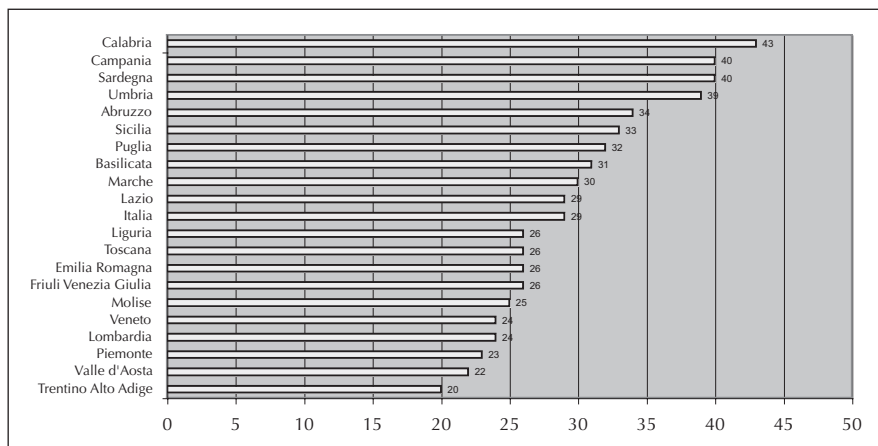
4. L'Italia delle Regioni: i principali modelli regionali e le loro peculiarità

4.1. L'indennità di accompagnamento

Sebbene l'indennità di accompagnamento sia implementata tramite una normativa uniforme per l'intero paese, i tassi regionali di fruizione lasciano trasparire una situazione di squilibrio territoriale che merita di essere approfondita. L'incidenza dei percettori dell'indennità raggiunge infatti complessivamente circa il 4% ⁽⁴⁾ – e quindi un valore di quasi un terzo superiore alla media nazionale – in diverse Regioni del Centro-Sud, quali Calabria, Campania, Sardegna e Umbria (fig. 1). Diametralmente opposto appare il dato riscontrato in gran parte delle Regioni del Nord, ed in particolare in Trentino-Alto Adige, Val d'Aosta, Piemonte, Lombardia e Veneto, dove i percettori sono in percentuale circa la metà di quelli osservati al Centro-Sud.

⁽⁴⁾ Questo dato in percentuale equivale al 40‰ di cui ai dati riportati nella figura 1, che sono stati calcolati come tassi standardizzati per mille abitanti, normalizzati per la consistenza della popolazione residente e la sua struttura per età nel territorio di riferimento al 1° gennaio 2006.

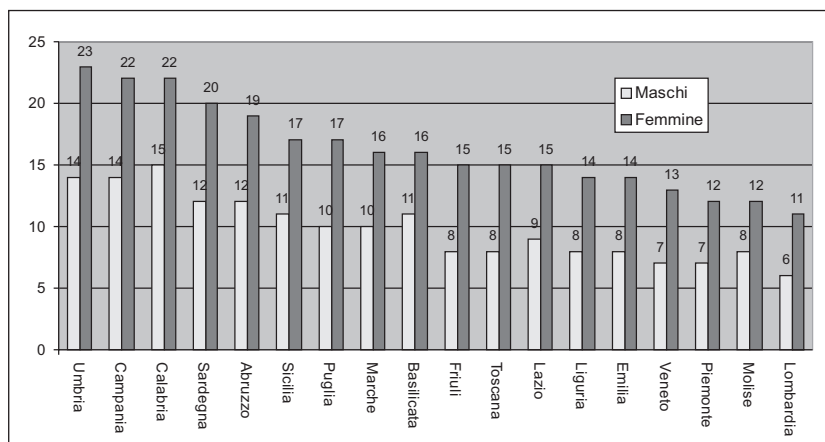
Figura 1 - Tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento per regione (tasso calcolato per mille abitanti, 2005)



Fonte: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2008

Focalizzando l'analisi sulle prestazioni percepite dalla sola popolazione anziana (fig. 2), si conferma una loro maggiore diffusione per entrambi i sessi nelle quattro Regioni precedentemente citate (Umbria, Calabria, Campania e Sardegna), seguite a breve distanza dall'Abruzzo. All'opposto, valori di incidenza particolarmente bassi si riscontrano in molte Regioni del Nord, con l'unica "eccezione geografica" rappresentata dal Molise.

Figura 2 - Tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento da parte della popolazione anziana, per regione e sesso (2004, %)



Fonte: Micheli e Rosina, 2008

Un'altra anomalia territoriale concerne la durata media di erogazione delle prestazioni concesse ad ultraottantenni, che nelle quattro Regioni del Centro-Sud sopra indicate (ma anche in Sicilia e Basilicata) appare nettamente più elevata del valore medio, risultando superiore ai tre anni per oltre i due terzi delle donne, e per oltre la metà degli uomini (Micheli e Rosina, 2008). Sebbene non sempre, in età anziana, la sopravvivenza degli individui risulti strettamente correlata alla gravità delle loro condizioni di salute e dipendenza (Pasqualini e Salvioli, 2000), tale maggiore durata media sembrerebbe suggerire che in queste Regioni i criteri di eleggibilità vengano applicati con minor rigore. Ciò potrebbe essere riconducibile ad un possibile radicamento di una cultura assistenzialista locale che, tramite la discrezionalità delle commissioni di valutazione, finisce con il piegare l'erogazione dell'indennità di accompagnamento a finalità diverse da quelle, proprie, di sostegno della non autosufficienza, e più vicine al mero sostegno del reddito (Gori, 2006; Micheli e Rosina, 2008; Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2008). Una conferma in tal senso sembra potersi evincere dall'elevato numero di beneficiari "giovani" nelle sei Regioni sopra indicate, ben al di sopra dei valori riscontrati nelle restanti Regioni italiane.

Differenze regionali sono infine osservabili rispetto all'evoluzione nel tempo del fenomeno. Nel quinquennio 1999-2004, infatti, l'incremento del numero di indennità erogate è risultato particolarmente elevato nelle Marche (donne: +107%; uomini: +135%) ed in Umbria (donne: +85%; uomini: +84%), attestandosi al di sopra dell'incremento medio nazionale (donne: +50%; uomini: +57%) anche in diverse Regioni settentrionali, quali Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna (Micheli e Rosina, 2008).

4.2. *Gli assegni di cura*

Gli assegni di cura, diffusi in Europa a partire dagli anni '80, compaiono in qualche Comune italiano alla fine di quel decennio ⁽⁵⁾, ma la loro diffusione vera e propria parte all'inizio degli anni Novanta, quando la misura comincia a prendere piede come intervento di sostegno della domiciliarità, soprattutto al Nord (le prime Regioni ad introdurla sono il Veneto nel 1991 e l'Emilia-Romagna nel 1994). Il suo utilizzo aumenta sensibilmente nella seconda metà degli anni Novanta, fase che segna la progressione dei beneficiari e della spesa dedicata, dovuta a ulteriori riforme regionali e allo sforzo autonomo di diversi Comuni.

(5) L'erogazione di contributi economici da parte degli enti territoriali non costituisce una novità nel sistema italiano di welfare. Innovativa risulta però – per questa fase storica – l'introduzione da parte di Comuni e Asl di contributi il cui primo obiettivo consiste nel rispondere ai bisogni di cura, e non alla povertà (almeno in teoria, perché in pratica il confine è molto labile).

Nei primi anni del nuovo millennio si registra un'ulteriore accelerazione, mantenutasi sino ad oggi, la cui più conosciuta novità è forse rappresentata dal buono sociale lombardo, attivato nel 2003. Il maggiore impiego porta con sé un nuovo ruolo ed un differente profilo della misura. Rispetto alla progettazione delle politiche, l'assegno è previsto in tutte le riforme regionali per i non autosufficienti, che pure differiscono sotto molti aspetti; l'ammontare di risorse dedicate e l'attenzione ricevuta, anzi, ne fanno un loro perno. Per quanto concerne le modalità d'uso, da una misura in origine pensata a favore dei familiari (perlopiù la moglie o la figlia dell'anziano), nell'attuale decennio si è passati principalmente ad una risorsa destinata alla remunerazione delle assistenti familiari private, soprattutto al fine di favorirne la regolarizzazione della posizione contrattuale. Anche il profilo territoriale si è modificato, con una crescente adozione degli assegni nel centro-sud (Calabria, Sardegna, Sicilia e Puglia), seppur in forme ancora ridotte e – a differenza del resto del paese – perlopiù sperimentali.

La tabella 3 illustra la diffusione degli assegni finanziati dalle Regioni e mostra che – considerando anche quelli attivati autonomamente dai Comuni ⁽⁶⁾ – nella gran parte del Centro-Nord questa misura raggiunge almeno l'1% della popolazione ultrasessantacinquenne, con punte superiori a Bolzano, in Veneto, Emilia-Romagna e Liguria. La situazione meridionale non è nitida ma si tratta, comunque, di una presenza esigua, che in nessuna Regione supera una percentuale di pochi decimali. La tabella 3 indica anche – per le Regioni di cui è disponibile l'importo medio per utente – l'esistenza di un trade-off tra numero dei beneficiari e valore degli importi (ad eccezione del caso di Bolzano). Ciò rivela che, mentre allargano l'utenza, le Regioni – pur dedicando risorse crescenti alla misura – diminuiscono progressivamente l'importo medio degli assegni, poiché i decisori preferiscono abitualmente promuovere la crescita dei beneficiari, anche se questa scelta va a discapito dell'importo pro-capite disponibile (Gori e Pasquini, 2008).

⁽⁶⁾ L'indagine censuaria ISTAT sui servizi sociali indica che circa lo 0,5% degli anziani riceve assegni di cura dai Comuni (ISTAT, 2008). La tabella 3 poggia sui monitoraggi delle Regioni in merito agli assegni da esse finanziati: questi monitoraggi riguardano gli assegni erogati dalle Asl e quelli erogati dai Comuni su finanziamenti regionali, mentre non toccano gli assegni forniti dai Comuni con risorse proprie. Esiste, dunque, una sovrapposizione parziale tra i dati della tabella e lo 0,5% indicato dall'ISTAT, la cui ampiezza non è possibile stimare. Certamente, in ogni modo, per cogliere l'effettiva presenza degli assegni nelle Regioni bisogna aggiungere alle percentuali dei tassi di copertura indicati in tabella qualche decimale di punto concernente ulteriori assegni attivati dai Comuni con risorse proprie.

Tabella 3 - Tasso di copertura ed importo degli assegni di cura nelle Regioni e nelle Province autonome (anni vari)

Regione o Provincia autonoma	Denominazione (anno di riferimento)	% persone 65+	Importo medio mensile
Provincia di Bolzano	Assegno di ospedalizzazione (2007)	Tra 3 e 4	515
Veneto	Assegno di cura (2007)	2,2	200
Emilia-Romagna	Assegno di cura anziani (2006)	1,9	246
Liguria	Misura economica del Fondo regionale per la non autosufficienza (2008)	1,6	330
Friuli-Venezia Giulia	Assegno per l'autonomia (APA) (2007)	1,0	375
Lombardia	Buono sociale (2006)	0,9	-
Provincia di Trento	Sussidio per la cura domiciliare di un anziano non autosufficiente (2006)	0,6	354
Umbria	Assegno di cura (2005)	0,4	418
Toscana	ADI indiretta (2006)	0,3	-
Piemonte	Assegno di cura (2006)	0,2	-
Abruzzo, Calabria, Sicilia	Misura attivata nel 2003 (Sicilia e Calabria) e nel 2006 (Abruzzo) (stima di massima)	< 0,3	-
Puglia, Sardegna	Misura attivata nel 2007 (Puglia) o 2008 (Sardegna), dati non ancora disponibili	-	-

Fonti: Bolzano: nostra elaborazione su dati Provincia Autonoma di Bolzano; Emilia-Romagna: Regione Emilia-Romagna, 2007; Friuli-Venezia Giulia: nostre stime su lrs, 2008; Liguria: Stime Agenzia per i Servizi Sanitari Regione Liguria; Piemonte: Regione Piemonte, 2007; Toscana: Regione Toscana – L'assistenza domiciliare in Toscana; Trento: Provincia Autonoma di Trento; Veneto: Elaborazioni Spi-Cgil Veneto; dove non indicato altrimenti: database lrs.

La misura può essere fornita come una pura erogazione monetaria – a fianco di assegni familiari, indennità di accompagnamento ecc. – oppure in maniera integrata con gli altri servizi dell'ente locale e degli operatori. Il dibattito mostra una sostanziale concordanza di vedute nel considerare la seconda come la strada da seguire, e quindi nel ritenere che l'assegno debba essere fornito nell'ambito della rete dei servizi, di cui dovrebbe costituire parte integrante. Ciò dovrebbe prevedere una presa in carico dell'anziano, partendo da una valutazione multidimensionale delle sue condizioni e della sua rete di supporto sociale, procedendo con la stesura del piano assistenziale individualizzato, la definizione degli obiettivi da raggiungere e delle azioni necessarie, nonché il monitoraggio della situazione nel tempo, intervenendo a sostegno di utente e famiglia quando serve. La fruizione dell'assegno, dunque, dovrebbe essere complementare, e non alternativa, a quella di servizi.

Negli indirizzi, leggi e regolamenti attuativi regionali queste indicazioni vengono abitualmente riprese, rivelando che questo profilo di intervento è forse l'unico rispetto al quale le diverse Regioni italiane affermano di voler far proprio il mede-

simo modello ⁽⁷⁾. Quando si passa dalle dichiarazioni di intenti alla realtà, tuttavia, la convergenza tra le Regioni si attenua, poiché queste sperimentano strategie molto diverse per perseguire gli obiettivi comuni enunciati. Pure se le ricerche in merito sono scarse, i lavori disponibili (recentemente, tra gli altri, Cerea, 2007, Da Roit, 2007, Maran, 2006) e un'ampia aneddotica concordano nell'indicare l'esistenza di diffuse difficoltà ad erogare gli assegni nell'ambito di un percorso fatto di valutazione multidimensionale, stesura del progetto individualizzato e successivo monitoraggio. Queste difficoltà si manifestano in misura variabile e con caratteristiche diverse, ma è ragionevole affermare che riguardino la maggior parte dei casi.

Sovente il personale fatica a tenere il passo con il numero dei beneficiari dell'assegno: vengono così attivate "prese in carico" e progetti personalizzati di assistenza molto più leggeri di quanto il bisogno richiederebbe, sfumati nei contenuti e formali negli obiettivi. In altri casi, la progettazione personalizzata spesso, nei fatti, non si riesce a realizzare. In generale, le difficoltà nell'assicurare un adeguato percorso assistenziale risultano tanto maggiori quanto più ci si allontana dal momento della decisione se fornire o meno l'assegno, che inevitabilmente (dal momento che costituisce l'unico passaggio che bisogna comunque realizzare, essendo le domande sempre tante e le pressioni pure) finisce con l'assorbire gran parte delle esigue risorse professionali disponibili. Le criticità, dunque, si registrano maggiormente nelle fasi di stesura del piano personalizzato e ancor più di monitoraggio degli sviluppi nel tempo, finendo l'assegno nella pratica per assomigliare molto ad una delle abituali erogazioni monetarie del nostro welfare.

A fianco degli assegni di cura tradizionali, diverse Regioni hanno istituito misure analoghe per chi ricorre al lavoro privato di cura. Per un approfondimento in merito si rimanda al contributo di Rusmini e Pasquinelli in questo stesso volume.

5. Prestazioni economiche nazionali a sostegno della non autosufficienza: un confronto europeo

Passate in rassegna le differenze riscontrabili tra le varie Regioni italiane, è opportuno ora volgere lo sguardo oltre confine, per cogliere come si colloca la realtà italiana rispetto alle politiche adottate in tale ambito da altri paesi. A tal fine, e limitando qui nuovamente l'analisi alle sole prestazioni economiche di valenza nazionale, appare utile includere in questo confronto, oltre a Francia e Germania – già da qualche anno protagoniste di approfonditi progetti di riforma delle proprie politiche per la non autosufficienza – anche la Spagna, primo paese del Sud Europa ad essersi mosso in questo senso.

(7) Indicazioni in tal senso si ritrovano anche in vari atti della Regione Lombardia, abitualmente ritenuta una tra le meno sensibili alle esigenze di governo degli interventi di welfare.

Rimandando per approfondimenti alle fonti da cui sono stati tratti i dati riportati nella tabella 4, le informazioni ivi riassunte consentono di cogliere, in primo luogo, che l'Italia si accomuna a Germania e Spagna per quanto riguarda l'*universalità dell'indennità rispetto all'età* del beneficiario, ma non alla Francia, dove l'indennità è riservata esclusivamente a soggetti anziani ultrasessantenni. L'impostazione data dalla normativa francese all'intervento sembra sottolineare una più forte volontà di far specificamente fronte alle esigenze derivanti dall'invecchiamento della popolazione, di quanto non avvenga negli altri paesi, compreso il nostro.

Un aspetto che invece differenzia nettamente l'approccio italiano dagli altri tre qui considerati è la *mancata differenziazione dell'importo della prestazione rispetto al grado di non autosufficienza* del beneficiario. A fronte dell'unica categoria riscontrabile nel contesto italiano, se ne osservano tre in Germania, quattro in Francia e ben sei in Spagna (per lo meno quando lo schema della *Ley de dependencia* sarà entrato a regime, nel 2015, e di cui comunque già oggi tre operative). Sorge pertanto immediato il suggerimento di verificare quali opzioni siano percorribili anche in Italia per graduare gli importi delle prestazioni economiche nazionali, in modo da garantire un più attento riconoscimento alle esigenze di sostegno derivanti da livelli di bisogno diversi. E poco incide, in tal senso, il fatto che l'Italia sia in compagnia di Germania e Spagna nel non prendere in considerazione il reddito del potenziale beneficiario al fine di determinare l'importo della prestazione da erogare, meccanismo che invece opera in Francia.

Cruciale appare anche un'altra anomalia del caso italiano, ed in particolare la mancata possibilità, per la persona (anziana) non autosufficiente, di optare – come negli altri paesi considerati – tra contributi monetari e servizi in natura (territoriali e residenziali), nell'ambito di un unico procedimento di valutazione/erogazione. L'esistenza in Italia di più meccanismi paralleli di accertamento del bisogno di cura ed attivazione delle risposte ad esso (per il riconoscimento dell'invalidità civile e l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento, facente capo all'INPS; per l'accesso ai servizi sanitari, facente riferimento alle Asl; per il ricorso ai servizi sociali, tramite i Comuni), impedisce al momento di raccordare l'erogazione di contributi con quella degli altri servizi. E quindi finisce con l'ostacolare, attraverso l'esistente *discontinuità* tra le diverse prestazioni possibili, la loro integrazione in un unico percorso volto a garantire l'auspicabile *continuità* assistenziale.

L'Italia si distingue dagli altri paesi anche per il grado di copertura delle prestazioni economiche nazionali, che raggiunge il 9,5% della popolazione anziana, rispetto al 5-7% di Francia, Germania e Spagna. In proposito va tuttavia osservato che il tasso italiano risultava su livelli simili a quelli degli altri paesi fino a pochissimi anni fa (cfr. tab. 2), e che l'attuale valore non è cresciuto a seguito di una modifica normativa dei criteri di eleggibilità, bensì probabilmente perché

gli stessi vengono ultimamente applicati con modalità meno rigide da parte delle competenti Commissioni di valutazione operanti sul territorio nazionale, forse anche in relazione ad un accresciuto numero di richieste.

Tabella 4 - Prestazioni economiche statali a sostegno della persona anziana non autosufficiente in Italia, Francia, Germania e Spagna

	Italia	Francia	Germania	Spagna
Nome contributo/normativa	Indennità di accompagnamento	APA (Allocation personnalisée à l'autonomie)	Pflegegeld (PG) (Pflegeversicherung)	Prestazione economica (PE) (Ley de dependencia)
Limiti di età	No	60 anni ed oltre	No	No
Importo della prestazione economica in euro rispetto al requisito di non autosufficienza (dal grado più elevato al meno elevato) ¹	472,00	821 ² (GIR1)	665 (grado 3)	507 (gr. 3 liv. 2)
		616 ² (GIR2)		406 (gr. 3 liv. 1)
		497 ² (GIR3)	410 (grado 2)	328 (gr. 2 liv. 2)
		319 ² (GIR4)	205 (grado 1)	3
Limiti di reddito	No	Tenuti presenti per il co-finanziamento	No	No
Integrazione con rete di servizi	No	Sì, l'uso di servizi riduce l'importo erogato	Sì, l'uso di servizi aumenta notevolmente l'importo erogato	Sì, l'uso di servizi aumenta del 50-60% l'importo erogato
Grado di copertura rispetto alla popolazione over 65 a domicilio	9,5% (2008) ⁴	4,8% (2006, over 60)	6,7% (2006)	7% (2010) ⁵
Spesa complessiva annua (in miliardi) ⁶	6,3 (2008)	2,9 (2007)	7,3 (2007)	1,4 (2007) ⁷
Fonte di finanziamento	Stato	Stato	Assicurazione obbligatoria per lavoratori e datori di lavoro	Stato (50%) e Comunità Autonome (50%)

¹ La corrispondenza tra livelli di prestazioni di diversi paesi è qui proposta solo a titolo esemplificativo, e non ambisce a riconoscere l'esistenza di una reale comparabilità tra sistemi che rispondono a logiche solo in parte confrontabili.

² Valori medi comprensivi del co-finanziamento da parte dell'utente. Il valore massimo può superare tali livelli: GIR1: 1.209,00 euro; GIR2: 1.036,00; GIR3: 777,00; GIR4: 519,00.

³ Questo ed altri due ulteriori livelli relativi a gradi meno gravi di non autosufficienza saranno introdotti gradualmente entro il 2015.

⁴ Nel 2006, stesso anno di riferimento impiegato per Francia e Germania, tale valore ammontava all'8,4%.

⁵ È pianificata la sua crescita fino al 13% degli ultrasessantacinquenni nel 2015.

⁶ Proprie elaborazioni basate sull'incrocio dei dati ricavati dalle fonti proposte, limitatamente alla popolazione residente a domicilio (condizione equivalente al requisito per poter percepire l'indennità di accompagnamento in Italia).

⁷ È pianificata la sua crescita fino a 4,4 miliardi di euro nel 2015.

Fonti: per la Francia: Ranci, Da Roit e Pavolini 2008; Le Bihan e Martin, 2008; per la Germania: Ranci, Da Roit e Pavolini 2008 e Bundesministerium für Gesundheit 2009; per la Spagna: Gori e Casanova, 2009

Alla luce di questo trend, la spesa complessivamente sostenuta per l'erogazione dell'indennità di accompagnamento ad anziani raggiunge in Italia un livello prossimo a quello della Germania, e più alto di quello di Francia e Spagna (anche rispetto a quello previsto quando la riforma spagnola entrerà a regime). In termini di riflessione politica va tuttavia sottolineato che, se in Italia e in Francia la fonte di finanziamento della misura è esclusivamente statale, in Spagna la recente riforma è riuscita a decollare grazie ad uno sforzo paritario da parte di Stato e Comunità autonome, mentre in Germania si perpetua la tradizione bismarckiana di sistemi assicurativi pubblici basati su contributi gravanti sul costo del lavoro.

6. Osservazioni conclusive

La ricostruzione proposta della storia dell'indennità di accompagnamento e degli assegni di cura sullo sfondo del contesto europeo ha messo in evidenza alcuni dei nodi principali su cui il dibattito italiano si è soffermato (Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006). Questi possono essere raggruppati rispetto ad almeno tre direttrici, di seguito illustrate.

Un primo aspetto concerne il *vincolo delle risorse*. Le risorse oggi spese per l'indennità di accompagnamento sono sufficienti a coprire il fabbisogno assistenziale della popolazione anziana non autosufficiente? Da un rapido confronto internazionale l'Italia non sembrerebbe dedicare cifre particolarmente ridotte al settore ⁽⁸⁾, quanto soprattutto evidenziare una mancanza di graduazione degli importi, e di raccordo tra il sistema delle prestazioni economiche nazionali e la rete dei servizi.

Per quanto concerne la graduazione degli importi, il rispetto di un basilare principio di equità richiederebbe che, a prescindere dall'ammontare delle risorse disponibili, *a livelli maggiori di bisogno corrispondessero livelli maggiori di sostegno*. L'attuale configurazione del sistema italiano di trasferimenti monetari per la popolazione non autosufficiente in età anziana non prevede invece alcuna modulazione dell'importo dell'indennità di accompagnamento rispetto alla gravità delle esigenze assistenziali dei beneficiari. Né d'altra parte prevede un'estensione al di sopra dei 65 anni delle altre prestazioni economiche per invalidità civile, che contemplano assegni e pensioni per livelli inferiori di non autosufficienza, a cau-

⁽⁸⁾ Tuttavia questa situazione potrebbe modificarsi rapidamente, se è vero che nel corso del 2009 è previsto un nuovo piano straordinario di 200.000 accertamenti volti a verificare la correttezza delle prestazioni attualmente erogate (Ministero della salute, 2008), che potrebbe condurre ad una sensibile contrazione del numero di indennità, similmente a quanto già accaduto nella seconda metà degli anni '90.

sa di problemi insorti durante l'età giovanile ed adulta (Lamura e Principi, 2009). L'estensione di istituti già esistenti nel vigente sistema di prestazioni economiche – seguendo l'esempio di quanto già accaduto negli anni '80 proprio all'indennità di accompagnamento, dalla cui fruizione era inizialmente esclusa la popolazione anziana – appare al momento l'opzione forse più facilmente praticabile.

Per quanto riguarda l'esigenza di un più sistematico *collegamento tra sistema di prestazioni economiche nazionali e rete locale dei servizi*, questo appare essenziale perché possa svilupparsi un approccio integrato e sinergico a sostegno della non autosufficienza. A tal fine, strategico risulta, in primo luogo, far sì che l'indennità di accompagnamento venga fatta confluire all'interno del sistema dei livelli essenziali dei servizi e, al contempo, che le procedure di valutazione dei requisiti per l'accesso all'indennità di accompagnamento siano integrate con quelle proprie della valutazione multi-dimensionale compiuta dall'Unità di valutazione distrettuale. Un ulteriore elemento da prendere necessariamente in considerazione è quello della rendicontazione rispetto all'utilizzo dell'indennità, in modo da collegarla, almeno in parte, all'impiego di servizi alla persona "accreditati", compresi quelli prestati dalle assistenti familiari di origine straniera. Da ultimo, non può escludersi, da un progetto di riforma complessivo, la necessità di raccordare l'erogazione dell'indennità con schemi locali (comunali e/o regionali) di concessione di assegni di cura e prestazioni equivalenti.

L'adozione di provvedimenti che riformino il sistema vigente secondo le direttrici sopra delineate appare non più dilazionabile. Ciò anche alla luce delle crescenti difficoltà che caratterizzano molte famiglie italiane nel far fronte alle esigenze assistenziali dei propri componenti più anziani, in parte dovute anche all'incertezza circa la possibilità di continuare ad assumere assistenti straniere nel prossimo futuro (CeSPI, 2008).

5. I sostegni al lavoro privato di cura

Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini

1. Introduzione

Le assistenti familiari sono, dopo la famiglia, la risorsa di aiuto di gran lunga più utilizzata dalla popolazione anziana in condizione di fragilità. Negli ultimi dieci anni il loro numero è cresciuto esponenzialmente fino ad arrivare, secondo nostre recenti stime, ad oltre settecentomila (Pasquinelli e Rusmini, 2008), di cui in larga parte straniera. È alla fine degli anni Novanta che il loro numero inizia a crescere esponenzialmente, quando lo stesso termine “badante” comincia a entrare nel linguaggio comune e il fenomeno assume un radicamento sempre più capillare sul territorio.

I motivi di questa crescita sono noti: una montante domanda di assistenza, risorse familiari sempre più ridotte e un intervento pubblico limitato nel rispondere alle sole situazioni di maggiore fragilità. Ingredienti che hanno indotto una progressiva accettazione, nelle famiglie italiane, della “badante” come risposta ai problemi di cura di un membro in difficoltà. Non solo come risposta temporanea, ma ormai come una possibilità ritenuta *fisiologica* per le esigenze di cura familiari.

Solo una badante su tre ha un contratto di lavoro, secondo una stima cauta e moderatamente ottimistica. Fare emergere il lavoro privato di cura, sostenerlo, qualificarlo, sono obiettivi non facili. L’irregolarità del mercato sommerso prospera, in una fitta rete di reciproche convenienze. Quello irregolare è un mercato dequalificato, aleatorio, a rischio di sfruttamento, fatto di tante solitudini che si incontrano. Un mercato in cui raramente ciò di cui c’è bisogno corrisponde a ciò che si offre: da qui infiniti problemi, perché la chiusura in uno spazio domestico tende ad amplificare rapidamente le difficoltà. Che talvolta sfociano in vertenze legali. Alla larga quota di lavoro irregolare si associa l’assenza di tutele, indeterminatezza della durata dei rapporti di lavoro, precarietà, con conseguente scarsa motivazione all’investimento professionale. Tutto ciò ha evidenti ripercussioni sulla qualità dell’assistenza, che soffre di discontinuità temporale, scarsa competenza tecnica, scarse possibilità di connessione con le altre risorse di cura.

Questo capitolo presenta e discute gli interventi volti a sostenere l’assistenza privata a pagamento. Sulle assistenti familiari si moltiplicano iniziative e progetti, diversi tra loro ma convergenti nello sforzo di fare emergere e sostenere il lavoro privato di cura.

Gli interventi si possono suddividere in due obiettivi di *policy*: sostenere la domanda e sostenere l'offerta di assistenza, in considerazione dei diversi interessi che caratterizzano i due versanti. Nel primo rientrano gli sforzi volti a venire incontro alle famiglie e alla loro domanda di cura: condividendone le responsabilità, sostenendo le diverse capacità di spesa, aiutandole a gestire gli oneri legati alla ricerca di una figura adeguata al bisogno. Il secondo obiettivo riguarda invece chi offre assistenza, le "badanti": comprende le azioni finalizzate a facilitarne la regolarizzazione, qualificarne il ruolo professionale, riconoscerne l'apporto nel quadro di un mercato regolato.

Concretamente, nel primo caso troviamo assegni di cura e sostegni economici, agevolazioni fiscali, servizi di informazione e orientamento, sportelli volti ad agevolare l'incontro con l'offerta di lavoro. Nel secondo caso, il sostegno dell'offerta di assistenza riguarda soprattutto formazione professionale, accreditamento delle competenze, e ancora informazione e orientamento nel mercato privato della cura. L'insieme degli interventi posti in essere a livello regionale e locale viene riassunto nella tabella 1. Il capitolo prenderà via via in considerazione tali azioni, illustrandone diffusione, principali caratteristiche e prospettive di sviluppo.

Tabella 1 - Interventi in tema di assistenti familiari e relativa diffusione

Obiettivo di policy	Interventi	Diffusione (minima: * massima: ****)
Sostegno della domanda	Assegni di cura specifici (per chi si avvale di un'assistente familiare)	**
	Agevolazioni fiscali	*
Sostegno dell'offerta	Corsi di formazione	***
	Albi delle assistenti accreditate	*
Sostegno della domanda e dell'offerta	Servizi per l'incontro domanda/offerta (sportelli)	**

2. Assegni di cura

Alcune Regioni erogano un sostegno economico, sotto forma di assegno di cura, agli anziani che ricorrono a un'assistente familiare; si tratta di una misura differente dall'abituale assegno di cura regionale, privo di vincoli cogenti sull'utilizzo (discusso nel capitolo 4). Sono Abruzzo, Emilia-Romagna, Veneto, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna ⁽¹⁾.

(¹) Abruzzo d.G.r. 1281 del 2007; Emilia-Romagna: d.G.r. 1206 del 2007; Veneto: d.G.r. 4135 del 2006; Valle d'Aosta: d.G.r. 690 del 2007; Friuli-Venezia Giulia: Decreto Pres. 35 del 2007; Sardegna: d.G.r. 44/13 del 2007.

In Lombardia predomina largamente l'uso dei "buoni sociali", come vengono chiamati

La finalità di questo tipo di assegni può essere duplice:

a) *Sostenere le famiglie e favorire l'emersione del lavoro nero*. Il contributo è vincolato alla regolare assunzione di un'assistente familiare (da parte della famiglia o di una cooperativa esterna) ed è finalizzato non solo a sostenere le famiglie, ma anche incentivare l'emersione del lavoro sommerso. È il caso per esempio di Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, e del Veneto ⁽²⁾.

b) *Sostenere le famiglie, favorire l'emersione del lavoro nero e qualificare il lavoro di cura*. In questo caso il contributo è vincolato non solo alla regolare assunzione dell'operatrice, ma anche alla sua iscrizione all'albo, o registro, delle assistenti qualificate. Il contributo badanti, in questi casi, si inserisce in una strategia più ampia, che vuole non solo sostenere e far emergere, ma anche qualificare il lavoro privato di cura, connetterlo il più possibile alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari. Rientrano in questa categoria la Sardegna e la Valle d'Aosta ⁽³⁾.

Tabella 2 - Obiettivi di *policy* degli assegni per assistenti familiari

Obiettivo di <i>policy</i>	Significato	Esempi regionali
Sostenere e regolarizzare	Si sostiene chi è più fragile e si fa emergere il mercato nero	Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto
Sostenere, regolarizzare e qualificare	Emersione dal mercato nero, qualificazione del lavoro di cura, connessione con il sistema dei servizi	Sardegna, Valle d'Aosta

Al primo obiettivo di *policy* individuato ("sostenere e regolarizzare") possono essere ricondotte Regioni quali Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto. Il Veneto ha unificato precedenti misure in un assegno rivolto ai

qui gli assegni di cura, la cui finalità e organizzazione è demandata ai singoli territori. Solo alla fine del 2007 la Regione ha iniziato ad affrontare il lavoro privato a pagamento, stanziando 5,5 milioni di euro ai 98 ambiti distrettuali da usare come "buoni sociali mirati", ossia assegni di cura con lo scopo di sostenere gli oneri finanziari legati al ricorso a un'assistente familiare, nel quadro di un'ampia discrezionalità locale.

L'Umbria con la l.r. 28 del 2007 e successivamente con il Piano regionale integrato per la non autosufficienza (2008) ha previsto interventi di qualificazione e sostegno alla famiglia per favorire l'emersione del lavoro di cura.

Il Lazio alla fine del 2008 (d.G.r. 890) ha destinato 2 milioni 800mila euro (provenienti dal FNPS e da fondi regionali) per interventi sperimentali di qualificazione, sostegno economico e incontro domanda/offerta di lavoro di cura. Tali interventi sono affidati, tanto nella programmazione che nella realizzazione, ai Comuni capofila dei distretti sociosanitari.

⁽²⁾ Questo non significa che in tali Regioni non siano in attuazione interventi formativi tesi a qualificare il lavoro di cura. La partecipazione ai corsi da parte dell'assistente familiare, tuttavia, non è attualmente un requisito per accedere al contributo.

⁽³⁾ In Valle d'Aosta la recente definizione formale della figura dell'assistente personale e del suo profilo formativo ha lo scopo di legare, nel prossimo futuro, l'erogazione dei contributi economici all'iscrizione dell'assistente nel registro regionale delle operatrici qualificate.

non autosufficienti assistiti a domicilio, indipendentemente dalla loro età. Il contributo massimo è di 520 euro mensili, graduato in base al reddito (con una soglia Isee particolarmente bassa: 14.992 euro) e al carico assistenziale.

Al secondo tipo di obiettivi di *policy* ("sostenere, regolarizzare, qualificare") può essere ricondotto un minor numero di Regioni che, almeno nelle intenzioni, legano i contributi a una politica di qualificazione del lavoro privato di cura. Il trasferimento si vincola non solo alla stipula di un contratto di lavoro ma anche alla iscrizione dell'assistente ad un registro o albo delle assistenti qualificate oppure alla disponibilità a far partecipare l'assistente familiare ad appositi programmi di formazione. È il caso della Sardegna, che ha introdotto una misura a sostegno degli anziani gravemente non autosufficienti che si avvalgono dell'aiuto di un'assistente familiare. Si tratta di un contributo annuo di 3.000 euro, per chi ha un Isee non superiore a 32.000 euro.

Gli assegni di cura per le assistenti familiari possono essere valutati in relazione agli obiettivi di *policy* (tab. 2). Nel primo caso gli indicatori di risultato sono soprattutto due: il numero di anziani fragili, effettivamente beneficiari rispetto a coloro che lo sono potenzialmente, e il numero di regolarizzazioni lavorative effettuate. Il secondo obiettivo può essere valutato in base ad ulteriori indicatori: il numero di assistenti familiari che completano corsi di formazione, di famiglie che ricorrono ad albi e sportelli dedicati, di famiglie che utilizzano il contributo e permettono all'assistente familiare di formarsi. Ad oggi queste diverse informazioni sono spesso mancanti.

Alcune informazioni sui beneficiari rivelano criticità comuni a queste misure. Criticità legate essenzialmente al basso tasso di partecipazione dimostrato da anziani e famiglie. Colpisce infatti il loro numero limitato, nei vari contesti. In Veneto nel 2007 hanno beneficiato del contributo badanti un totale di 2.800 famiglie, a fronte di 24.000 beneficiari di assegni di cura: poco più di uno su dieci. In Friuli-Venezia Giulia i beneficiari nello stesso anno sono stati meno di 400, a fronte di oltre 3.000 utenti dell'assegno per l'autonomia: un rapporto di poco superiore. Dimensioni molto contenute. È infatti ragionevole stimare che almeno metà dei beneficiari degli assegni di cura si avvalgano di una badante (Ola, 2005; Regione Lombardia, 2008), come conferma anche il monitoraggio della Regione Emilia-Romagna sugli assegni di cura, dove risulta che una percentuale non inferiore al 40-45% di coloro che lo ricevono ricorrono contemporaneamente a un'assistente familiare (Regione Emilia-Romagna, 2006). Il tasso di adesione a queste misure, dunque, è un problema: i fruitori reali sono molto meno di quelli potenziali.

Perché questo tipo di assegni incontra una risposta così tiepida? Possiamo rispondere in modo sintetico: perché le famiglie preferiscono comunque il mercato irregolare, anche rinunciando a un incentivo economico.

Tabella 3 - Gli assegni di cura per chi si avvale di badanti

Regione	Criteri di accesso	Entità assegno
Abruzzo	▪ Non autosufficienza certificata ▪ L'Isce dell'anziano concorre alla formazione della graduatoria ▪ Regolare assunzione dell'assistente	fino a € 300 mensili
Emilia-Romagna	▪ Non autosufficienza certificata ▪ Isee del beneficiario non superiore a € 10.000 annui ▪ Regolare assunzione dell'assistente	€ 160 mensili*
Friuli-Venezia Giulia	▪ Non autosufficienza certificata ▪ Isee familiare non superiore a € 35.000 ▪ Regolare assunzione dell'assistente per almeno 25 h settimanali	da 25 a 39 h sett.: € 120 mensili oltre 40 h sett.: € 200 mensili
Veneto	▪ Non autosufficienza certificata ▪ Isee familiare non superiore a € 14.992 ▪ Regolare assunzione dell'assistente per almeno 24 h settimanali	fino a € 260 mensili, in funzione delle ore di assistenza *
Sardegna	▪ Disabilità grave certificata ▪ Isee non superiore a € 32.000 annui ▪ Assunzione regolare di un'A.F. per almeno 6 ore al giorno 6 giorni alla settimana ▪ Iscrizione dell'assistente nell'apposito registro pubblico ▪ Partecipazione dell'assistente ai programmi di formazione che saranno promossi	€ 3.000 annui
Valle d'Aosta	▪ Non autosufficienza certificata ▪ Tempo di residenza nella Regione ▪ Sottoscrizione di un progetto alternativo all'inserimento in struttura ▪ Regolare assunzione dell'assistente ▪ In futuro: iscrizione dell'assistente nell'apposito registro regionale	fino a € 1.800 mensili, in base alle ore settimanali di assistenza, alla co-residenza, al n. di assistenti assunte.
* L'assegno badanti costituisce un supplemento all'assegno di cura		

Fonte: elaborazioni Irs su fonti regionali diverse

L'entità dei contributi costituisce da questo punto di vista una variabile chiave, che presenta notevoli differenze, solitamente proporzionate secondo la rilevanza del carico assistenziale. L'importo può essere fisso o variabile: è fisso in Emilia-Romagna e in Sardegna, rispettivamente 160 e 250 euro al mese; è modulato in relazione al numero di ore lavorative e in base all'Isee: per esempio tra 50 e 260 euro in Veneto, tra 120 e 200 euro in Friuli-Venezia Giulia. Fisse o variabili, si tratta di cifre che non arrivano – nella maggior parte dei casi – a coprire gli oneri contributivi a carico delle famiglie, vale a dire il differenziale di costo tra mercato nero e mercato regolare.

Un assegno che si proponga di incentivare davvero l'emersione deve avere una consistenza economica coerente. Ma la possibilità di migliorare il tasso di partecipazione dipenderà anche dalla capacità di offrire un insieme coordinato di servizi. Che è il valore aggiunto che l'ente pubblico può fornire, rispetto al mercato privato, e che risiede nella possibilità di offrire interventi diversi: di facilitazione dell'incontro tra domanda e offerta di assistenza, di un sostegno continuativo nel tempo, di tutela, di integrazione tra interventi sociali e sanitari, domiciliari e (anche temporaneamente) residenziali.

3. Agevolazioni fiscali

Gli oneri contributivi a carico delle famiglie costituiscono nel contratto colf l'ostacolo più rilevante all'emersione dal mercato nero. È infatti noto come l'assistenza privata a pagamento sia caratterizzata da una larga quota di mercato sommerso, che secondo le stime più recenti riguarda il 60-70 per cento delle assistenti familiari (Iref, 2008; Fondazione Ismu, 2008; Pasquinelli e Rusmini, 2008).

Aumentare la regolarizzazione dei rapporti di lavoro è un prerequisito per sostenere l'intervento delle assistenti familiari, qualificarne le funzioni, aiutare le famiglie nella direzione di un mercato che si collega con il sistema dei servizi, sociali e sociosanitari.

La disciplina fiscale consente – per chi ha un reddito non superiore a 40 mila euro – una detrazione del 19 per cento di un importo non superiore a 2.100 euro annui per l'assistenza ad anziani non autosufficienti. Il totale dà 399 euro. Esiste inoltre la possibilità di una deduzione fiscale dai redditi del datore di lavoro, entro un limite massimo di 1.549 euro. Anche sommando le due possibilità, le agevolazioni risultano molto limitate. A fronte di oneri contributivi che possono raggiungere i 3.000 euro all'anno, l'attuale sconto fiscale sfiora, nel migliore dei casi, il 15 per cento di tali oneri.

I minimi retributivi sono aumentati in media del 30 per cento con il contratto colf in vigore da marzo 2007, mentre le possibilità di detrazione sono rimaste uguali, sostanzialmente irrilevanti al fine di fare emergere il sommerso. Inoltre, vige un sistema di adeguamenti annuali dei minimi retributivi, aggiornati dall'Inps, con le aliquote contributive per i lavoratori domestici, in base all'indice del costo della vita.

Il divario economico tra mercato regolare e irregolare risulta consistente, particolarmente pronunciato nel caso della co-residenza (tabella 4). In questo caso un'assunzione comporta un costo di circa il 40 per cento superiore rispetto a un impiego irregolare, senza contratto, una percentuale che varia a seconda del livello di inquadramento e a seconda dei prezzi in uso nel mercato nero. Le stesse assistenti familiari – peraltro – tendono a rinunciare a un rapporto regolare, in

cambio di maggiore liquidità. Tranne quando si avvicina il momento di rinnovare il permesso di soggiorno, quando devono dimostrare di avere un lavoro.

L'*escamotage* diventa allora quello di assumere la badante per il minimo, 25 ore alla settimana, anche quando lavora molto di più, fino alla co-residenza. È questa una pratica sempre più ricorrente: conviene al datore di lavoro, che paga pochi contributi pur essendo in regola, conviene al lavoratore, che ha un contratto che non ne penalizza più di tanto la retribuzione netta.

Tabella 4 - Costo medio mensile in euro di un'assistente familiare

	Co-residente (54 ore settimanali)	25 ore settimanali
Con contratto colf *	1.350	850
In nero (media)	850-1.000	700
* Il costo fa riferimento a un'assistente per non autosufficienti (categoria C super). Comprende il Tfr, la sostituzione durante le ferie e il costo di gestione della busta paga.		

Ma la convenienza del mercato irregolare non è solo economica. Molte famiglie preferiscono il mercato nero per l'immediatezza di risposte che vi trova, i gradi di libertà e l'assenza di vincoli. Aspetti valorizzati dalle stesse assistenti familiari, in special modo quelle con progetti migratori di breve durata, che preferiscono rinunciare alle tutele contrattuali in cambio di una massimizzazione economica del proprio tempo di lavoro (Pasquinelli, Rusmini, 2008).

Ciò rinvia alla necessità di affiancare alle agevolazioni fiscali altri tipi di intervento, *family friendly* e *labour friendly*. È necessario arrivare a detrarre una parte ben più rilevante degli oneri contributivi, in modo da rendere l'assunzione regolare meno penalizzante. Maggiori agevolazioni fiscali possono costituire un segnale nuovo da parte dello Stato, perché innalzano i livelli di socializzazione dei costi della cura, che le famiglie si accollano e che gestiscono in modo molto privatizzato.

Ipotesi diverse sono state avanzate in questa direzione (si veda: Baldini *et al.*, 2008), tra cui in particolare l'aumento dell'importo degli sconti fiscali, e una fiscalizzazione degli oneri contributivi a carico delle famiglie. Di queste due proposte, largamente condivisibili, colpisce il costo relativamente contenuto che esse avrebbero sui conti dello Stato, oscillante tra 184 a 636 milioni di euro. Entrambe le proposte avanzate ipotizzano agevolazioni proporzionali alle disponibilità di reddito delle famiglie, in modo tale che nelle fasce di reddito più basse le agevolazioni arrivano a coprire più di due terzi degli oneri contributivi. Esse riguarderebbero una quota significativa di anziani che si avvalgono di assistenti familiari, il 4 per cento degli ultra 65enni.

Una soluzione ancora più incisiva, che tende ad azzerare il differenziale tra mercato nero e assunzione con contratto, è l'offerta di un credito di imposta per le famiglie che si avvalgono di un'assistente familiare. Ipotizzando un credito fino a tremila euro, la spesa stimata si aggirerebbe intorno a 1,4 miliardi di euro (Baldini *et al.*, 2008). Un impegno rilevante, che tuttavia assicurerebbe la drastica riduzione del mercato nero, oltre ad affermare con i fatti il ruolo di uno Stato *family friendly*, che si prende cura degli oneri familiari.

4. La formazione regionale

La formazione delle assistenti familiari è uno degli interventi più ricorrenti nella regolazione del mercato privato di cura. I percorsi formativi per l'assistente familiare, definiti a livello regionale, possono ricoprire tre funzioni:

a. *Garantire un livello di competenza di base.* Sono ormai numerose le iniziative di qualificazione delle assistenti familiari, soprattutto nelle Regioni del Nord, prevalentemente da parte di Comuni, Distretti e in casi più rari Province, che possono essere molto differenziate fra loro in termini di durata dei corsi, argomenti affrontati, requisiti di accesso agli albi, ecc. La definizione di un percorso standard garantisce un livello minimo ed uniforme di acquisizione di competenze.

b. *Uniformare la validità territoriale del titolo.* Il riconoscimento del titolo sul territorio regionale consente alle assistenti di operare in un Comune/Distretto/Provincia diverso da quello dove hanno frequentato il corso.

c. *Offrire un percorso di crescita professionale.* Le badanti possono intraprendere un percorso di qualificazione che, se opportunamente collegato a qualifiche di livello più elevato, attraverso il riconoscimento dei crediti, consente loro di progredire professionalmente e di progettare un proprio percorso professionale.

Le Regioni che hanno definito i termini e i contenuti del percorso formativo per le assistenti familiari sono 9: Toscana, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e recentemente il Lazio, la Valle d'Aosta, la Lombardia e le Marche. Altre Regioni come la Sardegna, il Veneto, l'Umbria ed il Piemonte stanno cercando di farlo (Rusmini, 2009).

L'analisi degli *iter* formativi regionali ⁽⁴⁾ si basa sulla normativa che li regola (soprattutto leggi regionali e deliberazioni di giunta regionale) e sui pochi riscontri disponibili in merito alla realizzazione dei corsi. Sono infatti estremamente scarse le informazioni sul numero di assistenti familiari formate, anche per via del re-

(4) Il percorso formativo della Regione Marche, definito all'inizio di febbraio 2009, è escluso dall'analisi in quanto l'atto normativo che lo regola non era disponibile al momento della stesura di questa analisi.

cente avvio dei corsi. È comunque ragionevole supporre che il loro numero, nei diverse contesti, sia ancora molto limitato.

L'analisi è focalizzata su alcuni aspetti: i requisiti di accesso e i criteri di selezione, la durata dei corsi, l'articolazione in ore di aula e ore di tirocinio, il riconoscimento dei crediti formativi (in entrata e in uscita), i contenuti dei corsi stessi (in macro-aree) ⁽⁵⁾.

Requisiti d'accesso e criteri di selezione. Maggiore età, permesso di soggiorno, conoscenza dell'italiano sono requisiti di accesso presenti quasi sempre. L'insegnamento della lingua non rientra fra le materie di studio dei corsi, essendo ritenuto un pre-requisito. Nel caso del Friuli-Venezia Giulia, dell'Emilia-Romagna e della Lombardia la normativa prevede che l'accesso al corso possa essere preceduto da un modulo formativo/corso di lingua rivolto agli stranieri che non mostrano una adeguata padronanza. Infine, la metà dei corsi prevede una selezione sulla base della motivazione e dell'attitudine.

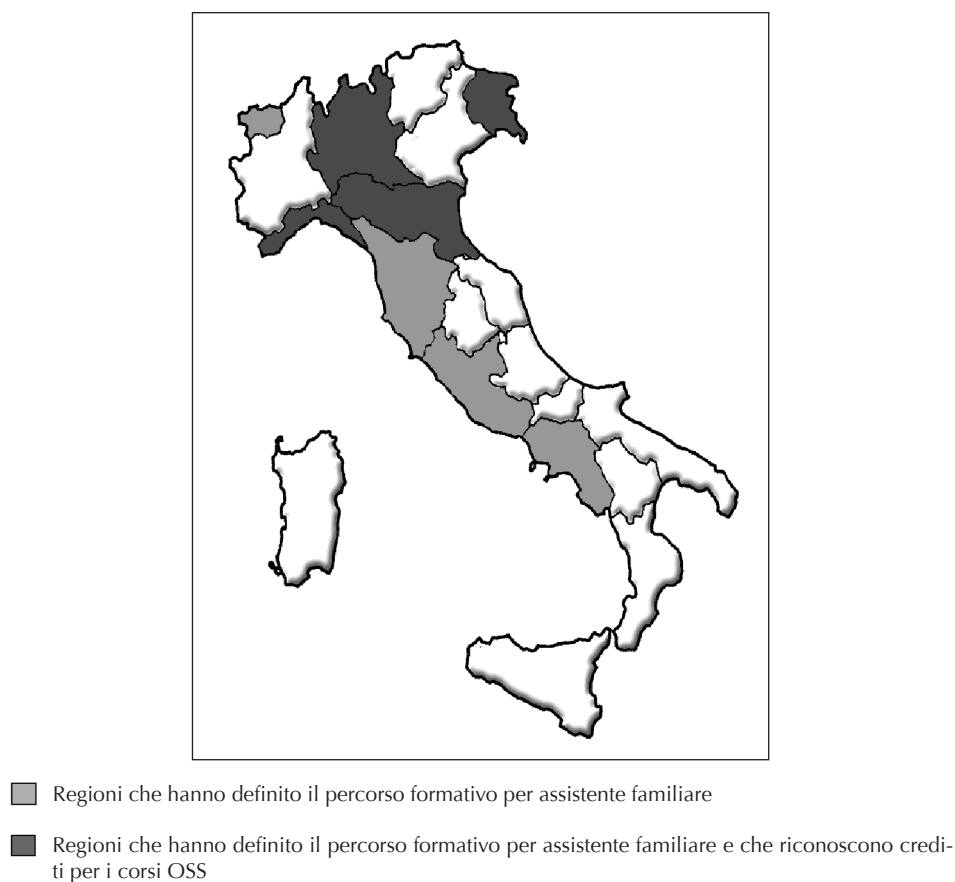
Durata e articolazione. I percorsi formativi hanno una durata compresa fra 120 e 300 ore, comprensiva di momenti di formazione in aula ed esercitazioni pratiche. I dati evidenziano una tendenza al contenimento della durata dei corsi, ma anche alla "modularità": i corsi di Lazio e Lombardia, fra i più lunghi, presentano una durata "sdoppiata": 120 e 300 ore il primo, 160 e 260 ore il secondo. La versione base del corso lombardo, inoltre, presenta una durata articolata in un modulo introduttivo di 40 ore ed uno "base" di 120 ore; questo per "predisporre percorsi formativi flessibili, sostenibili e vicini ai progetti individuali delle persone che prestano – o intendono prestare – attività di assistenza familiare". Il contenimento della durata dei programmi formativi e l'articolazione modulare hanno lo scopo di favorire la partecipazione ai corsi: le ore dedicate alla formazione rappresentano, infatti, una sottrazione di tempo all'attività lavorativa. Questo comporta una riduzione di reddito e (spesso) un motivo di attrito con l'anziano e la famiglia, che faticano a rinunciare anche solo per poche ore alle cure dell'assistente.

Crediti formativi in ingresso e in uscita. I crediti formativi si distinguono fra crediti in ingresso, che consentono l'abbreviazione del percorso sulla base di una valutazione delle competenze acquisite in campo formativo e/o lavorativo, e crediti in uscita, che permettono di abbreviare la durata di successivi percorsi di qualificazione (come quelli per ASA e OSS).

⁽⁵⁾ Un quadro sinottico dei programmi regionali di formazione delle assistenti familiari si trova in Rusmini, 2009.

I crediti formativi in uscita sono riconosciuti dalla metà dei corsi regionali per assistenti familiari (fig. 1). L'attribuzione dei crediti per l'accesso a corsi che portano a qualifiche superiori rappresenta un elemento importante per l'appetibilità dei corsi, soprattutto per le assistenti familiari che hanno progetti migratori di lungo periodo e intendono continuare il lavoro nel settore.

Figura 1 - Regioni che hanno definito il percorso formativo per l'assistente familiare



Contenuti. L'analisi evidenzia una notevole omogeneità nei contenuti formativi. Gli elementi di differenziazione riguardano soprattutto l'area tecnico-operativa, in particolare lo studio della geriatria (ossia delle patologie più frequenti nella persona anziana, soprattutto quelle di tipo cognitivo) e del pronto soccorso, che rappresentano aspetti del lavoro di cura sui quali le assistenti familiari riferiscono di sentirsi più carenti.

I percorsi formativi presentano differenti definizioni dei contenuti e diverse articolazioni dei contenuti stessi in aree tematiche. La riconduzione in categorie omogenee porta a individuare 4 macro-aree:

- *Istituzionale:* include lo studio della rete dei servizi sociosanitari, delle figure professionali in essa operanti e della normativa in materia di assistenza socio-sanitaria.
- *Contrattuale:* comprende l'analisi dei diritti e doveri del lavoratore, della persona assistita e dei familiari, il CCNL Colf, la condizione giuridica dello straniero in Italia.
- *Relazionale:* accorpa lo studio della psicologia dell'anziano, le tecniche di comunicazione, le modalità relazionali, la gestione delle emozioni e la capacità di ascolto, la prevenzione e mediazione delle tensioni.
- *Tecnico-operativa:* include l'igiene della persona, la mobilitazione (elementi di anatomia e fisiologia, tecniche di spostamento e sollevamento), la preparazione e la somministrazione dei cibi, la geriatria (studio delle patologie frequenti negli anziani), le nozioni di pronto soccorso, l'igiene domestica, il governo della casa (effettuare acquisti e sbrigare pratiche burocratiche).

Nel complesso, alcuni riscontri evidenziano la presenza di nodi critici nella formazione delle assistenti familiari:

a) *Elevati abbandoni:* conciliare la formazione con l'impegno richiesto dal lavoro di cura non è facile: da un lato le donne occupate come assistenti familiari vedono spesso la formazione come tempo sottratto al lavoro remunerato, dall'altro le famiglie hanno difficoltà (e scarso interesse) a rinunciare anche solo per qualche ora alla presenza dell'assistente.

b) *Ridotta adesione da parte delle AF con progetti di breve periodo:* le persone maggiormente interessate ad intraprendere un percorso formativo sono le donne con progetti migratori di lungo periodo, in particolar modo quelle che aspirano a lavorare in strutture come case di riposo e ospedali. Questo significa che la frequenza ai corsi può essere favorita dal riconoscimento di crediti formativi che consentano sviluppi successivi.

c) *Il rischio* – o l'opportunità, a seconda dei punti di vista – *che la formazione incentivi un cambio del settore lavorativo:* ossia che le assistenti proseguano il loro percorso di formazione passando ad altra qualifica professionale (ASA, OSS), transitando al sistema dei servizi pubblici. Si riproduce, così, un lavoro privato di cura scarsamente qualificato.

Non va inoltre dimenticato che l'accesso alla formazione è possibile solo per le assistenti familiari regolarmente soggiornanti in Italia. Sono quindi escluse dagli interventi di qualificazione le assistenti irregolari, che secondo recenti stime rappresentano oltre un terzo del totale (Pasquinelli e Rusmini, 2008). Si evidenzia, pertanto, la necessità di una maggiore coerenza tra gli interventi regionali di regolazione del mercato privato e le politiche nazionali per l'immigrazione.

5. Sportelli per l'incontro domanda/offerta

Ciò che più manca nel mercato sommerso è l'informazione: con famiglie sotto pressione e impreparate, canali di reclutamento casuali e dove l'incrocio, il cosiddetto *matching* tra domanda e offerta, avviene in modo più o meno estemporaneo, generando catene di problemi a non finire.

In questi anni si sono moltiplicati sportelli dedicati, probabilmente i servizi più riusciti in questo settore. Gli sportelli incontrano due solitudini. Quella dell'assistente familiare che vuole affrancarsi dal circuito chiuso delle proprie connazionali, e quella di una famiglia alla ricerca, spesso urgente, di un aiuto. Entrambi cercano naturalmente una risposta alle proprie richieste immediate, ma anche un contesto che li ascolti, che ne valuti capacità da un lato, bisogni dall'altro. Un contesto capace di *accompagnamento*.

Nelle realtà regionali vanno affermandosi due tipi di sportelli: luoghi di semplice informazione per le famiglie, oppure servizi di orientamento, accompagnamento, sostegno continuativo. Nei due casi possiamo chiederci quali sono i risultati raggiunti. Dove porta tutta questa attività? Le evidenze disponibili ⁽⁶⁾ mostrano buoni riscontri al primo livello, con una grande quantità di primi contatti, sia tra chi domanda lavoro (le famiglie) sia e soprattutto tra chi lo offre (assistenti familiari). I numeri diminuiscono di molto quando si passa dai primi contatti agli abbinamenti, i *matching* realizzati, nonché ai contratti regolarmente stipulati. Uno, se va bene due primi contatti su dieci si trasformano effettivamente in un'assunzione.

La disponibilità a stipulare un contratto di lavoro rimane bassa per evidenti motivi di convenienza reciproca. In nero una badante prende al netto di più e costa di meno alla famiglia, a parità di ore lavorate. In una situazione di questo tipo cercare di fare emergere il lavoro di cura solo attraverso l'azione di sportello rischia di essere velleitario. La pura intermediazione di lavoro, se non collega-

⁽⁶⁾ L'unica rilevazione sistematica a livello regionale sugli sportelli dedicati al lavoro privato di cura è quella della Regione Friuli-Venezia Giulia. Si veda il sito dell'Agenzia regionale del lavoro: <http://www.regione.fvg.it/>.

ta agli altri interventi di cui ci occupiamo in questo capitolo, ha il fiato corto e lo sforzo sembra sproporzionato ai risultati.

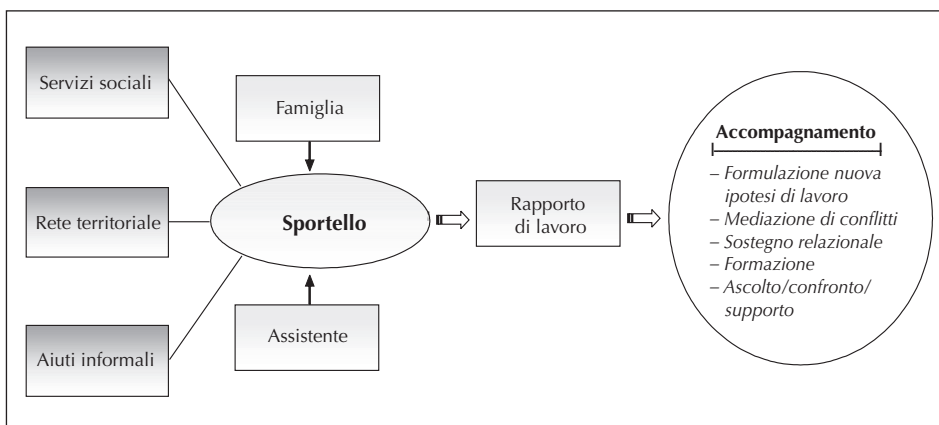
L'intermediazione è ciò che le persone chiedono, ma dietro si nascondono bisogni ben più ampi. Le famiglie in particolare non cercano solo la "badante giusta", ma sono interessate a un luogo che dia informazioni, che ascolti, a cui ci si possa appoggiare nel tempo, di cui ci si possa fidare, un luogo capace di rompere la solitudine del mercato.

Possiamo codificare la complessità delle variabili che intervengono nel processo di incontro tra il bisogno della famiglia e l'offerta di lavoro, per avanzare qualche ulteriore osservazione. La figura 2 rappresenta un diagramma di flusso cui si ispira l'attività di diversi sportelli. Rispetto a questo schema le esperienze si differenziano su due passaggi cruciali:

a) l'approfondimento nella lettura del bisogno, familiare da un lato e delle competenze lavorative dall'altro. In particolare, la presenza o meno di un vero e proprio "bilancio di competenze" aiuta a rendere l'attività di *matching* più adeguata e gli abbinamenti più efficaci;

b) l'accompagnamento successivo all'abbinamento. Un accordo formale tra le parti non garantisce di per sé alcuna stabilità: problemi, dissonanze, malintesi possono nascere dal giorno dopo. I nodi più ricorrenti possono riguardare le divergenze di carattere rispetto alle aspettative, il livello di apprezzamento del lavoro, la qualità della sistemazione abitativa, la fruizione delle ore di riposo, il livello retributivo, nonché il *turn-over* dell'assistente familiare e le sostituzioni. Da qui l'importanza di sportelli che si colleghino ai servizi sociali e che facciano da "sponda" rispetto a rapporti caratterizzati da una ricorrente instabilità.

Figura 2 - Il sistema di relazioni degli sportelli badanti



A fianco dell'attività di sportello si possono creare albi o "elenchi" di assistenti familiari accreditate, ossia di badanti che hanno seguito un percorso formativo o che dimostrano competenze specifiche nel fare questo lavoro. Si tratta di esperienze ancora sporadiche: pochi sono gli enti locali che si sono attivati in questa direzione, ritenendola delicata soprattutto dal punto di vista delle responsabilità che pone all'ente locale. La presenza di un albo infatti solleva delicati aspetti di natura giuridica circa l'attività domestica e di aiuto delle assistenti.

E tuttavia gli albi chiudono idealmente il cerchio di un possibile raccordo tra domanda e offerta e che risulta fondamentale per incentivare pratiche di emersione. Il valore aggiunto più prezioso degli sportelli sta infatti nel poter collegare i sostegni della domanda (contributi, orientamento, *case management*) ai sostegni dell'offerta (formazione, processi di accreditamento, albi). Diventando luoghi in cui i diversi interventi lavorano in modo complementare.

È auspicabile che queste esperienze crescano, coordinandosi, anche attraverso sostegni regionali (oggi ampiamente carenti). Senza però ridursi a fare solo pre-selezione. La pura intermediazione tra domanda e offerta di lavoro coglie solo una dimensione dei bisogni in gioco, che riguardano anche ascolto, accompagnamento, lettura della domanda e bilancio delle competenze. Attività che difficilmente possono svolgere *call center* o bacheche informatiche, oggi in aumento.

6. Conclusioni

A dispetto di quelle previsioni che davano il fenomeno "badanti" per transitorio e di corto respiro, questa presenza si sta oggi sempre più consolidando. In questo capitolo abbiamo analizzato gli interventi di welfare, in larga misura locale, che riguardano un lavoro di cura ancora ampiamente sommerso. La strada per fare emergere e qualificare questo settore di attività sembra ancora lunga.

Lo sforzo di sostenere le famiglie e migliorare la qualità dell'assistenza deve appoggiarsi a politiche nazionali per l'immigrazione e la defiscalizzazione orientate alle medesime finalità. Molte assistenti familiari sono prive del permesso di soggiorno, almeno un terzo secondo nostre stime. Con gli ultimi decreti flussi questa quota si è parzialmente ridotta, ma rimane un sistema, in particolare nella chiamata a distanza, palesemente inadeguato per questo tipo di attività e i soggetti interessati. A livello fiscale l'obiettivo deve essere quello di rendere meno onerosa l'assunzione di una assistente familiare, arrivando a poter detrarre almeno metà degli oneri contributivi.

Ne siamo sempre più convinti: costruire un'alternativa richiede una rete di interventi che si sostengano in modo circolare. Sportelli dedicati all'incontro domanda/offerta, formazione, albi delle assistenti accreditate, sostegni economici. Azioni isolate portano a poco o nulla. Perché il valore aggiunto che l'ente pubbli-

co può offrire sta nel collegare interventi diversi: sostegni economici e servizi, tutele sul lato della domanda e su quello dell'offerta.

Prendiamo il caso della formazione: che ne è delle assistenti familiari che vengono formate? Se non esiste un mercato regolato che le accoglie e le valorizza, la formazione serve a poco. Corsi di formazione sospesi nel vuoto, non inseriti in un disegno più ampio, rischiano di essere inefficaci, perché privi di sbocchi attraenti e percorribili. La maggiore funzione di utilità rischia così di essere il "trampolino" per profili successivi, la possibilità di crediti formativi per diventare altro: Asa, Oss.

Interventi che si relazionano in modo circolare possono trovare un baricentro negli sportelli rivolti all'incontro tra domanda e offerta di assistenza. Essi possono diventare davvero il *trait d'union* tra le famiglie – con le loro esigenze di informazione e sostegno – e le donne immigrate – a cui proporre un contesto regolato di formazione e accreditamento delle competenze. In un contesto che deve diventare davvero più favorevole, a partire dal regime fiscale.

PARTE SECONDA
Idee per il dibattito

6. Non autosufficienza e federalismo: aspetti positivi e criticità

Anna Banchero

Mentre si andava in stampa col volume, il d.d.l. trattato nel presente capitolo è stato convertito in legge 5 maggio 2009, n. 42, "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione". I contenuti della legge riguardanti i temi esaminati nel presente contributo sono rimasti invariati.

1. Introduzione

Il presente capitolo affronta i possibili rapporti tra federalismo/autonomia regionale/esigibilità dei diritti soggettivi da parte dei cittadini non autosufficienti, in assenza di una definizione nazionale dei livelli essenziali a loro riservati. In particolare nella prima parte si fa "il punto della situazione" sul percorso del disegno di legge che introduce la riforma federale; nel prosieguo si riflette sulle differenze di trattamento, da parte delle diverse Regioni, nei confronti delle persone non autosufficienti e si conclude affermando che la mancanza di livelli essenziali definiti non garantisce una risposta omogenea a diritti di salute delle persone croniche.

Il tema del federalismo è stato ad oggi prevalentemente affrontato sotto il profilo della finanza pubblica per adeguare un paese che dal 2001, con le riforme costituzionali, ha decentrato forti competenze legislative alle Regioni e alle Amministrazioni locali, in una situazione dove la responsabilità di spesa è dissociata da quella "impositiva fiscale". In altre parole, si ritiene giusto e corretto rendere coerenti *spese* ed *entrate fiscali*, soprattutto sul piano della responsabilità di governo, di chi deve rispondere in termini di servizi a cittadini a cui si impone il pagamento di tributi.

Il provvedimento approvato dal Senato in prima lettura nei primi mesi del 2009 ha trovato una condivisione da una larga parte dell'opposizione anche per la previsione di un fondo che può essere utilizzato per recuperare il deficit derivato dal trasporto pubblico locale.

I capisaldi del nuovo d.d.l. sono così sintetizzabili:

- piena autonomia di entrata e di spesa per Regioni ed enti locali, nell'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione;
- finanziamento integrale di tutte le funzioni pubbliche;
- leale collaborazione tra i diversi livelli di governo;
- divieto di sottoporre a doppia imposizione lo stesso presupposto d'imposta;

- passaggio, per le funzioni fondamentali, dal criterio della spesa storica a costi e fabbisogni standard;
- armonizzazione di tutti i bilanci pubblici.

Il testo del disegno di legge delega ancora in discussione, appena approvato definitivamente aprirà la strada ai decreti legislativi di attuazione: il primo dovrà essere emanato entro 12 mesi; il decreto dovrà avere in allegato la relazione con i “numeri” sui costi del federalismo. Nei due anni successivi saranno emanati gli altri 2 decreti, mentre ulteriori 24 mesi serviranno per eventuali decreti correttivi. Ad esaminare i decreti sarà una specifica commissione bicamerale composta da 15 deputati e 15 senatori che si avvarrà di un comitato interno formato da sei rappresentanti delle Regioni, due delle Province e quattro dei Comuni.

2. La “Riforma federale”: considerazioni sul federalismo per la materia sociosanitaria

Le Regioni con l’approvazione del federalismo fiscale dovranno garantire il finanziamento integrale (a costi standard) dei livelli essenziali delle prestazioni per tutti i diritti civili e sociali. Di questi, faranno senz’altro parte *in primis* sanità, assistenza e servizi riguardanti il diritto allo studio, oltre che le funzioni amministrative in materia di istruzione svolte dalle Regioni. Il d.d.l. prevede inoltre un elenco transitorio delle funzioni attribuite a Comuni, Province, Città metropolitane e Roma capitale, che verrà rivisto con la Carta delle autonomie.

Sul piano delle entrate finanziarie le Regioni potranno contare su: IRAP (fino alla sua sostituzione); tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione, riserva di aliquota o addizionale sull’IRPEF, compartecipazione regionale all’Iva. Tali fonti dovranno garantire il finanziamento integrale in una sola Regione, per le altre interverrà il fondo perequativo. Nelle funzioni fondamentali il finanziamento sarà integrale. Oltre ai tributi propri e alla possibilità di istituire tasse di scopo, i Comuni potranno contare su tassazione immobiliare (esclusa l’ICI), compartecipazione all’IRPEF e all’IVA, mentre le Province conteranno sull’imposizione legata al trasporto su gomma e compartecipazione a un tributo erariale.

Premi e sanzioni saranno previsti per le amministrazioni virtuose e per quelle meno virtuose che potranno arrivare anche all’ineleggibilità. È stato previsto anche un patto di convergenza quale strumento che accompagnerà i territori verso il passaggio a costi e fabbisogni standard. Ogni anno, in Finanziaria, bisognerà indicare a che punto è tale passaggio e stabilire come aiutare chi rimane indietro. Per le Regioni inadempienti è previsto poi il potere sostitutivo dello Stato. Per l’attuazione del federalismo si prevede un periodo transitorio di cinque anni, con uno specifico decreto legislativo che stabilirà la decorrenza. Nell’attuazione della legge dovranno essere rispettati il patto di stabilità e di crescita. La legge statale dovrà inoltre fissare un tetto massimo alla pressione fiscale ed assicurare che il livello del prelievo complessivo, non aumenti neanche nella fase transitoria.

Un punto qualificante nell'ambito dei principi generali è l'affermazione del principio della *certezza delle risorse e la stabilità tendenziale del quadro di finanziamento*, in misura corrispondente alle funzioni attribuite.

Sul piano delle fonti di finanziamento, il disegno di legge definisce i lineamenti di un quadro diretto a permettere l'esercizio concreto dell'autonomia tributaria da parte dei governi decentrati, prevedendo, in particolare, che le Regioni possono istituire tributi propri ma non collegati alla sola imposizione erariale, quanto piuttosto ad esigenze di miglioramento dei servizi da offrire alla cittadinanza nell'ambito delle funzioni riconducibili ai diritti civili e sociali (spese fondamentali). I tributi dovranno rispondere a criteri chiari e trasparenti e potranno essere attivati anche come integrazione al Fondo perequativo.

Così impostato, il federalismo, sembra interpretare nella maniera più giusta i "diritti di cittadinanza" auspicati dall'Unione europea e professati dagli Stati alla stessa aderenti. Anche l'Italia nelle modifiche costituzionali al Titolo V, introduce il principio dei livelli essenziali delle prestazioni, da garantire su tutto il territorio nazionale, come garanzia statutale ai diritti *civili e sociali*.

3. Federalismo, diritti soggettivi e livelli essenziali

Analizzando le prospettive illustrate nell'ottica dei diritti alla salute e all'assistenza, il disegno di legge delega sul federalismo approvato dal Senato nei primi mesi del 2009, si riscontra ancora una scrittura a larghe maglie su tali diritti. Forse i decreti attuativi potranno riempire gli spazi vuoti, forse, ... però, è giusto aprire già da oggi un dibattito sulla evoluzione del Federalismo, non solo come decentramento di responsabilità e di governo, ma anche come garanzia dei diritti soggettivi su tutto il territorio nazionale.

È noto, come nelle diverse Regioni e ancora di più tra i numerosi Comuni e le Aziende sanitarie vi siano disparità, sia nelle forme erogative, che nei contenuti dell'assistenza sanitaria e sociale, dobbiamo quindi a superare – non tanto le diversità dei modelli organizzativi, che possono anche rispondere a peculiarità locali –, ma i contenuti differenti delle prestazioni, soprattutto di quelle sanitarie collegate a specifiche complessità, che oggi si traducono in "mobilità" tra sud e nord ed anche tra Regioni limitrofe, della stessa latitudine. Si tratta di una spesa che ammonta, per le Regioni passive, *ad oltre 1 miliardo di euro*, che entrano nelle casse delle Regioni che offrono i servizi.

Queste premesse per sottolineare che la situazione di partenza del federalismo, in materia di risposta ai diritti di cittadinanza, è assai differenziata e pertanto uno degli aspetti positivi che dovrebbero derivare dalla maggior assunzione di responsabilità del "governo locale", è proprio quella di aumentare l'offerta e migliorare l'efficienza dei servizi attivando un circolo virtuoso tra entrate ed ef-

ficienza sul loro impiego. Questa virtuosità dovrebbe rappresentare la realizzazione di un corretto principio di competitività, che anima lo spirito dell'autonomia federalista.

Sul piano della valutazione dei costi il d.d.l. sul federalismo stabilisce che i livelli essenziali di prestazioni per sanità, assistenza e istruzione siano calcolati secondo un fabbisogno standard (articolo 2) o secondo costi standard (articolo 6), superando il criterio della spesa storica. La motivazione è quella di superare una spesa storica, che fotografa una situazione "di fatto", non rispondente ai fabbisogni reali, mentre un costo standard dovrebbe riferirsi ad un mix di beni e servizi offerti sia dallo Stato che dalle Regioni e dagli altri Enti locali, quindi più dinamico e rispondente a quel criterio di competitività sopra evidenziato. Sul piano dei costi sanitari, *questa misura*, nei confronti delle patologie croniche, che non hanno alta tecnologia ma richiedono elevato impegno assistenziale, non sarà facile da quantificare, soprattutto se si pensa che responsabili dell'80 per cento della spesa sanitaria sono "quindici patologie severe".

Inoltre, va precisato che spesa più bassa non è sinonimo di maggior efficienza, perché molti fattori concorrono sul ricorso della popolazione ai servizi: la popolazione più giovane, le condizioni economiche (persone con maggior reddito fanno meno ricorso ai servizi pubblici), non ultima anche l'efficienza degli apparati erogatori. Sappiamo bene che una persona ultrasettantacinquenne rispetto al costo 1 di un adulto, costa mediamente 3,8 volte.

È ovvio che inefficienze di produzione sono purtroppo intrinsecamente connesse alla spesa sanitaria delle Regioni, quindi per non finanziare anche gli sprechi occorrerebbe una formula di calcolo analitica del fabbisogno, che stabilisca il numero delle prestazioni necessarie (quantità standard) ed il costo standard di ogni prestazione, diverrebbe il prodotto tra fabbisogno e costo delle prestazioni; ad ogni Regione, lo Stato dovrebbe riconoscere lo stesso costo standard per prestazione, penalizzando così quelle meno efficienti. Oggi, questa operazione può considerarsi quasi impraticabile, perché la variabilità dei costi tra le Regioni è molto accentuata, si dovrebbe quindi introdurre una fascia di oscillazione dei costi standard con un margine di tempo "dato" per recuperare le inefficienze.

Il problema dei livelli di assistenza sanitaria da assicurare nei diritti di cittadinanza, particolarmente per le cronicità, richiede ancora un lavoro di approfondimento per rispondere seriamente ai problemi di invecchiamento del nostro paese.

Esiste inoltre un altro problema di rilievo per il calcolo dei costi standard ed è relativo all'entità di spesa. Introduciamo in merito alcune osservazioni che possono avvicinarci al concetto di costo standard.

Dobbiamo ricordare in tal senso che la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 74% della spesa totale nelle Regioni più abbienti del Nord e l'82 per cento in quelle del Sud. La richiesta ai servizi pubblici nel Meridione è quindi più al-

ta di 8-10 punti percentuali. In Basilicata, ad esempio, è l'85% per cento, mentre in Friuli arriva al 73%; va da sé, quindi che nelle Regioni del Nord, i residenti si avvalgono anche della sanità privata, mentre ciò avviene in misura minore nelle Regioni del Sud. Se ciò è rilevabile nella sanità in generale, è ancora maggiore nei servizi meno consolidati di risposta ai *bisogni misti* (sanitari e non) della non autosufficienza.

Non ci sono soluzioni “magiche” ai problemi evidenziati, si fa però l'esempio di esperienze internazionali più avanzate di *risk adjustment* (ad esempio, *Medicare* negli USA e nei Paesi Bassi) dove la soluzione al problema del fabbisogno è riposta in una formula che vede da una parte i bisogni oggettivi di salute, valutati in termine di “proporzione dei malati” (diversi da Regione a Regione), mentre la seconda parte della formula assegna un costo standard per malattia. Ciò significherebbe riconoscere le stesse risorse per curare, ad esempio un tumore o un infarto, in una o in altra città del paese, il fabbisogno scaturirebbe dal prodotto tra il numero delle persone con quella determinata malattia e il costo standard attribuito a quella malattia. In questo modo, i bisogni di salute sarebbero riconosciuti e secondo gli economisti verrebbero invece tagliati i costi superiori allo standard di trattamento, eliminando inefficienze e inapproprietezze di consumo.

Anche lo Studio Ambrosetti ⁽¹⁾ nel novembre 2008 ha formulato tre ipotesi sul calcolo dei costi standard:

1. la prima non è molto diversa da quanto precedentemente descritto a proposito di esemplificazioni straniere e impone innanzitutto un'“esatta definizione delle prestazioni inserite nel LEA (*lista positiva*)”, accompagnata da un'altrettanto precisa definizione dei fattori produttivi occorrenti per produrre quella prestazione (*questa ipotesi, che si può considerare la più corretta richiede però una lunga elaborazione*);
2. la seconda, prevede di adottare come costo standard quelli registrati nelle Regioni che dimostrano dai dati finanziari e qualitativi le migliori performance in termini di efficienza e di efficacia (*questa ipotesi ha il vantaggio di un approccio sintetico immediatamente attuabile ed è anche quella “più diffusa” dopo l'approvazione del disegno di legge delega sul federalismo*);
3. la terza, è una via di mezzo tra le prime due e consiste in un approccio misto: per alcune prestazioni si possono costruire costi standard (esempio, DRG dell'assistenza ospedaliera), mentre per altre si può fare riferimento a costi derivati dalle “*best-practices*” regionali.

Come si può osservare il tema dei costi standard è quello più “gettonato” del momento perché come ha anche osservato la Corte dei Conti nell'audizione

⁽¹⁾ *The European House-Ambrosetti* è un Gruppo professionale fondato nel 1965 da Alfredo Ambrosetti che progressivamente ha sviluppato numerose attività in Italia, in Europa e nel mondo, nel campo della ricerca, della consulenza direzionale, aggiornamento e orientamento e l'organizzazione di grandi eventi.

al Senato sul disegno di legge federale, l'adozione dei costi di "Regioni modello" porterebbe a risparmi sulla spesa sanitaria, rispetto ai costi attuali, da 2 a 4 miliardi di euro, imponendo alle Regioni con maggior spesa, pesanti riorganizzazioni del sistema sanitario o imposizioni fiscali a discapito dei cittadini. Tutto ciò non può che far riflettere e discutere e, ancora una volta i servizi come quelli destinati alla non autosufficienza, assai diversificati come vedremo in seguito tra le Regioni, si troverebbero in difficoltà.

Un'ultima considerazione, sul "paracadute" collegato alla consistenza delle entrate proprie da parte delle Regioni e delle amministrazioni locali, è relativa all'applicazione del fondo perequativo (articolo 119 della Costituzione). Questo tema è stato affrontato più volte dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni, che richiedono una "riforma federale equilibrata" soprattutto per il Mezzogiorno, che è chiamato ad una prova di maturità nello sfruttare al meglio gli investimenti del quadro strategico nazionale 2007-2013. Le Regioni chiedono anche attraverso l'ausilio del Fondo perequativo la necessaria garanzia per i livelli essenziali, credendo nelle leve per il riequilibrio, previste dalla Costituzione, alle quali si richiama peraltro il disegno di legge delega. Bisogna puntare "ad un federalismo in grado di garantire per tutti e dovunque i livelli essenziali per la sanità, assistenza ed istruzione, non disgiunto, da opportunità per far crescere le imprese, sviluppare il territorio e soprattutto incrementare l'occupazione". Certo, una quota, anche piccola, del fondo perequativo potrebbe essere utilizzata per supportare i servizi che hanno scarso consolidamento, quali quelli a favore della non autosufficienza.

Infine, ancora sul d.d.l. del federalismo, prendendo a riferimento l'esperienza tedesca che rappresenta il modello federale più vicino a noi, emergono anche alcune considerazioni di carattere più generale, quali il "nodo della sussidiarietà" che ha proprio forti riferimenti sugli assetti assistenziali e sanitari. Il testo approvato dal Senato prevede che Stato, Regioni, Province e Comuni "favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale"; l'interpretazione distorta di questo principio, in termini di politiche neoliberiste, potrebbe portare ad un graduale smantellamento dello *stato sociale*, soprattutto nelle Regioni più ricche con il passaggio al "privato" di settori come l'assistenza e la tutela della salute, limitando in questo campo anche l'apporto del volontariato e della solidarietà sociale.

4. Diritti soggettivi: garanzie nazionali o locali?

Dopo le considerazioni sul federalismo va affrontato il problema di come si garantiscono i "diritti soggettivi": ci sono livelli essenziali riconosciuti in tutto il territorio nazionale, o si affida alle amministrazioni locali l'individuazione di ta-

li diritti? Per collegarci a quanto evidenziato nelle pagine precedenti va sottolineato che senza una lista positiva delle prestazioni da erogare (livelli essenziali), la differenza del luogo di nascita e di residenza avrà ripercussioni sull'offerta e quindi sulla risposta i bisogni.

Come abbiamo avuto modo di conoscere e valutare le diverse performance assistenziali delle Regioni italiane, si può sottolineare che nell'assistenza ospedaliera, a parte le eccellenze ascrivibili prevalentemente alle alte specialità, la situazione dell'offerta è abbastanza omogenea, mentre per i servizi territoriali, a parte quelli disciplinati da convenzioni nazionali (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica SUMAI), le situazioni organizzative sono fortemente differenziate, pensiamo ai Distretti sanitari, dove si rilevano almeno tre tipologie: i distretti "gestori" di servizi, quelli che "acquistano" servizi da Dipartimenti o da altri soggetti erogatori e infine le forme di "gestione mista" o addirittura la mancata distrettualizzazione, sostituita da formule organizzative che raggruppano cure primarie lasciando a gestori diversi (es: ospedali) la medicina specialistica.

Questa differenziazione ha senz'altro una profonda ripercussione sull'offerta, particolarmente quella offerta che deve avvalersi non solo di servizi sanitari, ma di prestazioni integrate sociosanitarie che richiedono l'apporto anche del comparto sociale; è questo il caso della disabilità e della non autosufficienza.

Nella non autosufficienza ci troviamo di fronte a "reti di servizi":

- punti di accesso e accoglienza,
- valutazione multidimensionale,
- presa in carico,
- assistenza domiciliare (diretta o con voucher/assegni, ecc.),
- assistenza residenziale e semiresidenziale,

che pur avendo un'omogeneità processuale, non hanno la stessa distribuzione e consistenza territoriale e questo porta, in diverse situazioni, a non assicurare risposte alla domanda di famiglie o di persone non autosufficienti.

Oltre alla consistenza e alle potenzialità dei servizi dobbiamo registrare anche metodi e modalità differenti per classificare la stessa non autosufficienza che portano, ovviamente, a diverse forme di accesso dei cittadini ai servizi e quindi al soddisfacimento o meno dei bisogni del non autosufficiente. Nel senso indicato, si è proceduto ad un *esame sintetico* delle normative regionali che definiscono la "non autosufficienza", per comprendere quale platea di cittadini può aspettarsi una risposta ai bisogni dichiarati.

Tabella 1 - Indicazioni delle Regioni sulla “definizione” di non autosufficienza

Regione	Norma/atto di riferimento	Indicazioni sulla persona non autosufficiente
Abruzzo	L.r. n. 6 del 5 aprile 2007	Non esiste definizione specifica, ma si fa riferimento nelle linee guida del PSR 2007/2009, a pazienti con pluripatologie includendo gli anziani non autosufficienti, le disabilità psico-sensoriali, le disabilità fisiche, ecc.
Basilicata	L.r. n. 4 del 14 febbraio 2007.	Non autosufficienti sono considerate le persone che, per patologie e disabilità, anche correlate all'età, non possono provvedere alla cura di sé e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri (art. 4, comma 2).
Campania	L.r. n. 8 del 22 aprile 2003	Non esiste norma specifica per la non autosufficienza, ma la stessa viene trattata in relazione all'accesso alle RSA (art. 6 l.r. 8/2003). Possono accedere alle RSA gli anziani ultrasessantacinquenni portatori di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi che determinano situazioni di disabilità e di dipendenza, correlate anche a problematiche di carattere economico e socio-ambientale.
Emilia-Romagna	D.G.r. n. 509 del 16 aprile 2007	È stato istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza e pur non fornendo definizione esplicita della non autosufficienza, si fa riferimento a condizioni di esigibilità, per accedere al Fondo, tramite valutazione della persona da parte dell'UVGT se anziano o dell'équipe multi-professionale se disabile o paziente psichiatrico.
Friuli-Venezia Giulia	L.r. n. 6 del 31 marzo 2006	È non autosufficiente, la persona che non può provvedere alla cura di sé e mantenere una normale vita di relazione, senza l'aiuto determinante di altri (art. 41, l.r. 6/2006).
Lazio	L.r. n. 20 del 23 novembre 2006	È considerata non autosufficiente la persona anziana, il disabile o qualsiasi altro soggetto che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri (art. 2, comma 1, l.r. 20/2006).
Liguria	L.r. n. 12 del 24 maggio 2006	Si definiscono non autosufficienti le persone con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni della vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane e sociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione (art. 46, comma 1, l.r. 12/2006).

segue

Regione	Norma/atto di riferimento	Indicazioni sulla persona non autosufficiente
Lombardia	Circolare regionale n. 6 del 2 febbraio 2004 "Indicazioni per l'attivazione ed erogazione dei Buoni e voucher sociali" L.r. 23/1999 art. 4, c. 4, "definizione di un fondo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati per il sostegno al proprio domicilio delle persone disabili gravi"	Non esiste definizione di non autosufficienza; si rilevano i livelli di fragilità delle persone anziane attraverso Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza (S.OS.I.A.); per i disabili si utilizza la scheda individuale della persona disabile (S.I.Di.). Sul piano assistenziale per le persone fragili affetti da patologie cronico-degenerative è previsto, tra le altre prestazioni, un Voucher sociosanitario utilizzabile per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare sociosanitaria integrata.
P.A. Bolzano	L.P. n. 10 del 12 ottobre 2007	È definita "non autosufficiente" una persona incapace in misura rilevante e permanente, di svolgere le attività della vita quotidiana, una vita psico-sociale e una conduzione dell'economia domestica, a seguito di patologie o disabilità fisiche, psichiche, mentali, e che necessita dell'aiuto regolare di un'altra persona, mediamente per più di due ore al giorno alla settimana.
P.A. Trento	L.p. n. 6 del 28 maggio 1998	L'articolo 2 della legge provinciale considera "non autosufficiente" la persona che non è in grado di provvedere alla cura di sé e di mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto di altre persone.
Piemonte	L.r. n. 1 dell'8 gennaio 2004	L'articolo 22 comma 3, individua come "non autosufficienti", le persone con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro.
Puglia	L.r. n. 19 del 10 luglio 2006	Non è definita la non autosufficienza, ma è istituito l'assegno di cura per le situazioni di fragilità derivanti da non autosufficienza e disabilità.
Sardegna	L.r. n. 2 del 29 maggio 2007	La legge regionale individua come "non autosufficiente" la persona anziana o disabile che non può provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri (art. 34, comma 3).
Toscana	L.r. n. 66 del 18 dicembre 2008	Si considera "non autosufficiente" la persona che ha subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. La non autosufficienza può essere caratterizzata da disabilità psicofisica e mentale.
Veneto	D.G.r.V. 3979 del 9 novembre 1999 S.Va.M.A. (scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano)	La non autosufficienza è definita attraverso la valutazione multidimensionale con la scheda S.Va.M.A.

Come si può osservare, la situazione delle Regioni è assai variegata, emergono tre macro indirizzi per individuare le persone non autosufficienti, ogni indirizzo corrisponde alle risposte/garanzie che una regione vuole/può offrire alle persone con problemi di autosufficienza:

1. leggi regionali o provinciali definiscono la non autosufficienza con definizioni puntuali relative alla capacità di compiere gli atti della vita quotidiana (autonomia), alle relazioni esterne e alla mobilità (Friuli, Lazio, Liguria, Province di Bolzano e Trento, Piemonte e Sardegna);

2. la non autosufficienza non è definita in maniera esplicita, ma si demanda il suo accertamento a metodologie di valutazione multidimensionali (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto);

3. si individuano persone non autosufficienti come destinatarie di prestazioni, senza giungere ad una specifica definizione di non autosufficienza, spesso si rimanda a persone con pluripatologie, a pesanti carichi assistenziali da parte della famiglia, a necessità di aiuto quotidiano (Abruzzo, Basilicata, Campania, Puglia).

Certamente la situazione illustrata è una conferma delle disuguaglianze locali ad offrire prestazioni adeguate a chi è in condizioni di dipendenza ed evidenza, come in questo ordinamento, l'uniformità dei livelli essenziali non sia perseguita e perseguibile.

5. Modalità per definire la non autosufficienza e l'offerta di servizi ai non autosufficienti da parte delle Regioni e dello Stato

Nelle definizioni sopra riassunte emergono elementi di eterogeneità, vista la necessità, anche di fronte a differenze organizzative, di trovare condizioni omogenee in tutto il territorio nazionale affinché i non autosufficienti possano accedere con uniformità ai servizi, si propone un approccio *pragmatico* che evidenzi le condivisioni tra le Regioni, prevalentemente collegate alla valutazione dell'autonomia nella capacità di compiere le funzioni della vita quotidiana e ad orientarsi nella vita di relazione.

Ricordiamo che la pesante incidenza di persone non autosufficienti, impone di assicurare alle stesse una uniformità di valutazione, indipendentemente dal territorio di residenza, proprio per rispondere ai "diritti civili e sociali" voluti dalla lettera *m*) dell'articolo 117 della Costituzione rinnovata.

Si illustrano quindi due esempi di "definizione di non autosufficienza" ispirate a indicazioni internazionali consolidate anche dall'OMS, affinché le Regioni possano trovare un'intesa che renda uniformi i criteri di accertamento della non autosufficienza.

Ripercorrendo le fasi pregresse di politica sociale, troviamo che risalgono al 1980 i primi approcci alla non autosufficienza passando attraverso il tema della "invalidità"; la legge 18/1980 "Indennità di accompagnamento agli invalidi civi-

li totalmente inabili" attribuisce le misure dell'accompagnamento, come stabilito dall'articolo 1, "ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche, nei cui confronti siano stati accertati dalle apposite commissioni sanitarie, impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essere in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, con il bisogno di un'assistenza continua".

Nel 2005 da parte delle Organizzazioni sindacali dei pensionati è presentata una proposta di legge di iniziativa popolare, dove la non autosufficienza è così definita: "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'ICF e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali".

Questa definizione sottolinea come la non autosufficienza sia sovrapponibile a condizioni di disabilità permanenti, come peraltro sottolineano anche gli indirizzi europei più avanzati in materia.

Infine va ricordato l'ISTAT, che non definisce la non autosufficienza, ma definisce la disabilità: "È definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle tre dimensioni considerate (dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, la dimensione della comunicazione), pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.)".

Come si può osservare, negli anni più recenti ci si orienta sempre di più a definizioni di non autosufficienza correlate a problemi di disabilità permanenti che non consentono di compiere in maniera autonoma le funzioni della vita quotidiana e quelle relazionali.

Pare quindi utile, in questo rapporto, invitare le Regioni ad una riflessione che prenda in considerazione le diverse definizioni di non autosufficienza, compreso quella inserita nello schema di d.d.l. del 2006, mai giunto alla discussione parlamentare, per la conclusione del ciclo di Governo, ma sul quale, anche le Regioni e molti organismi sociali di rappresentanza degli anziani e dei disabili, avevano lavorato: "si definiscono non autosufficienti coloro che subiscono una perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana".

Un ultimo esempio, in termini temporali, è la definizione inserita nella ricerca AGENAS ⁽²⁾ (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) sui costi per

(2) "Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard" (in corso di pubblicazione).

l'assistenza sanitaria e sociosanitaria alle persone non autosufficienti, in via di pubblicazione, gentilmente concessa per questo Rapporto:

“Per classificare la persona “non autosufficiente” esiste una corrispondenza tra le esperienze europee che analizzano e valutano, sia pure in diverso grado:

- le funzioni della vita quotidiana (ADL)
- le funzioni relazionali (IADL).

In questi termini, si riassume sul piano concettuale, che:

1. la non autosufficienza per considerarsi tale deve perdurare nel tempo, superando la temporaneità e perdurando anche con il supporto di ausili e tecnologie, che possono migliorare la qualità esistenziale, ma non mutano la condizione della persona;

2. la sua origine è derivata da danno di tipo fisico, con deficit sulle capacità motorie e/o psichiche che si traduce in disabilità permanenti;

3. la NA è spesso causata da più danni progressivi in settori diversi e non solo da eventi patologici catastrofici;

4. si accompagna a instabilità clinica/fragilità biologica;

5. è identificabile anche come perdita di salute particolarmente collegata alle funzioni cognitive e alla mobilità (salute = autonomia) è quindi collegata alla capacità di compiere le attività di “base” della vita quotidiana (ADL) e alla capacità di adempiere anche a semplici funzioni relazionali e di comunicazione con l'esterno;

6. è sempre più spesso verificabile un'associazione fra NA fisica e psichica (demenze);

7. la storia personale, il sostegno sociale e le condizioni reddituali possono essere aggravanti e concause (solitudine, modelli culturali e comportamentali).

Sul piano metodologico, quindi:

1. Devono essere definiti convenzionalmente indicatori misurabili di autonomia /dipendenza (ADL, IADL), ovvero, la non autosufficienza si misura con sistemi che rilevano il livello di autonomia, le condizioni di salute e di vita;

2. è da valutarsi l'ambiente di vita come elemento facilitatore o aggravante delle condizioni di non autosufficienza, vanno quindi valutate anche misure che sostengano il “nucleo di vita” della persona non autosufficiente;

3. si deve riflettere anche sui “gradi di dipendenza” per focalizzare “la vera non autosufficienza”, sia in rapporto alle misure assistenziali da introdurre, che in relazione alla sostenibilità dei loro costi;

4. la non autosufficienza da affrontare, in termini di priorità, dovrebbe essere soprattutto quella degli anziani, in quanto il target maggiore di non autosufficienti è individuabile nella popolazione anziana;

5. l'attuale ambiente con relazioni sociali e famigliari “sempre più povere”, richiede un ripensamento e un investimento sul “capitale sociale”;

6. va ripensato il modello di cura... a partire dalle risposte sanitarie, dove si devono dedicare maggiori risorse a favore della lungo-assistenza e dell'assistenza di tipo non ospedaliero: non costi maggiori o aggiuntivi, ma riqualificazione dell'attuale spesa;

7. anche le risposte dei servizi sociosanitari richiedono nuovi modelli di approccio e di considerazione del ruolo dell'anziano, della famiglia, dell'ADI, del Centro diurno, della

RSA: a che cosa servono? Quale efficacia dimostrano? Quanto costano in ragione dei benefici che producono;

8. ed infine, dobbiamo pensare ad un approccio graduale... prima i più gravi, ma il processo di allargamento deve avere tempi programmati e con il miglioramento delle condizioni economiche del paese, dovranno essere allargate le risposte per la non autosufficienza.

Quanto è stato precisato dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS), è anche ciò che si riscontra negli Stati Europei prendendo in esame le misure adottate in Germania, Francia, Spagna, Olanda, Belgio, Austria e Inghilterra, che riservano prestazioni e servizi a persone con disabilità permanente incapaci di compiere gli atti della vita quotidiana.

Anche per l'offerta assistenziale, a favore della non autosufficienza esiste da parte delle Regioni un panorama variegato e multiforme, che può essere così riassunto:

1. area delle prestazioni di aiuto alla persona: offre un supporto alle cure familiari con prestazioni a domicilio, servizi di prossimità o vicinanza e altri supporti, valorizzando il capitale sociale;

2. area delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, provvede alla tutela della persona sotto il profilo della salute fisica e psichica, con interventi a domicilio o assistenza presso residenze diurne e a tempo pieno;

3. area delle prestazioni economiche e reddituali: introduce in maniera "diffusa" prestazioni economiche di origine statale, quali l'assegno sociale e gli emolumenti per l'invalidità civile, con particolare riferimento all'indennità di accompagnamento. Dove tali prestazioni non sono erogate esistono trasferimenti economici anche da parte dei Comuni singoli o associati.

Le prestazioni indicate, sono erogate dalle diverse Regioni in maniera differente e con forme differenti di accesso, anche collegate al modo di definire le risposte alla non autosufficienza e come si diceva in precedenza, in mancanza della definizione dei livelli essenziali per la non autosufficienza, il federalismo non garantirà ai cittadini prestazioni uniformi.

6. La dimensione del fenomeno "non autosufficienza" e il volume di spesa

Prima di entrare nel merito della spesa, va detto come la disomogeneità regionale sul classificare e accertare la non autosufficienza crei problemi anche per la misurazione del fenomeno; si è detto sopra della necessità di procedere *in primis* alle cure per i più gravi, ma è assai difficoltoso, se non sul piano delle stime (anche attendibili) formulare ipotesi sulla grandezza del fenomeno da affrontare. Solo nel dicembre 2008, con l'approvazione di due sistemi di valutazione e raccolta dati sull'assistenza domiciliare e su quella residenziale con costi a carico del

Servizio sanitario nazionale, potremmo cominciare a raccogliere dati omogenei sulle persone non autosufficienti che accedono a quei servizi, una scheda interna (tracciato record) ad entrambi i sistemi, valuta sia gli aspetti patologici che di autonomia delle persone assistite; ma ciò che assume ancora maggior rilievo è che da parte del Ministero della Salute e politiche sociali, la componente “sociale”, nel dicembre 2008, ha deciso di procedere anche per gli aspetti assistenziali ⁽³⁾ ad un sistema nazionale, che andrà a completare quello sanitario.

In merito al volume di spesa, nel 2006, le Regioni, per richiedere maggiori finanziamenti nazionali a favore della non autosufficienza, hanno effettuato una ricerca interna per verificare la spesa sociale regionale che ammontava al 31 dicembre 2006 a 2,377 miliardi di euro, a cui deve essere senz'altro aggiunta la spesa sanitaria, di difficile quantificazione essendo inserita nei LEA ⁽⁴⁾ distrettuali nelle voci riguardanti la medicina generale, la specialistica, la farmaceutica, l'assistenza residenziale e domiciliare, che secondo i dati elaborati dall'AGENAS, nella ricerca precedentemente citata, ammonterebbero per il 2006 a circa 4,200 miliardi di euro, per un totale di 6,577 a cui si deve aggiungere l'ammontare dell'indennità di accompagnamento, stimata nel 2006 in circa 8,2 miliardi di euro. Come si può osservare, siamo intorno a 14/15 miliardi di euro che se coordinati in “percorsi assistenziali definiti” potrebbero offrire una risposta più organica e omogenea ai cittadini di tutte le Regioni italiane.

7. Conclusioni su criticità e opportunità del federalismo

I Livelli essenziali, o comunque una *lista positiva* delle prestazioni da erogare, sono ancora attuali, anzi, con il Federalismo diventano una necessità sia per definire i costi/fabbisogni standard, che per rispondere ai diritti dei cittadini in qualunque parte del territorio nazionale. Senza livelli essenziali (lista positiva) il Federalismo appare critico e fonte di forti disuguaglianze.

Dai livelli essenziali si deve giungere a definire percorsi assistenziali socio-sanitari, in mancanza dell'integrazione non vi è possibilità di rispondere in maniera corretta ed esauriente ai bisogni dei non autosufficienti. Va quindi risolto con i nuovi LEA il nodo dell'integrazione, in termini di dimensioni territoriali e di processi organizzativi, in modo che la stessa sia fruibile in tutte le realtà territoriali delle Regioni.

⁽³⁾ Nel dicembre 2008 è stato affidato alla Liguria, unitamente ad un gruppo pilota di Regioni l'incarico di predisporre con le direzioni sociali e sanitarie del Ministero salute e politiche sociali un sistema che raccolga informazioni sui servizi sociali a favore dei non autosufficienti che dovrà coordinarsi con le informazioni sanitarie sulla domiciliarità e residenzialità.

⁽⁴⁾ Livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Ed inoltre, anche se la trattazione sui futuri sviluppi dell'assistenza ai non autosufficienti è demandata ad apposito capitolo, va affrontato nell'ambito dei livelli essenziali e dei percorsi integrati, il problema del reddito, che è particolarmente cruciale per i non autosufficienti che spesso devono affrontare condizioni di disagio psico-fisico con pensioni assai limitate.

Germania, Francia e Spagna hanno messo in campo a favore dei non autosufficienti, oltre che cure e assistenza, specifici fondi di sostegno finanziario. Le attuali condizioni socio-economiche non consentiranno in tempi brevi all'Italia di allinearsi a quelle misure, ma esiste già oggi un disegno fattibile, che si inquadra nel federalismo, senza far lievitare i costi pubblici attuali: *il ridisegno degli emolumenti per l'invalidità civile*, (già ipotizzato con la legge n. 328/2000), con la finalizzazione della indennità di accompagnamento (legge n. 18/1980) ai percorsi assistenziali per la non autosufficienza.

Affrontare il riordino delle provvidenze sull'invalidità è indispensabile se si vuole "far filiera" tra le diverse opportunità, quindi l'inserimento nei livelli essenziali, come richiesto da più parti: Regioni, economisti, e forze sociali, della indennità di accompagnamento e la sua attribuzione alle competenze regionali, consentirà concretamente di "fare sistema" con le opportunità locali.

Nel senso indicato, il federalismo diventa una opportunità positiva tra Stato e Regioni che si misurano sul piano dell'efficienza/efficacia, per costruire un *welfare comunitario* assegnando alle politiche locali un ruolo primario per lo sviluppo delle reti di assistenza.

7. Gestire le strutture residenziali nel 2020

Enrico Brizioli, Marco Trabucchi

1. Introduzione

Il Rapporto è strutturato in modo da coinvolgere aspetti diversi della residenzialità dell'anziano (capp. 3, 8, 10). Il presente capitolo approfondisce le conseguenze che le compatibilità economiche di sistema produrranno domani, e già producono oggi, sulla gestione delle strutture. La nostra disamina coniuga aspetti gestionali, qualità dell'assistenza e tutela dei soggetti coinvolti, nella convinzione che non sia possibile considerare tali aspetti separatamente. Ci ha spinto a scriverla la constatazione che le compatibilità economiche non solo rischiano di rendere insostenibile nel tempo un'assistenza garantita e diffusa, ma anche – già in questo momento – esercitano profonde azioni sulla programmazione, la gestione e l'equilibrio operativo. Una riflessione su come gestire le strutture residenziali nel 2020, dunque, con una serie di spunti utili, speriamo, già per oggi.

Il nostro percorso inizia mettendo a fuoco le ragioni della crisi – di natura economica ma anche politica e culturale – che attualmente vivono le strutture residenziali (par. 2). Passiamo poi ad analizzare alcune ipotesi per il futuro (par. 3) e dedichiamo uno specifico approfondimento alla possibilità, o necessità, di sperimentare modelli innovativi a basso costo, low cost (par. 4). La riflessione sulla gestione non può, però, essere separata dall'imprescindibile necessità per il sistema di trovare un suo equilibrio di natura macro-economica rispetto al crescente costo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, cui è dedicato il paragrafo successivo (par. 5). Seguono delle brevi conclusioni con un auspicio per il futuro (par. 6).

Le diverse alternative presentate nel testo non sono valutate in tutti i passaggi; il lettore non mancherà però di percepire quali sono le alternative compatibili con l'equilibrio economico del sistema, ma soprattutto con l'offerta di servizi adeguati per un paese che vuole difendere la dignità e la libertà dei cittadini, a qualsiasi età, stato di salute e condizione psicosociale (Salvioli, 2007; Gori e Vannara, 2006). Questo contributo vuole costituire – coerentemente con la logica del Rapporto – un “sasso nello stagno” per aprire un dibattito su come gestire le strutture nel futuro. La convinzione sottostante alla discussione proposta è che

i momenti di difficoltà, come quello che stiamo vivendo, possono rappresentare uno stimolo a costruire assetti più adeguati al futuro che si avvicina.

2. Le ragioni della crisi

L'organizzazione dell'assistenza residenziale all'anziano sta vivendo, nel nostro tempo, una crisi particolarmente acuta. Negli ultimi anni, peraltro, in tutto il mondo l'organizzazione dei servizi geriatrici è al centro di studi e sperimentazioni, perché il livello di "intolleranza creativa" verso lo status quo è molto elevato (Trabucchi, 2006). Ovviamente il binomio deve essere strettamente conservato, perché l'intolleranza permette un atteggiamento critico verso i servizi esistenti, che però non può mai essere disgiunta dalla forte capacità di proporre e realizzare nuovi servizi più adeguati nel rispondere alle attese. Al contrario, la forma peggiore di "ageismo" è quella di accettare il presente perché dominati da un profondo pessimismo rispetto sia alla struttura sociale – ritenuta inadeguata ad affrontare le sfide della post-modernità – sia alla condizione di salute del singolo individuo, che invecchia secondo modalità che renderebbero superfluo qualsiasi intervento in senso modificatorio (Trabucchi *et al.*, 2002).

Le principali ragioni della crisi in atto sono:

a) mancanza di una visione complessiva e articolata sull'organizzazione dei servizi per gli anziani. Il fenomeno vede, come di consueto, grandi differenze tra le realtà regionali; peraltro si registra una diffusa assenza della politica rispetto alle tematiche in discussione, con una prevalenza forte delle competenze economiche rispetto a quelle specifiche dei servizi sanitari e assistenziali. L'enorme differenza tra le Regioni per quanto riguarda l'offerta di servizi in termini quantitativi e la non volontà di riconoscersi in modelli omogenei e condivisi di assistenza residenziale testimonia di per sé una crisi caratterizzata dall'incapacità di rinunciare a campanilismi formali per ispirarsi, invece, a modelli in grado di rispondere ai bisogni (Gori *et al.*, 2008);

b) difficoltà economiche crescenti dei gestori delle strutture residenziali, come riflesso delle politiche di sotto-finanziamento attuate dalle Regioni. A queste si sono recentemente aggiunte le restrizioni messe in atto dalle banche a causa della crisi che ha investito gli istituti di credito (aumento dei tassi di interesse, riesame dell'ammontare dei fidi, ecc.). Inoltre si deve registrare l'inflazione reale del settore, che è più alta di quella generale per un insieme di fattori, tra i quali ha un rilievo particolare il rinnovo dei contratti di lavoro. In questo momento è anche socialmente difficile chiedere alle famiglie ulteriori sacrifici per il pagamento delle rette a loro carico, già molto alte e spesso non bilanciate rispetto al contributo del servizio sanitario regionale;

c) difficoltà nell'identificare eventuali ambiti di risparmio nella gestione delle residenze al fine di affrontare le restrizioni di bilancio (questo aspetto è ampiamente trattato di seguito);

d) crisi culturale ed etica rispetto al "senso" della vita in istituzione, da cui discendono incertezze sulle scelte da adottare nell'organizzazione quali-quantitativa dell'assistenza. Allo stesso tempo vi è un aumento diffuso delle pretese da parte dei fruitori dei servizi, spesso in modo confuso e immotivato, anch'esse conseguenza di una mancata condivisione culturale e pratica sul ruolo delle residenze. Questo aspetto è stato troppo a lungo trascurato; è invece una fonte di continui microconflitti, contrapponendo operatori tra di loro, operatori e familiari, con il rischio di indurre comportamenti non programmati, ma dipendenti dalle situazioni contingenti, di difficile valutazione anche dal punto di vista dei costi;

e) quadro di riferimento complessivo in continuo movimento, per cui le aziende sanitarie locali non rappresentano più un punto forte del sistema dei servizi, con la progressiva crescita di un neocentralismo regionale che toglie spazio alle programmazioni legate al territorio, come invece avveniva in precedenza (e come per secoli è avvenuto nelle opere assistenziali create dalla filantropia di alcune famiglie benestanti, ma supportate da una generosità diffusa);

f) infine non può essere trascurata la presenza nel comparto delle residenze di situazioni molto al di sotto del livello minimo di rispetto della dignità della persona. Ciò richiede una più rigida programmazione dei controlli, non solo burocratico-cartacei, ma direttamente collegati alle condizioni degli ospiti. Anche se non sempre vi è un rapporto diretto tra qualità dell'habitat (e dell'assistenza) ed i loro costi, si deve ricordare che in molte zone del paese una seria politica per lo sviluppo delle residenze (costruzione di nuove e adeguamento strutturale di quelle esistenti) richiederà investimenti elevati, sia per l'aspetto edilizio sia per lo start up operativo. Sarebbe importante "rifondare" l'articolo 20, che – nel recente passato – ha inciso sulla qualità e la quantità dell'assistenza fornita negli ultimi decenni (un piano di opere pubbliche per aiutare la ripresa dell'economia dovrebbe non essere focalizzato solo sulle grandi infrastrutture, ma anche su una presenza diffusa nel territorio, con immediate ricadute sia economiche che sociali).

Questi fattori stanno provocando una serie di problematiche all'interno delle strutture; in alcuni casi – che potrebbero diventare sempre più numerosi – si è assistito a cambiamenti della gestione (o della proprietà), con un allargamento della presenza di privati; in altri è stato attuato – più o meno apertamente – un peggioramento della qualità dei servizi, con indubbi riflessi sulla qualità della vita degli ospiti; in altri ancora si è aperto un serio dibattito sul futuro di queste strutture e sulla possibilità di mantenere un adeguato livello di qualità nonostante le incertezze del quadro di riferimento.

Lo scenario è quindi connotato da una notevole preoccupazione: ciò richiede estrema attenzione all'evoluzione complessiva, senza però che il pessimismo riduca la capacità di gestione del presente e di innovazione per il futuro. La "plasticità sociale" ha sempre trovato modi per adeguare i servizi alle condizioni di riferimento, come è avvenuto in particolare negli ultimi 20 anni, dopo l'esplosione del fenomeno invecchiamento. La certezza di chi scrive è che questa capacità continuerà anche in futuro; ciò però non ci sottrae al dovere di studiare, ipotizzare, sperimentare nuove proposte, mostrando in questo modo un ottimismo dalle molte ricadute, tra le quali è particolarmente importante il giudizio sociale sulle residenze. Peraltro la mancanza di luoghi formalmente preposti alla ricerca in questo ambito (oltre che alla formazione) mostra i limiti del nostro sistema universitario, incapace di cogliere tempestivamente gli ambiti dove avviene il cambiamento sociale e quindi dove è più necessaria la qualificata presenza dell'accoppiata ricerca-formazione. Il rischio più grave di questa assenza è l'incapacità di definire l'originalità del servizio offerto dalle residenze rispetto al complesso dei servizi geriatrici e alla multiformità dei bisogni della società che invecchia; a ciò conseguono difficoltà nell'identificare standard di fatto (strutturali, organizzativi, qualitativi, ecc.) e nella formazione di operatori specificamente preparati (Guaita, 2005).

3. Il futuro in discussione

Nell'ambito di una visione prospettica, attenta alle criticità evolutive, particolare importanza rivestono i problemi economici, perché rischiano di rallentare (o addirittura fermare) l'evoluzione del sistema. Di seguito vengono presentate alcune indicazioni strategiche per meglio analizzare la compatibilità rispetto alle condizioni economiche, oggi come domani.

3.1. *L'inadeguatezza delle risorse pubbliche*

Sul piano delle entrate si deve prendere coscienza che nei prossimi anni non avverrà un cambiamento delle scelte governative in materia di spesa pubblica e che quindi le risorse – anche se crescenti – risulteranno sempre inadeguate rispetto ai bisogni. Sarà, quindi, impossibile fondare ipotesi di lavoro su un aumento significativo dei finanziamenti regionali alle strutture residenziali. Anche i servizi di assistenza domiciliare soffriranno le stesse problematiche di finanziamento. Sempre sul piano delle entrate, per compensare la riduzione di quelle pubbliche si sarà costretti a confrontarsi con possibili aumenti della quota di spesa a carico dell'ospite e della sua famiglia. Avrebbero spazio, a tal proposito, forme alternative di finanziamento, legate – ad esempio – alla casa di proprietà dell'anziano?

Non si deve peraltro dimenticare che la gran parte dei nuovi ospiti delle residenze sono molto vecchi e molto ammalati e che quindi destinati naturalmente ad una permanenza più breve; anche se per unità di tempo comportano un costo notevole, sarebbe possibile prevedere forme di finanziamento innovative, legate a permanenze brevi? (Su questi aspetti si tornerà oltre).

Un'ulteriore alternativa è rappresentata dal ricorso all'utenza privata all'interno delle residenze; la prospettiva si inserisce nella logica di collegare le strutture residenziali che hanno scopi pubblici con il mercato privato, costruendo modelli di collaborazione di reciproco vantaggio (da una parte denaro fresco per la gestione delle strutture residenziali, dall'altra la garanzia che gli investimenti del privato permettano di acquisire servizi controllati sul piano qualitativo e, in generale, rispettosi di una certa eticità). In ogni modo, il contributo dei cittadini al finanziamento dell'assistenza continuativa dovrà aumentare nei prossimi anni per mantenere l'attuale livello dei servizi (si veda il paragrafo dedicato alla "terza economia").

3.2. Alla ricerca dei risparmi di gestione

Quali risparmi possono essere realizzati nelle strutture? Considerando che il costo del lavoro raggiunge oltre il 75% del totale, resta uno spazio limitato per risparmi legati alla componente alberghiera e all'assistenza sanitaria. Spesso si punta sulla riduzione della spesa per i farmaci (in media 4 euro al giorno), rischiando di privare gli ospiti di trattamenti importanti, al fine di ridurre i costi di pochi euro al mese. Lo stesso dicasi per altri aspetti, compresi quelli alberghieri: che risparmio reale e razionale si può attuare rispetto al costo di 8 euro di una giornata alimentare? Anche la cessione in outsourcing di attività non direttamente collegati con l'assistenza alla persona non sembra apportare benefici significativi sul piano economico (evidentemente se non si è in presenza di condizioni palesi di spreco, sempre meno diffuse, ma non del tutto scomparse nei settori della ristorazione, della lavanderia, delle pulizie, dei servizi generali, di economato, ecc.).

Una rilevante riduzione dei costi viene perseguita usualmente solo portando gli standard quantitativi al livello minimo consentito. Ciò può essere fatto sia riducendo il numero totale delle ore lavorate, sia giocando sui turni o sulla tipologia degli operatori impegnati, puntando sulle figure professionali meno costose. Oggi nelle strutture residenziali della Lombardia – ad esempio – lo standard assistenziale medio è superiore di circa il 20% rispetto a quello prescritto dai contratti. Non si vede, però, come lo si possa ridurre senza un netto peggioramento della qualità assistenziale. A questo standard corrisponde peraltro un costo medio complessivo superiore ai 93 euro, la cui distribuzione nel territorio non è parallela a quella degli standard assistenziali e che sale nelle strutture più focalizzate verso pazienti ad alta complessità assistenziale.

Esiste, inoltre, l'alternativa di ricorrere per l'integrale gestione delle strutture al personale dipendente da cooperative, che – in virtù della vigente normativa sul lavoro – sempre di più possono operare solo in forma di gestione globale e non già con formule di fornitura di personale. La tematica della collaborazione con il sistema cooperativistico è, in ogni modo, da inserire nello scenario politico generale del paese, che potrebbe portare a ridurre i vantaggi fiscali che, ancor oggi, rendono favorevole l'utilizzazione di personale di questa provenienza; inoltre il recente rinnovo del contratto del comparto ha incrementato i costi di oltre il 10%, erodendo fortemente i margini di vantaggio esistenti in precedenza.

È sul tappeto, infine, la possibilità di sperimentare approcci radicalmente innovativi che permettano di ipotizzare una riduzione del tasso di istituzionalizzazione e, quindi, un risparmio di sistema, anche se non per le singole strutture. Si deve però controllare con attenzione che queste soluzioni non scarichino sulle famiglie il peso dell'assistenza, aumentando la loro condizione di abbandono nel momento della crisi. Ciò apre la porta a sperimentazioni serie, aperte a qualsiasi soluzione, e non aprioristicamente dirette a confermare un'ipotesi di risparmio.

3.3. *Il significato ineludibile*

Per considerare nel modo opportuno le ipotesi menzionate bisogna affrontare primariamente il nodo del significato delle residenze per la vita degli ospiti. Infatti, l'imperativo etico di rispettare la vita in tutte le sue forme impone di garantire un trattamento rispettoso della dignità e della libertà, anche se molti utenti si trovano in condizioni cliniche fortemente deteriorate dal punto di vista somatico e cognitivo.

L'interrogativo di fondo è: come definire le condizioni minime di un servizio sul piano clinico e assistenziale, in modo da adempiere al mandato indiscutibile del rispetto della persona? Una possibilità sarebbe la definizione di "risultati irrinunciabili di assistenza", che costituiscano lo standard sotto il quale non si può scendere. In questo modo, la misura degli outcome costituirebbe una garanzia per l'ospite, prescindendo dalle procedure seguite e dai loro costi. Ad esempio, potrebbero essere adottati sistematicamente strumenti di rilevazione della qualità dell'assistenza basati sulle variazioni di peso, sulla presenza di piaghe da decubito, sulle contenzioni, le cadute, il tono dell'umore, ecc. (tutte misure rilevanti per la qualità della vita degli ospiti) (Scocco e Trabucchi, 2007; Trabucchi *et al.*, 2009). Si eviterebbe così un dibattito teorico e poco concreto, mirando invece a raggiungere il "massimo del possibile", tenuto conto delle variabili in gioco e della capacità di modificarle, indirizzandole verso un miglioramento dei servizi prestati.

3.4. *Il ridisegno della rete*

Un'ulteriore alternativa in discussione consiste nel riorganizzare la rete delle cure così da ridurre la gravità clinica ed assistenziale di chi entra in una struttura residenziale, con la conseguente diminuzione dei costi (infatti le condizioni di salute delle persone anziane appena ricoverate sono molto spesso gravemente compromesse e, quindi, inducono una forte spesa iniziale, che non può venire spalmata nel tempo a causa della breve durata di vita dell'anziano dopo l'istituzionalizzazione). Vi si può arrivare sviluppando il settore delle cure intermedie (prevalentemente post-ospedaliere), che si assumerebbe l'onere di curare gli anziani gravemente instabili, bisognosi di interventi di alta qualificazione (normalmente non disponibili, con conseguenti disagi non trascurabili). Inoltre è necessario prevedere l'istituzione nelle residenze di nuclei finalizzati per specifiche problematiche assistenziali, quali i comi e alcune malattie (sla, ecc.). Anche così si scaricherebbe dalle residenze il peso di situazioni gravose, di alto costo, finanziandole in appositi capitoli. Infine è importante prevedere l'espansione dei letti di hospice, in modo da ridurre la pressione sulle residenze da parte di pazienti terminali, che inducono stress del personale ed alti costi economico-organizzativi. Lo stesso dicasi per la riorganizzazione del sistema della riabilitazione, che dovrebbe in futuro svolgere con maggiore chiarezza funzioni oggi a carico delle residenze (con risultati spesso non soddisfacenti a causa dell'impossibilità di organizzare nell'ambito delle tariffe riconosciute servizi costosi e con un alto investimento di personale).

4. **Un'ipotesi: l'opzione *low cost***

4.1. *I modelli*

I servizi low cost non rappresentano una invenzione degli ultimi anni, ma una modalità più o meno strutturata di organizzare servizi, da sempre attuata nella storia dell'umanità attraverso le specificità delle rispettive epoche. Tipici delle economie di guerra o delle grandi crisi, negli ultimi anni i servizi low cost hanno assunto un particolare interesse mediatico, indotto dal loro utilizzo su scala industriale (Calder, 2003; Daft, 2004). Al fine di stimolare un esercizio progettuale innovativo, vengono di seguito elencati alcuni modelli di riferimento, utili per prefigurare nuove modalità di servizio agli anziani. Anche se sono profondamente diversi da questi per modalità attuative e per obiettivi strategici, è un confronto utile per evitare di mantenere il ragionamento sempre all'interno di schemi chiusi. In quest'ottica la discussione non prefigura l'adozione dei modelli presentati, ma vuole essere uno stimolo per chi ha la responsabilità – a tutti i livelli – di pensare al futuro. Uno stimolo a riflettere su come coniugare efficienza, qualità ed etica, i tre pilastri su cui deve poggiare qualsiasi servizio per le persone fragili in un paese civile.

Il modello IKEA è basato su tre principi di fondo: 1. l'utilizzo di materiali a basso costo, anche se quanto più possibile naturali, 2. la cura del design e dell'innovazione, che caratterizzano il prodotto, incidendo poco sul costo di produzione perché applicati su larga scala, 3. la riduzione al minimo dei costi commerciali, di montaggio e trasporto, basati sul principio del "fai da te" (Bailly *et al.*, 2007; Delbecchi, 2007; De Hann e Oldenzel, 2003). L'applicazione di questo modello all'assistenza all'anziano è traducibile nell'utilizzo di strutture prefabbricate, di design essenziale ed a basso costo di investimento e di gestione energetica, nonché nel coinvolgimento diretto dei famigliari in alcune attività di assistenza, ad esempio nei fine settimana.

Il modello Ryanair è basato sulla riduzione del prodotto all'essenziale, con eliminazione di tutti i servizi accessori, sia a terra che a bordo del vettore, e sull'adozione di un sistema di marketing-mix con vendita "scontata" per prenotazioni a lungo termine o last-minute. Questo modello può suggerire l'eliminazione di servizi non essenziali (anche se oggi sono spesso già ridotti all'"essenziale"), quali, ad esempio, la portineria o l'offerta di posti letto ed ospitalità a prezzi scontati in periodi dell'anno a bassa richiesta, eventualmente utilizzando strutture turistiche fuori stagione (Creaton, 2008).

Modello Dabbawalla. La catena indiana di distribuzione veloce di pasti per le pause pranzo dei lavoratori è basata sull'utilizzo di punti di produzione non industriale (cucine di abitazioni private), con azzeramento degli investimenti in locali, attrezzature e manutenzioni, sul lavoro a domicilio non strutturato per la preparazione dei cibi, e su una rete di distribuzione "privata", con uso di mezzi di trasporto pubblici e privati a basso costo e con remunerazione dei trasportatori basata sul numero delle consegne (Hawke, 2009; O'Connor, 2007; Samuelson, 2008; Thompson, 2008). Il modello suggerisce lo svolgimento di alcune attività alberghiere da parte delle famiglie (pasti, lavanderia, pulizie), che potrebbero organizzarsi per l'erogazione diretta del servizio nelle residenze.

Modello della Banca del tempo, basato sull'organizzazione dello scambio di lavoro e servizi, espresso in termini di ore, mediante gestione su larga scala di crediti orari, sull'utilizzazione di un metro di misura oraria con assoluta parità tra diverse tipologie di servizi erogati e sull'impersonalità dello scambio (Amorevole *et al.*, 1996; Amorevole e Succi, 1998; Coluccia, 2008). Si tratta del modello più immediatamente traducibile attraverso l'impiego di personale non strutturato, ma contrattualmente vincolato a coprire alcune funzioni.

4.2. Le opzioni operative

Nessuno di questi modelli, considerato autonomamente, rappresenta un'opzione direttamente applicabile all'assistenza agli anziani; richiede, infatti, specificità legate alla tipologia delle persone delle quali prendersi cura, come impegno

di lavoro umano per assistenza, cura della persona, socializzazione, continuità del servizio ed affidabilità, esigenze di tutela della persona e della sua dignità. Tuttavia la filosofia dei differenti approcci low cost può costituire un punto di partenza per progettare nuovi modelli assistenziali basati sulla riduzione dei due principali costi di erogazione del servizio, cioè il costo del lavoro e i costi legati all'immobile. Bisogna notare, altresì, che nei settori dove sono stati sviluppati, questi modelli hanno incontrato il gradimento da parte degli utenti. La sfida è concretizzare i miglioramenti che i modelli low cost possono produrre in termini di efficienza, evitando i rischi di bassa qualità e scarsa tutela di utenti, famiglie e operatori. Tenendo sullo sfondo gli esempi sopraindicati, pertanto, di seguito si descrivono alcune possibili opzioni concrete, riferite specificamente alle residenze per anziani, aventi lo scopo di ridurre i costi, e se ne discutono opportunità e limiti.

4.2.1. Le assistenti familiari e i domicili privati

Il sistema delle badanti rappresenta di per sé un prototipo di assistenza low cost che, non a caso, ha avuto in questi anni un enorme successo. I limiti di questa opzione sono evidenti, in particolare dovuti all'esigenza di una progressiva regolarizzazione dei rapporti di lavoro, che proprio dalla totale informalità traggono il loro elemento di maggior convenienza ed elasticità. Già oggi si vedono i segnali di un aumento dei costi, perché la barriera dei 1.000 euro al mese è stata largamente superata e anche perché diminuisce la percentuale di badanti residenti nella casa dell'anziano (è quindi richiesta la compresenza di più persone per la copertura delle 24 ore e delle festività) (si veda il capitolo 5). Pensare di garantire il futuro dell'assistenza attraverso il prolungarsi di questa modalità assistenziale sarebbe illusorio (oltre che insostenibile sul piano umano e del rispetto della dignità delle persone). Un ulteriore limite potenziale di questa opzione è la prevedibile riduzione del dislivello di ricchezza tra Italia e paesi dell'Est, che hanno rappresentato fino ad oggi il maggior bacino per il reclutamento delle badanti.

Altre esperienze di assistenza presso le abitazioni private sono state storicamente sviluppate nella città di Trieste, dove da più di cinquant'anni esiste il modello delle "residenze polifunzionali", in realtà "affittacamere" per anziani che si sono trasformati in tante piccole case di riposo a gestione familiare. Il modello, per quanto economicamente conveniente, ha rivelato gravi problemi riferiti alla definizione e al rispetto di standard igienico-sanitari e alla garanzia di adeguati livelli di assistenza, soprattutto in rapporto alla progressiva evoluzione degli assistiti verso livelli di crescente complessità clinico-assistenziale.

Si deve, infine, considerare che i modelli di erogazione a domicilio di interventi assistenziali professionali e strutturati si sono rivelati più costosi della gestione di una degenza in residenza. Tenendo conto dei tempi e dei costi di spostamento e dell'organizzazione generale del servizio, un lavoro professionale a

domicilio ha un costo compreso tra i 40 e i 50 euro ad accesso, più l'eventuale intervento medico. Un paziente che necessita di almeno due interventi professionali al giorno nel suo domicilio costa, solo di assistenza formale esterna, una cifra vicina a quella di una retta completa in residenza, senza tener conto dell'assistenza continuativa h 24 da parte di familiari e badanti, del vitto e delle utenze.

4.2.2. L'organizzazione del lavoro

Le residenze sanitarie in Italia sono organizzate secondo una logica che si colloca a metà tra la filosofia organizzativa ospedaliera e quella alberghiera. L'oscillazione tra i due modelli porta a soluzioni non sempre ottimali in termini di efficienza. L'opzione ospedaliera è fortemente motivata dalla crescente complessità clinico-assistenziale dei pazienti, precocemente dimessi da ospedali sempre più orientati alla gestione della fase acuta. Ma è anche sostenuta dalla cultura organizzativa di medici ed infermieri, che deriva quasi sempre da una formazione ospedaliera.

È però possibile ipotizzare – a differenza di quanto è oggi prevalentemente diffuso – un modello che porti al massimo l'utilizzo di personale a bassa qualificazione e ad una maggiore focalizzazione del lavoro delle figure sanitarie; ciò a condizione di adottare modelli organizzativi e percorsi di formazione svincolati dai sistemi istituzionali. In ogni caso le opzioni più "sanitarie" della struttura potrebbero essere ridotte al minimo indispensabile, e riferite ai singoli atti a specifica valenza medica o infermieristica, evitando l'utilizzo di personale qualificato per lo svolgimento di mansioni demandabili ad altri.

La migliore valorizzazione di modelli di questo tipo può avvenire in strutture, o nuclei, omogenei dal punto di vista assistenziale e, preferibilmente, a medio-bassa domanda assistenziale. Infatti la presenza di uno o più pazienti con bisogni complessi impone la presenza di personale sanitario in diverse fasi della giornata, determinando la presenza di operatori specializzati che risulterebbero ad alto costo se non distribuita su più pazienti. Appare quindi vantaggioso, in una ottica di ottimizzazione delle risorse e di adeguata risposta assistenziale, specializzare le strutture, almeno per nuclei, su livelli di assistenza finalizzati alle reali caratteristiche dell'ospite.

L'organizzazione dell'assistenza per nuclei specializzati introduce tuttavia alcuni problemi legati a una maggiore rigidità organizzativa della struttura e alla necessità di tariffe differenziate che compensino eventuali squilibri di case-mix. Il problema della rigidità può essere affrontato e risolto nell'ambito di organizzazioni ampie (anche diverse, purché coordinate ad esempio dal distretto sanitario), capaci di offrire elasticità di risposte alternative rispetto al singolo nucleo assistenziale. Il problema delle tariffe differenziate è invece funzione dell'utilizzo di strumenti di rilevazione analitica del carico assistenziale con la conseguente rilevazione dei costi.

Nella ricerca di soluzioni più marcate di controllo dei costi l'equipe assistenziale delle residenze sanitarie potrebbe essere integrata anche da figure riconducibili al volontariato e comunque a forme di lavoro non strutturato, purché inserite in un adeguato percorso organizzativo. In particolare potrebbero essere utilizzati gli stessi familiari, secondo programmi di tipo cooperativo. Altra opzione, come precedentemente indicato, è l'impiego di persone che aderiscono ad un percorso di "banca del tempo", che possono accumulare crediti per una futura assistenza per sé o per i propri familiari. È naturale che un sistema di questo tipo dovrebbe essere organizzato su una scala abbastanza ampia da garantire la necessaria elasticità degli scambi della banca del tempo.

In ogni caso specifiche strategie di organizzazione e flessibilità del lavoro possono risultare fondamentali per la riduzione dei costi di gestione, perché anche piccole ottimizzazioni del lavoro possono portare a significative economie in un settore a così alto impatto di spesa.

4.2.3. L'immobile

Un'altra variabile importante dei costi di assistenza residenziale è legata al peso dell'immobile: spese di costruzione, ammortamenti, manutenzioni, utenze, ecc. Un loro contenimento appare difficile, anche con l'utilizzo di modelli costruttivi a basso costo, mentre sembra più ragionevole una diversa distribuzione degli oneri dell'investimento immobiliare coinvolgendo in qualche modo gli stessi ospiti. In alcune realtà sono stati sperimentati modelli di "compensazione" con le abitazioni private dei pazienti, che possono essere utilizzate anche per l'attivazione di mutui destinati a sostenere le rette di degenza. Queste opzioni creano ovviamente conflitti con gli eredi, che sarebbero chiamati a rimborsare il debito per estinguere l'ipoteca e rientrare in possesso del bene.

Una diversa soluzione volta a ridurre i costi dell'assistenza residenziale collettiva potrebbe essere quella della "multiproprietà". L'acquisto della "camera" da parte dell'utente al momento del suo ingresso potrebbe costituire una opzione che consente di ridurre l'impegno finanziario legato alla realizzazione e conduzione di una residenza. In questo modo il peso dell'investimento immobiliare verrebbe distribuito tra i tanti utenti che acquisirebbero una porzione di bene che, finito il ciclo di utilizzo, potrebbe essere ceduta o affittata ad altri. L'opzione non è irrilevante: il peso della sola proprietà immobiliare, includendo oneri finanziari e tasse, incide infatti per circa 5.000 euro l'anno a posto letto (più di 400 euro al mese e di 13 euro al giorno). L'eventuale acquisto del "posto letto" potrebbe avere un costo di circa 80.000/100.000 euro e consentire una riduzione della retta di circa 13 euro, corrispondente ad un rendimento del 5-6% l'anno, molto superiore al normale rendimento dei titoli di stato. Contestualmente i gestori verrebbero sgravati di un peso finanziario i cui vantaggi si traducono in una riduzione dell'indebitamento complessivo e in possibilità di effettuare con maggiore facilità ulteriori investimenti.

Più semplice, anche dal punto di vista organizzativo, può risultare la costruzione di complessi residenziali multifunzionali, ove convivono diversi modelli assistenziali, condividendo alcuni servizi centralizzati. Un modello prevede la costruzione di una “cittadella degli anziani” ove inserire, in un unico complesso, una residenza con moduli ad elevato impegno assistenziale ed altri a più basso carico (residenza protetta), in continuità con un centro diurno ed un complesso di miniappartamenti completi di tutti i servizi.

Non si possono infine trascurare le nuove esperienze che si vanno diffondendo nel territorio su base comunitaria e che rappresentano tentativi di fruire servizi vicini al cittadino, a basso costo, con un forte valore aggiunto di relazione. Si tratta di realizzazioni condizionate favorevolmente dalla tipologia del territorio; vanno però seguite con attenzione perché si potrebbe arrivare ad una loro diffusione che – anche se parziale – potrebbe contribuire in modo significativo alla soluzione dei problemi di sistema. Vi è infatti in molti gruppi sociali uno spazio psicologico e politico per favorire l’implementazione di servizi fortemente inseriti (e voluti) dalla comunità locale (comune, parrocchia, realtà professionali, di volontariato, ecc.) (Ardigò, 2006). Si tratta ovviamente di motivazioni più serie e fondate di quelle che mirano in modo campanilistico ad avere ogni servizio sulla porta di casa; però il progressivo maturare anche di queste posizioni non deve essere trascurato, perché potenzialmente utili alla coesione sociale. È necessario quindi che chi ha la responsabilità di programmare sappia cogliere il significato e rispettare le potenzialità di queste aperture. Ma sarà possibile superare – entro tempi ragionevoli – la logica burocratica, che tende a controllare ogni spazio, ed adottare la sussidiarietà come principio fondante delle aggregazioni umane? Ancora una volta la pressione del tempo di oggi, con tutte le sue criticità, potrebbe indurre a ripensare a modelli che sembravano “di successo” e che quindi non erano criticabili. Il processo però è delicato, perché non devono prevalere logiche pauperistiche; le scelte in questo senso sono infatti dettate prima di tutto da un’opzione umana e di coesione sociale.

5. Una residenzialità migliore in una diversa società

La combinazione delle ipotesi di riduzione dei costi sopraenunciate, e di altre, fornisce scenari possibili, ma difficilmente la completa soluzione del problema. In questa ottica il tema del riequilibrio tra popolazione assistita e popolazione attiva rimane centrale e determinante, con l’obiettivo di ridurre il carico sociale prodotto da una larga fascia di persone dipendenti.

Vi è al fondo la speranza di giungere, attraverso l’evoluzione delle scienze medica e del miglioramento degli stili di vita, all’obiettivo di assicurare salute ed indipendenza anche negli ultimi anni di vita, riducendo così il numero delle per-

sone bisognose di assistenza continuativa. Tuttavia, in attesa di raggiungere questi auspicati risultati, è necessario trarre vantaggio dall'obiettivo miglioramento di salute ed autonomia conquistato nella fascia di età 65-75 anni, ove permangono in molti casi importanti capacità fisiche e mentali, che possono costituire la premessa per continuare una vita attiva. Su queste basi è possibile ipotizzare un trend verso un maggiore equilibrio umano, organizzativo ed economico, indotto dalla capacità di una fascia più ampia di cittadini di produrre ricchezza. Inoltre, si eviterebbero così almeno parte delle attuali difficoltà, anche per quanto riguarda gli aspetti trattati in questo capitolo, cioè le possibilità di fondare in modo razionale ed economicamente compatibile l'assistenza alle persone non autosufficienti. Il processo sarà certamente lungo e complesso, ma la prospettiva di aggranciare i risparmi ottenibili con obiettivi di alto valore sociale potrà facilitare anche il superamento di barriere psicologiche e organizzative. Il ripensamento del sistema sociale e la possibilità di sviluppare l'assistenza residenziale in modo adeguato possono apparire, ad un primo sguardo, temi distanti ma sono, invece, strettamente intrecciati.

Nei prossimi anni saranno, dunque, da costruire e sperimentare modelli per l'estensione dell'età lavorativa, non soltanto con il semplice progressivo adeguamento dell'età pensionabile, ma anche con lo sviluppo di modalità differenti ed adattate di partecipazione alla vita economica. In questa logica ha significato il modello "Terza economia", recentemente sviluppato attraverso una serie di studi, stimolati in particolare dalla Fondazione Socialità e Ricerche (2008). Comprende un insieme di aspetti che portano a creare le condizioni perché la persona anziana possa diventare (o continuare ad essere) un produttore di ricchezza per sé e per la collettività. In questo modo, tra l'altro, si segmentano gli appartenenti alla terza età; molti anziani possono diventare più o meno direttamente un sostegno alla quota di coetanei che sono invece bisognosi di aiuti costosi e complessi, perché incapaci di una vita autonoma (e quindi – ad esempio – obbligati al ricorso a strutture residenziali).

Di seguito vengono presentati alcuni punti chiave della prospettiva della "Terza economia".

- Il mantenimento dell'anziano nel mondo del lavoro – continuando la propria occupazione precedente o aprendone una nuova – richiede una serie di atti rilevanti, quali: *a)* adeguamento dei meccanismi aziendali per riconoscere il ruolo del lavoratore anziano, rispettandone competenze, sensibilità, capacità; *b)* formazione del lavoratore anziano in modo da permettere l'utilizzazione delle nuove tecnologie e – più in generale – dei nuovi processi lavorativi; *c)* incentivi fiscali per l'eventuale prolungamento dell'attività lavorativa, ma anche per l'apertura di nuove forme di microimprenditorialità, soprattutto nel campo dei servizi; *d)* disponibilità di crediti adeguati alle funzioni sopradescritte.

- Garantire da parte del mondo produttivo l'apertura di possibilità per permettere la partecipazione attiva dell'anziano, incentivando così il consumo di beni. Non si tratta di costruire linee di "prodotti per vecchi", ma di adeguare la produzione dei normali beni anche alle esigenze della quota di cittadini più avanzati di età (dalla moda, al turismo, ai trasporti, alle assicurazioni, ecc.). In questo modo si garantisce una crescita economica significativa, perché la persona anziana mette in circolo le proprie disponibilità e concorre alla crescita del PIL della nazione.
- L'insieme dei due punti precedenti consente una maggiore sostenibilità del sistema di welfare, sia per quanto riguarda la spesa pensionistica che sociosanitaria, consentendo di concentrare sulle fasce più deboli una maggiore quantità-qualità di interventi, utilizzando i risparmi ottenuti. Ogni investimento iniziale da parte del sistema pubblico, quindi, per permettere l'adozione su larga scala delle modalità sopra delineate sarà largamente produttivo. Le prospettive politiche in questo ambito sono ancora incerte, soprattutto per le resistenze di chi dovrebbe rinunciare, anche se solo in piccola parte, ai vantaggi di oggi per costruire un domani migliore per molti. È la riprova di un deficit della politica, che sembra aver perso la determinazione a guidare l'evoluzione dei fenomeni sociali. Infatti, se si lasciano queste decisioni solo al naturale equilibrio delle forze economiche non si arriverà a costruire una vera e stabile risposta al bisogno. Si deve inoltre osservare che adottando queste scelte l'uomo e la donna anziani non vengono più vissuti a livello collettivo come una categoria indistinta di persone dipendenti e costose per la collettività; se ne modifica quindi in modo concreto l'attuale condizione di disagio, molto spesso di natura prevalentemente psicologica.
- Nel suo insieme lo sviluppo della "Terza economia" permette all'anziano una migliore qualità della vita, caratterizzata da una più incisiva partecipazione alle dinamiche sociali e da una maggiore disponibilità economica. Ciò produce una generale attivazione psicofisica della persona coinvolta nei meccanismi produttivi, con la conseguente conservazione di un migliore stato di salute, che a sua volta è una determinante fondamentale del benessere e porta ad una riduzione del ricorso ai servizi, quelli sanitari in particolare (con il conseguente risparmio). Inoltre, una presenza dell'anziano più significativa nell'ambito della collettività produce "capitale sociale", cioè contribuisce alla creazione di un mondo più sereno, coeso e vivibile per tutti, indipendentemente dall'età. Anche la residenzialità in quest'ottica assume una tonalità diversa, perché non rappresenterebbe più il momento dell'espulsione, ma un tempo della vita, alla cui costruzione partecipa l'insieme della collettività.

Tra le altre proposte che sono state avanzate per aumentare la disponibilità di risorse economiche, uno spazio particolare ha il movimento che vede nella costruzione della "welfare community", un modello di sviluppo compatibile

con le attuali difficoltà nei finanziamenti pubblici. Pur non essendo la sede per una disamina approfondita dell'argomento, si deve rilevare l'estrema importanza di una reale alternativa all'attuale strutturazione del welfare state, attraverso la costruzione di un sistema plurale, al quale contribuirebbe in modo sostanziale la crescita del terzo settore. Si tratta di una prospettiva di significato umano e organizzativo, la cui messa in atto però richiede tempi lunghi ed una rilevante maturazione sociale. Inoltre si deve ricordare che la maggior parte del finanziamento del sistema sarebbe ancora affidato a fondi pubblici, come è avvenuto in questi anni. Recentemente si è posta molta enfasi sul ruolo delle fondazioni bancarie come nucleo centrale di possibili future aggregazioni di realtà non profit, impegnate nella gestione di servizi sociali. Si tratta di una discussione significativa, anche se deve essere letta nell'ambito della concretezza delle dimensioni economiche dei problemi. Ad esempio, una delle maggiori fondazioni bancarie italiane nel 2008 ha erogato contributi per oltre 190 milioni di euro (che peraltro quest'anno subiranno una drastica riduzione) su un potenziale bacino di 2-3 milioni di abitanti. Se si calcola una presumibile presenza di 4-500.000 ultra-sessantacinquenni e quindi di circa 40.000 anziani bisognosi di supporto da parte di servizi (non solo residenziali, ma riguardanti tutta la gamma dei bisogni) si deduce che, anche se tutta la disponibilità della fondazione fosse indirizzata alla terza e quarta età, il massimo di disponibilità per ogni anziano sarebbe di 5.000 euro. Ovviamente si tratta di calcoli approssimativi, ma offrono un parametro per giudicare l'ampiezza dei fenomeni e quindi come di fatto sia sempre centrale e irrinunciabile il finanziamento pubblico, anche se resta doverosa la ricerca di strumenti integrativi.

6. Conclusioni

Le opzioni sopraindicate descrivono una condizione in movimento, che richiede attenzione da parte di politici, programmatori e operatori. Non è ancora possibile tracciare una prospettiva evolutiva chiara; il coinvolgimento e la responsabilizzazione di forze sempre più ampie è però un segnale positivo (Podavitte *et al.*, 2008).

Non abbiamo la capacità di vaticinare come sarà il settore della residenzialità nel 2020, ma sicuramente interverranno alcuni fattori di discontinuità, conservando però le caratteristiche di responsabilità del servizio verso la vita di persone fragili e dipendenti. Certamente le condizioni economiche saranno una delle determinanti principali del cambiamento; vorremmo però sperare che l'evoluzione futura sia determinata soprattutto da una maggiore consapevolezza dell'importanza per l'equilibrio sociale di garantire alla persona che invecchia una sicurezza per il proprio futuro.

Qualche anno fa sembrava possibile coltivare l'utopia di una totale deistituzionalizzazione dell'anziano, sulla scia di quanto attuato con successo in ambito psichiatrico. Il cambiamento del quadro demografico, epidemiologico e sociale ha bloccato questa prospettiva, lasciando la comunità civile con un'unica possibile opzione, quella di migliorare la qualità della vita degli ospiti delle residenze, organizzando attorno a loro servizi adeguati. Questa situazione è ben lungi dall'essere superata e deve essere affrontata con realismo e senza sogni.

I vecchi hanno bisogno anche delle residenze: da questa affermazione non più discutibile discende l'impegno – percorso anche da questo capitolo – di trovare le forme migliori per rendere vivibili le strutture e compatibili con le capacità del sistema pubblico e delle famiglie di farvi fronte. Una scommessa che richiede di guardare in faccia i problemi, senza illudersi di poter continuare come nel passato, ma con l'impegno al massimo di innovazione.

8. Quali servizi per l'Alzheimer?

Angelo Bianchetti

1. Introduzione

Di fronte ai problemi presentati dalla demenza si manifestano spesso negli operatori sentimenti di impotenza per l'inadeguatezza delle risposte. In realtà si fanno e si possono fare molte cose. In questo capitolo vogliamo delineare, seppure in modo schematico, le possibili risposte ai molti problemi dei malati e delle loro famiglie, descrivendo i punti qualificanti dei vari servizi con l'intento di fornire, a quanti lo vorranno, elementi di riflessione e spunti di approfondimento per un miglioramento della qualità delle cure a questa categoria di malati.

2. Dimensione epidemiologica ed elementi clinici di riferimento

2.1. *La necessità di una visione d'insieme*

L'approccio alla *care* della persona con malattia di Alzheimer presenta frequentemente errori di prospettiva, che portano ad una visione parcellizzata e cristallizzata. Le problematiche presentate dalla malattia sono molteplici e così interconnesse che non è possibile predisporre risposte coerenti senza avere una visione complessiva dei problemi. Nello stesso tempo l'evoluzione della sintomatologia è così tumultuosa che il termine "cronico" male si adatta a questa condizione. In un arco temporale relativamente breve (la malattia di Alzheimer – la forma più frequente di demenza – ha una durata media di 5-8 anni) il paziente sperimenta il passaggio da una condizione caratterizzata da lievi deficit mnesci e difficoltà nello svolgimento delle attività più complesse, al progressivo sgretolarsi delle competenze cognitive, alla modificazione radicale della personalità (quasi invariabilmente accompagnata da alterazioni del comportamento) con il deterioramento via via sempre più marcato dello stato funzionale fino alla disabilità completa e alla comparsa di complicanze neurologiche o somatiche (Bianchetti e Trabucchi, 2005). In questo percorso vi è il coinvolgimento profondo della famiglia che vive dapprima l'angoscia della diagnosi e della prospettiva di una evoluzione inarrestabile della malattia, poi le difficoltà della gestione dei proble-

mi comportamentali, cognitivi e del carico derivante dalle necessità assistenziali sempre in aumento.

Le risposte ai problemi della demenza devono quindi essere in grado di seguire il paziente e la famiglia lungo il decorso della malattia adattandosi rapidamente alle mutate esigenze e coprendo contemporaneamente la dimensione clinica e quella assistenziale. Il primo elemento necessario è il riconoscimento della malattia e della sua natura (che avviene in un terzo solo dei casi e mediamente dopo 20 mesi dalla comparsa dei primi sintomi) che, se avviene tardivamente, provoca sofferenza nel paziente, disagio nella famiglia, ritarda l'inizio dei trattamenti, impedisce una corretta pianificazione degli interventi di supporto alla famiglia e di prevenzione dei rischi (gestione delle finanze, guida dell'auto, ecc.) e differisce l'assunzione di decisioni legali ed etiche (Bianchetti e Trabucchi, 2005). Alla fase della diagnosi deve seguire la fase degli interventi che devono essere integrati e condotti in modo continuativo, senza salti temporali e spaziali (fig. 1).

2.2. *La malattia di Alzheimer: una epidemia silente*

In Italia si stimano circa 900.000 casi di demenza e circa 3 milioni di familiari sono coinvolti direttamente nell'assistenza ai pazienti (Alzheimer Europe Yearbook, 2008). La prevalenza aumenta in modo quasi esponenziale con l'età, passando dall'1% circa tra i 65 e i 69 anni al 30-35% dopo gli 85 anni (l'AD rappresenta circa il 70% dei casi); complessivamente si calcola una prevalenza del 6,4% fra gli ultrasessantacinquenni (la prevalenza dell'AD è del 4,4%) (van der Flier e Scheltens, 2005). Anche l'incidenza aumenta con l'età, passando da 4,1 casi per 1.000 abitanti per le età fra 65 e 69 anni a 29,9 per le età fra 80 e 84 anni; questo corrisponde a circa 96.000 nuovi casi di demenza ogni anno nel nostro paese (Di Carlo *et al.*, 2002). È stato stimato che le persone affette da demenza raddoppieranno entro il 2020 e quadruplicheranno entro il 2040 (Ferri *et al.*, 2005).

2.3. *Le demenze determinano un notevole impatto sociale ed economico*

Oltre ai costi diretti derivanti dalla malattia (diagnosi, cure dirette e per il controllo delle complicanze) e dalla disabilità conseguente (supporti domiciliari, istituzionalizzazione, ausili) vanno anche considerati i costi indiretti, non monetizzabili, rappresentati soprattutto dalle risorse dedicate dai familiari all'assistenza. Si calcola che nel nostro paese circa l'80% dei pazienti sia gestito direttamente a domicilio (il 50% nella propria abitazione) e che i costi indiretti rappresentino circa i 2/3 dei costi totali (Bianchetti e Trabucchi, 2003). In Europa il costo annuo medio per un paziente con demenza è stimato di circa 21.000 euro, con ampie variazioni in ragione del livello di gravità della malattia, del-

la disabilità, della presenza di disturbi comportamentali (Alzheimer Europe, 2008). L'impegno richiesto ai familiari (nel 60% dei casi sono figli, nel 25% coniugi, nel 75% dei casi sono femmine) non è limitato all'assistenza diretta nelle attività di base della vita quotidiana (vestire il paziente, alimentarlo, curarne l'igiene, ecc.), che vengono compromesse solamente nelle fasi moderato-severe della malattia, ma anche in attività di sorveglianza e supervisione. È stato calcolato che mediamente un familiare dedica 7 ore al giorno alla sorveglianza e 6 ore all'assistenza del paziente (Vaccaro e Spadin, 2007). Il supporto del sistema di assistenza domiciliare formale (ADI) è limitato e ne usufruisce circa 1 paziente su 5, mentre nel 40% dei casi è presente una badante a supporto della famiglia (Vaccaro e Spadin, 2007). Il 63% dei pazienti usufruisce dell'assegno di accompagnamento.

3. La rete dei servizi: elementi fondamentali di riferimento

3.1. *La diagnosi richiede centri specialistici: l'esperienza positiva delle UVA*

I centri specializzati per la diagnosi delle demenze (variamente denominati: Memory Clinics, Ambulatori per le demenze, Unità valutazione Alzheimer), attraverso l'implementazione di protocolli di valutazione diagnostica e di programmi di cura specifici, sono in grado, rispetto ai servizi tradizionali, di:

- identificare precocemente la malattia;
- differenziare in modo più accurato le malattie che determinano la demenza;
- migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei caregiver;
- assicurare un trattamento più accurato (Caltagirone *et al.*, 2005).

Gli elementi determinanti nella definizione della qualità del servizio offerto dai centri specializzati sono: la diffusione capillare ed una elevata accessibilità, la presenza di multiprofessionalità (geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo), il collegamento con i servizi di approfondimento diagnostico (neuropsicologia, neuroradiologia), la possibilità di fornire interventi non farmacologici e riabilitativi, il collegamento con i servizi territoriali e residenziali (Bianchetti e Trabucchi, 2005).

Nel 2000 è iniziato in Italia un progetto nazionale di organizzazione della rete dei servizi per la diagnosi e il trattamento della malattia di Alzheimer denominato "progetto CRONOS", con l'obiettivo di standardizzare la prescrizione dei farmaci (principalmente gli inibitori dell'acetilcolinesterasi) e di valutare l'effetto del trattamento. Circa 500 centri specializzati (denominati Unità di Valutazione Alzheimer – UVA) sono stati istituiti in tutto il territorio nazionale con una distribuzione capillare anche se disomogenea. La definizione dei criteri organizzativi delle UVA è stata lasciata alle Regioni senza un reale coordi-

namento; si è perciò assistito ad una difformità sia nella distribuzione dei centri che nella loro organizzazione (centri territoriali, ospedalieri, a prevalente competenza neurologica, psichiatrica o geriatrica, con o senza servizi di supporto, ecc.) (Sorrentino *et al.*, 2005). Attualmente risultano operative in Italia 552 UVA, distribuite in modo discretamente omogeneo sul territorio nazionale (37% al nord, 27% al centro e 36% al sud). La tabella 1 ne descrive le caratteristiche principali. Pur essendo evidente la disomogeneità delle strutture, sia per composizione del personale che per attività svolte, emerge chiaramente come nella maggior parte dei casi queste non si limitino ad essere centri “prescrittori” dei farmaci, ma svolgano un vero e proprio ruolo di presa in carico del paziente. Le strutture collegate a servizi di ricovero e di diagnosi e quelle con competenze multiprofessionali riescono meglio a garantire il soddisfacimento dei complessi bisogni dei pazienti con malattia di Alzheimer. Purtroppo la mancanza di linee guida condivise (che riguardino non solo i compiti specifici, ma anche l’organizzazione e la distribuzione) e di adeguati supporti, anche culturali, rischia di vanificare lo sforzo fin qui fatto dagli operatori di questi centri che rappresentano, anche a livello internazionale, un modello unico di rete di servizi per la gestione territoriale del paziente con demenza. Il ruolo potenziale e gli elementi organizzativi “ideali” delle Unità Valutazione Alzheimer è descritto nella tabella 2.

3.2. *La gestione della persona con demenza in residenza in nuclei specializzati migliora la qualità della vita*

Il ricovero delle persone con demenza in nuclei speciali in residenze per anziani si è dimostrata in grado di:

- ridurre la frequenza e l’intensità dei disturbi comportamentali senza (o con limitato) uso di farmaci psicotropi e contenzioni fisiche;
- rallentare la perdita funzionale;
- prevenire alcune complicanze (cadute, malnutrizione, sindrome da immobilità, delirium);
- migliorare la qualità della vita del paziente, dei familiari e del personale di assistenza (Bellelli *et al.*, 1998; Colombo *et al.*, 2007).

La decisione di ricoverare una persona affetta da demenza in una residenza è quasi invariabilmente dettata dalla presenza di elevati livelli di disabilità e di disturbi comportamentali. Infatti, mentre al domicilio il 40% dei pazienti è in una fase lieve, il 40% in una fase moderata ed il restante 20% in una fase severa della malattia, tra gli istituzionalizzati l’80% è in una fase severa o molto severa di malattia. Si calcola che il 60-70% dei residenti in istituzione mostra un declino cognitivo e che circa il 40% presenti una demenza di grado severo; il 50-60% degli istituzionalizzati presenta rilevanti disturbi comportamentali.

I nuclei specializzati per le demenze fondano la loro specificità su quattro elementi centrali:

a) personale, che deve essere specificamente formato per essere in grado sul piano dei contenuti operativi e della capacità psicologica di affrontare la gestione di pazienti gravemente disturbanti, ed in numero adeguato (l'esperienza del Piano Alzheimer della Regione Lombardia indica un aumento del 35% dello standard del personale dei Nuclei Alzheimer ma, a questo riguardo, non esiste omogeneità fra le varie esperienze);

b) ambiente, che deve essere adattato alle necessità dei pazienti, con una attenzione particolare alla dimensione architettonica, all'organizzazione degli spazi ed all'uso degli ausili. Lo spazio vitale della persona con demenza va considerato come un sistema integrato, che comprende aspetti architettonici e componenti legate all'organizzazione ed al contesto sociale;

c) programmi ed attività, adattati alla specifica condizione della persona con demenza, in grado ad un tempo di avere valore di stimolo ed anche significato protesico (Vitali, 2004);

d) familiari, che vanno coinvolti attivamente, sia come fonte di informazioni relative alla storia clinica dei pazienti, alle abitudini di vita al domicilio e alle possibilità di comunicare nel miglior modo possibile con i malati, che come parte attiva delle attività di gruppo e come supporto nelle attività assistenziali quotidiane.

Nell'ambito delle attività dei Nuclei Alzheimer sono state sperimentate varie modalità originali di trattamento dei pazienti con demenza in stadio severo (musicoterapia, terapia occupazionale, terapia di validazione, soft corner, Snoozelen room, ecc.) che hanno mostrato efficacia sulla sintomatologia comportamentale e sul declino funzionale e possono essere applicati anche in residenze tradizionali.

La diffusione di nuclei per le demenze nelle residenze è ancora non omogenea nel nostro paese; in Emilia-Romagna sono attivi 7 nuclei (per un totale di 80 posti letto), in Toscana i nuclei sono 31, in Lombardia sono attivi 82 nuclei per le demenze, per un totale di 1.677 posti letto (corrispondente al 3% dei posti letto totali).

3.3. Il ricovero di una persona con demenza in ospedale è sempre un evento critico

Dal 20 al 30% dei pazienti con età superiore a 65 anni ricoverati in reparti medici presenta un quadro di demenza clinicamente manifesta e nel 60% dei casi è possibile rilevare un declino cognitivo (Bianchetti, 2007). La demenza rappresenta per il paziente ospedalizzato un predittore indipendente di aumentata durata della degenza, di maggiore perdita funzionale, di maggior rischio di com-

plicanze (infezioni, cadute, danni iatrogeni) di più elevata mortalità e frequenza di istituzionalizzazione.

Il ricovero in ospedale per un paziente con malattia di Alzheimer rappresenta un evento cruciale per la sopravvivenza e per la funzione, che richiede un approccio specialistico in grado di fornire, in base alla prognosi del paziente, il livello più adeguato di cure che può essere talvolta altamente intensivo, talaltra limitato agli interventi palliativi, con una grande attenzione alle problematiche sociali e familiari.

L'outcome ospedaliero di molte patologie acute (polmonite, infarto del miocardio, frattura di femore) è peggiore nel paziente demente, indipendentemente dalla gravità specifica della patologia di base, e questi pazienti alla dimissione con minore frequenza ricevono il trattamento ottimale (Sloan *et al.*, 2004).

Per queste ragioni gli ospedali dovrebbero essere in grado:

- di riconoscere il paziente con demenza fin dall'accesso in pronto soccorso;
- di prevedere percorsi di assistenza specifici per la gestione della fase acuta;
- di specializzare alcuni reparti per acuti (geriatrie, medicine) prevedendo collegamenti funzionali con le aree chirurgiche (ortopedia, chirurgia) e con l'area critica;
- di attivare prontamente percorsi di dimissione protetta (Trabucchi, 2007).

3.4. Il centro diurno per le demenze: un importante supporto per le famiglie

Il centro diurno (CD) rappresenta un importante supporto per le famiglie ed arricchisce le opportunità e la flessibilità della rete quando dotato di specifiche caratteristiche:

- specifica connotazione sociosanitaria in un ambiente adeguato: il ruolo dell'ambiente per la gestione del paziente con demenza è fondamentale, allo stesso tempo il CD deve essere in grado di affrontare anche le esigenze sanitarie;
- buona collocazione urbanistica: il CD non deve essere isolato dal contesto di vita del paziente e deve favorire le relazioni con il tessuto sociale;
- dotazione adeguata di personale qualificato e di programmi personalizzati: le attività di socializzazione, di educazione, di riattivazione richiedono programmi specifici per le persone con demenza e il personale deve essere perciò preparato alla relazione con questi pazienti;
- flessibilità nella gestione e negli orari di apertura: deve essere possibile la copertura di un'ampia fascia oraria (fino a 10/12 ore) e per almeno sei giorni alla settimana;
- disponibilità di un servizio di trasporto attrezzato, per favorire l'accesso e ridurre il carico familiare.

Sebbene vi siano esperienze diverse, in linea generale possiamo dire che i centri diurni sono strutture di tipo aperto che forniscono prestazioni di assistenza e di sostegno alla famiglia e attività di stimolazione adeguate alle abilità conservate del paziente. Ciò che differenzia questi servizi dall'ospedalizzazione a ciclo diurno (day hospital) è la collocazione nell'area sociale (nella maggior parte dei casi è prevista la partecipazione alla spesa da parte dell'utente) e la valenza prevalentemente assistenziale piuttosto che strettamente "riabilitativa".

I centri diurni possono essere dedicati specificamente ai pazienti dementi, oppure di tipo misto. Nei centri demenza-specifici, oltre alle attività di base della vita quotidiana, vengono garantite alcune attività riabilitative sia cognitive sia motorie, oltre all'osservazione clinica ed alla somministrazione dei farmaci. Il centro diurno offre varie prestazioni: servizio di ristorazione, ritrovo, segretariato sociale, consulenza, attività ricreative e culturali, attività sanitarie prevalentemente di tipo riabilitativo.

In genere, i pazienti dementi che afferiscono al centro diurno sono quelli più "difficili" per i familiari: presentano maggiore compromissione funzionale, più elevata frequenza di disturbi comportamentali e di comorbidità somatica.

Gli elementi che differenziano le esperienze di centri diurni possono essere così riassunti:

- modalità di finanziamento e di compartecipazione dell'utente;
- orari di apertura (da un minimo 4-6 ore al dì per 5 giorni alla settimana fino a 12 ore per 7 giorni alla settimana);
- collocazione (molto spesso all'interno di strutture residenziali, pur in aree riservate; in altri casi in strutture totalmente inserite nel territorio);
- criteri di selezione del paziente (livelli di gravità della malattia, di alterazioni funzionali o comportamentali, situazione sociale, ecc.);
- durata della degenza (indefinita oppure a limitata nel tempo);
- servizi offerti (da semplice sostegno assistenziale fino a servizi tipicamente riabilitativi, supporto medico e infermieristico, counseling specifico alla famiglia, ecc.);
- diffusione territoriale.

I centri diurni sono ampiamente diffusi, anche se non esistono stime precise. Una recente indagine del CENSIS ha indicato come il 25% circa dei pazienti con demenza che vivono al domicilio frequenta un CD (con un aumento rispetto ad una analoga rilevazione del 1999 che stimava tale proporzione all'8%) (Vacca-ro e Spadin, 2007). In Regione Lombardia vi sono 232 CD accreditati, per un totale di 5.143 posti (0,6% dei soggetti ultra75enni); i CD dedicati in modo esclusivo ai pazienti con demenza sono 7, per un totale di 154 posti. In Emilia-Romagna ci sono 12 CD dedicati alle demenze (su un totale di 210 CD) per un totale di 193 posti; nel Lazio sono attivi 14 CD Alzheimer, in Toscana 23; in Liguria 18 CD, di cui 8 dedicati ai pazienti con demenza (per 182 posti).

3.5. *La famiglia della persona con demenza: “vittima” della malattia e “risorsa” per la cura del paziente*

Il sostegno alla famiglia e il suo coinvolgimento nei percorsi di cura è fondamentale. È pertanto necessario:

- disporre di servizi che offrano interventi educativi e di sostegno ai familiari, collegati alle UVA e di sostegno al medico di famiglia;
- coinvolgere il familiare nel percorso di cura, sia al domicilio, che nelle residenze;
- disporre di servizi di “sollevio” (servizi semiresidenziali e residenziali temporanei);
- prevedere supporti economici (oltre all’assegno di accompagnamento) per permettere una più lunga permanenza del paziente al domicilio.

Un elemento che va considerato è la presenza del personale di supporto alla famiglia (le cosiddette badanti), un fenomeno che ormai è diventato strutturale al modello di assistenza domiciliare.

Anche per queste persone è necessario prevedere percorsi di formazione (e certificazione) perché il loro intervento sia non solo di sollievo alla famiglia, ma anche di supporto alla qualità di vita del paziente.

4. Conclusioni

La demenza rappresenta una delle sfide più significative alla scienza, alla medicina, all’organizzazione dei servizi con rilevanti risvolti di tipo etico, legale ed economico. L’esplosione epidemiologica del fenomeno ha trovato impreparata la società nel suo complesso, dai medici (non adeguatamente formati dalle università ancorate a modelli di malattia superati), agli operatori dei servizi, agli amministratori e organizzatori dei servizi (per molto tempo la demenza è stata considerata un problema esclusivamente sociale o assistenziale). Negli ultimi 10-15 anni si è assistito ad uno sforzo crescente di adeguamento delle risposte che ha trovato prima di tutto gli operatori ed i familiari dei pazienti tra i protagonisti del cambiamento. Le persone più vicine ai pazienti sono quelle che maggiormente si sono rese conto della enormità dei problemi e della inadeguatezza delle risposte tradizionali. La politica e l’organizzazione sta faticosamente cercando di affrontare le problematiche della cura e assistenza delle persone con demenza, pur tra mille difficoltà economiche e culturali. In Italia abbiamo assistito negli ultimi 15 anni al fiorire di numerose esperienze (molte spontanee, altre fortemente organizzate) estremamente significative sul piano dei risultati; ciò che manca è una capacità (e volontà) di fare sintesi, di valutare in modo sistematico i rapporti di costo-efficacia. Non possiamo però dire che non sappiamo cosa fare per affrontare i problemi posti dalla demenza: abbiamo dati, esperienze, modelli.

Figura 1 - Rete dei servizi per il paziente con demenza

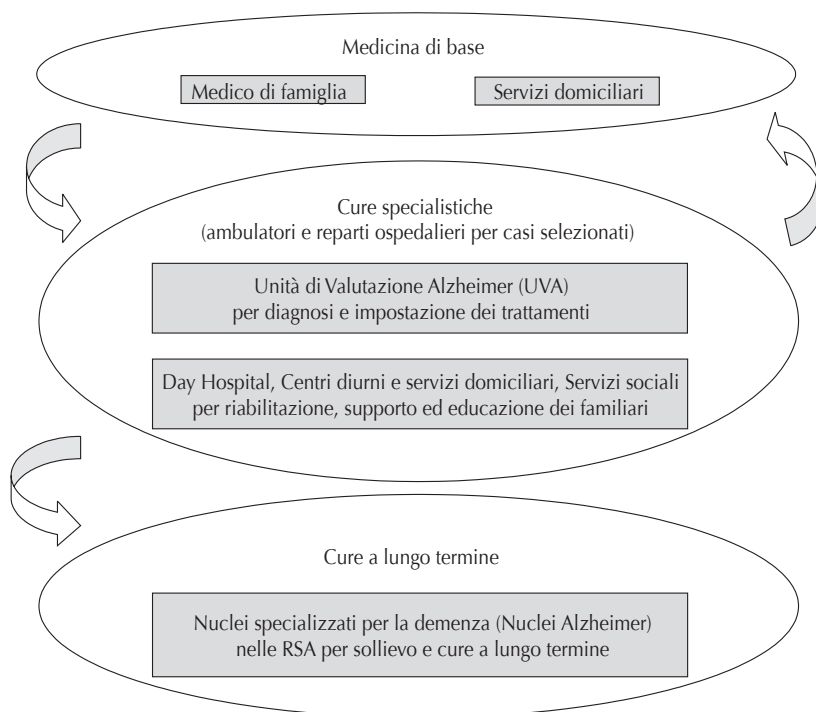


Tabella 1 - Caratteristiche delle Unità di Valutazione Alzheimer

Localizzazione	
ospedale	46%
territorio	35%
extraospedaliera	6%
universitaria	13%
inserite in una rete integrata di assistenza	38%
Attività svolte	
solo valutazione ambulatoriale	22%
anche esami di laboratorio, neuroimaging e valutazione neuropsicologica	44%
anche degenza ordinaria o day hospital	33%
rapporto con associazioni familiari	35%
riabilitazione cognitiva	19%
ricerca	48%
counseling e supporto familiari	58%

segue

Composizione del personale	
geriatri	23,5%
neurologi	26,0%
psichiatri	8,7%
psicologi	14,5%
infermieri	22,4%
personale tecnico-amministrativo	4,9%
Coinvolgimento delle figure professionali	
solo neurologo	31%
solo geriatra	23%
solo psichiatra	6%
presente geriatra, neurologo, psichiatra	15%
presente anche psicologo	48%
Pazienti valutati mensilmente	
da 1 a 14	48,8%
da 15 a 29	31,1%
30 e oltre	20,1%

Modificato da Sorrentino *et al.*, 2005

Tabella 2 - Compiti ed organizzazione delle Unità di valutazione Alzheimer

Compiti	Osservatorio epidemiologico Diagnosi Impostazione piano terapeutico Riabilitazione specifica (cognitiva, comportamentale, funzionale) Formazione, counseling e sostegno dei familiari Consulenza per il paziente ricoverato in ospedale per acuti
Organizzazione	1 ogni 30.000 abitanti (circa 400-700 pazienti teorici) Coordinamento delle UVA a livello ASL Fornitura diretta o collegamento strutturale con i servizi diagnostico/riabilitativi e possibilità di ricovero per eventi acuti

9. Le UVG tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete

Antonio Guaita (*)

1. Introduzione

La non autosufficienza dell'anziano pone sfide peculiari al sistema dei servizi, per l'intreccio di cui è al centro fra problemi sociali e sanitari, fisici e psichici. Questa difficile condizione è condivisa dai familiari, che sono i principali attori della gestione della dipendenza mentre faticosamente ricercano aiuto sia nei servizi pubblici che in quelli privati. Nella maggior parte dei casi il primo "consigliere" che aiuta la famiglia a orientarsi verso i diversi servizi del territorio è il medico di famiglia ma, specie nelle situazioni più complesse, è un aiuto insufficiente: il medico può anche conoscere bene i bisogni del malato, ma non altrettanto l'offerta dei servizi a sostegno alla non autosufficienza che in questi anni in Italia si è molto diversificata. Infatti, pur esistendo notevoli differenze legislative fra regione e regione (Gori, a cura di, 2008), è possibile oggi disporre di assistenza domiciliare, residenziale, centri diurni, pasti a domicilio, assistenza infermieristica, sistemi di allarme e soccorso pubblici e privati, associati ad un grande sviluppo dell'assistenza privata che coinvolge soprattutto personale immigrato (badanti) (Pasquinelli e Rusmini, 2008). Da non trascurare anche la funzione dei centri di riabilitazione, nelle loro varie declinazioni, che stanno fortunatamente contrastando l'idea che le perdite di autonomia degli anziani siano tutte definitive (Colombo *et al.*, 2004). La possibilità di orientarsi in questa rete diventa un momento cruciale della sostenibilità della cura degli anziani non autosufficienti, ma richiede, come minimo, una interfaccia con chi conosce la funzione specifica dei vari servizi e la loro situazione in merito a liste di attesa, partecipazione alla spesa ecc. Una simile interfaccia deve quindi coniugare elementi di conoscenza del malato con informazioni precise su come è organizzata la rete dei servizi: a questo fine lo strumento sempre più adottato in Italia e nel mondo, è la valuta-

(*) Desidero vivamente ringraziare tutti i colleghi della SIGG che mi hanno aiutato in questo lavoro. Oltre al Presidente, Nicolò Marchionni, ed alla Segreteria, Gianna Fè: Pasquale Abete, Raffaele Antonelli Incalzi, Carlo Biagini, Maria Cristina Bollini, Sergio Cabodi, Alberto Cester, Antonio Cherubini, Luc DeVreese, Romana Giachi, Renzo Gilardello, Stefania Maggi, Gabriele Noro, Patrizio Odetti e Giuseppe Sergi.

zione multidimensionale geriatrica, e la modalità organizzativa è l'“Unità valutativa geriatrica”.

Il nome di “Unità valutativa geriatrica” (UVG) compare per la prima volta in Italia nel 1992 nel “Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani”, come strumento che regola l'accesso ai servizi socio sanitari per gli anziani. La sua storia, con termini come “Evaluation Unit” o “Assessment Unit”, comincia molti anni prima, negli anni '80, nell'ambiente geriatrico del mondo anglosassone americano (canadese della British Columbia e statunitense della California), per poi diffondersi rapidamente (Epstein *et al.*, 1987).

In Italia dal 1992 ad oggi vi è stata una crescita dell'UVG che ha contribuito ad una visione integrata dei problemi della non autosufficienza, sia sul piano dei contenuti che del metodo. È però anche difficile riferirsi in modo univoco a questa esperienza perché, a livello sia internazionale sia nazionale, dietro questo termine si intendono configurazioni piuttosto diverse. Per questo motivo si è scelto di articolare il capitolo in tre parti: una prima parte comprende una revisione delle esperienze regionali italiane per evidenziare se vi sono differenze dietro ai differenti nomi, e quali esse siano, una parte intermedia presenta i pareri raccolti da alcuni geriatri rappresentativi di dodici realtà regionali, mentre la parte finale propone un modello consultoriale di UVG.

2. Le Unità valutative nelle Regioni italiane

Come per altri servizi socio sanitari, le varie Regioni hanno usato modelli di riferimento diversi, che si riflettono prima di tutto nella denominazione. In particolare la “unità valutativa” viene correlata con diversi aggettivi e la denominazione “geriatrica” riguarda ormai una minoranza di Regioni. Per questo si sono suddivise le realtà regionali a seconda dell'utilizzo o meno del termine “geriatrico”, al fine di verificare quali differenze strutturali o procedurali stiano dietro ai differenti nomi. Quindi al nome sono stati associati la composizione (cioè di quali figure è prevista la presenza), gli strumenti di valutazione e la formale designazione o meno di un responsabile del caso.

Per questo ci si è basati su alcuni lavori già svolti (Cicoletti, 2008; Pesaresi e Simoncelli, 2006) e su alcune normative regionali accessibili, modificate in base alle informazioni fornite dai geriatri. Tutto ciò fa comunque riferimento al contenuto di norme che le realtà operative spesso correggono e integrano, così che a volte funzionano nonostante le normative e non grazie ad esse. Ad esempio: quasi nessuna Regione menziona la necessità del contatto diretto con l'utente, consentendo di valutare solo sulla base di relazioni o scale di misurazione, mentre nella realtà quasi tutti operano associando le due modalità.

2.1. *Unità valutativa geriatrica*

Sono 6 le Regioni che usano la denominazione “geriatrica” per l’unità valutativa: Calabria, Liguria, Molise, Piemonte, Umbria, Valle d’Aosta. Coerentemente con il nome, il geriatra è presente in tutte le UVG o quasi (in Umbria può essere anche un medico igienista o altro). In tutte le Regioni è associato con l’assistente sociale e con l’infermiere. In Calabria è prevista anche la presenza del medico di famiglia. Gli strumenti adottati sono per tutti quelli tipicamente geriatrici: sta crescendo la presenza del VAOR (Calabria e Umbria), mentre prevalgono le scale che assemblano le ADL/IADL, i test cognitivi e, in modo accessorio, la comorbidità (Piemonte e Liguria). Non vi è per nessuna di queste Regioni una norma che preveda la chiara identificazione del “case manager”. Si tratta, quindi, di modelli operativi abbastanza omogenei, con differenze più legate all’effettiva diffusione ed operatività del servizio che alla sua struttura.

2.2. *Unità valutativa non geriatrica*

Hanno una unità valutativa non geriatrica, ma variamente denominata, 11 fra Regioni e Province a statuto speciale: Abruzzo, Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Veneto. Tale scelta nominale, però, non sembra definire modelli operativi sostanzialmente diversi dall’Unità valutativa geriatrica. Nella maggioranza di queste (7 su 11, il 64%) il geriatra è presente, per lo meno per la valutazione degli utenti anziani (Marche e Veneto, ad esempio). In Lazio alle volte il geriatra è anche responsabile dell’Unità valutativa territoriale. In sei Regioni (55%) sono adottati come strumenti quelli tipicamente geriatrici (il BINA in Friuli, SVAMA in Puglia e in Veneto; in Lazio sarà introdotto il VAOR, avendo comunque in uso scale geriatriche come ADL, IADL, MMSE; in Toscana l’MDS). In quattro (36%) è chiaramente individuato un responsabile del caso (case manager), come in Toscana e nel Veneto, mentre in Abruzzo, stando alla “Indagine conoscitiva sul sistema delle cure domiciliari, ASR maggio 2006”, questi risulta presente in 6 distretti su 17.

2.3. *Unità valutativa geriatrica e non geriatrica*

In alcune Regioni si trovano sia Unità valutative geriatriche che vengono attivate per la valutazione degli anziani, sia équipe valutative che operano per i casi non geriatrici con una denominazione diversa. Sono tre le Regioni che adottano contemporaneamente altri nomi oltre all’UVG: Basilicata (UV distrettuale), Campania (UV integrata), Emilia-Romagna (UV multidimensionale). Di fatto poi il geriatra è spesso presente sia nelle Unità valutative geriatriche che nelle altre, anche se, come in Campania, lo è nel suo ruolo di medico dei servizi territoriali. Anche gli strumenti, sia per gli anziani che per gli altri, sono quelli tipicamente

geriatrici, come il VAOR in Basilicata, la BINA in Emilia, eventualmente associata ad altre scale molto note (ADL, IADL, Tinetti, MMSE ecc.) in uso anche in Campania. In tutte queste situazioni viene sempre individuato, almeno come programma, il “case manager”. Anche qui, dunque, le differenze sono assai sfumate e non vi sono sostanziali diversità strutturali né fra loro né con le Regioni che hanno scelto altre denominazioni.

2.4. *Le UVG in Lombardia*

Vi è poi il caso della Lombardia, anomalo sotto molti punti di vista: il profilo peculiare del suo ordinamento sociosanitario, così come si è costituito nei primi anni del 2000, è stato ampiamente analizzato altrove (Gori, a cura di, 2005). In Lombardia le ASL non gestiscono direttamente nessun servizio assistenziale, ma operano come enti di acquisto – programmazione e controllo di servizi, che vengono svolti da enti accreditati pubblici e privati. Questa scelta è stata accompagnata dalla trasformazione in “aziende” di tutti gli enti erogatori pubblici (ospedali, ASP), con la netta separazione fra chi acquista e chi eroga i servizi, e dall’uso di voucher per l’acquisto di servizi domiciliari in sostituzione dell’abituale offerta di servizi domiciliari gestiti dal distretto. Tutte queste cose hanno reso il sistema lombardo abbastanza unico nel panorama non solo italiano del sistema dei servizi assistenziali, anche per l’applicazione “integrale” di tali scelte organizzative, senza cioè eccezioni significative né rilevanti ambiti locali di deroga. Anche l’accesso ai servizi riabilitativi è multiplo, legato alla stesura di un “progetto riabilitativo” che può essere stilato indifferentemente da medici delle strutture pubbliche e private o da fisiatri liberi professionisti. In Lombardia vi è stata anche negli ultimi anni una crescita notevole della presenza delle residenze che oggi contano 55.000 posti letto. L’accesso alle residenze e ai centri diurni avviene sulla base di un accordo fra gli utenti: anziano e familiari, medico di medicina generale e residenza (il nome “RSA” designa tutte le strutture di ricovero per anziani non autosufficienti). In un sistema siffatto parlare di “rete” è improprio, infatti il ruolo di chi governa la domanda si sposta su molti attori e soggetti, su cui spicca il medico di medicina generale, che è l’attivatore principale e quindi il regolatore della domanda. In questo senso le UVG hanno mutato funzione, nelle poche realtà dove sopravvivono (fra queste Milano città). Agiscono, infatti, per lo più per la formulazione dei piani di assistenza nell’ambito dell’ADI oppure come consulenti del medico di medicina generale e della famiglia.

2.5. *Un commento*

A questo esame, quindi, le situazioni regionali paiono differenti più nel nome che nella sostanza. Vi sono insieme di professioni, strumenti adoperati, collocazioni, modalità di accesso che prescindono dal nome adottato. Non esistono

quindi veri “modelli operativi” differenti dietro la scelta dei nomi fatta dalle Regioni, prevale invece una sostanziale omogeneità di ruolo e obiettivi, come è già stato notato: “... Per quanto riguarda il ruolo delle Unità valutative, si registra un sostanziale accordo tra le diverse Regioni. L'Unità valutativa è un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari (Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Trento), in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), per poter disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento del paziente (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), da attuarsi con il consenso della persona interessata e della sua famiglia (Trento)... Tutte le Regioni prevedono una unità valutativa per ogni distretto, fatta eccezione per la Puglia che la ritiene necessaria per lo meno in ogni ASL...” (Pesaresi e Simoncelli, 2006, p. 8). Fa eccezione, come detto, la Lombardia.

3. La parola ai geriatri

Alcune situazioni regionali sono state confrontate con i pareri dei geriatri che conoscono da vicino la realtà delle Unità di valutazione e le opinioni da loro raccolte. Sono state considerate: Piemonte, Lombardia, Veneto, Trento, Bolzano, Liguria, Modena in Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Umbria e Campania. È stato inviato un questionario ai responsabili regionali della Società Italiana di Geriatria, e ad altri colleghi che per conoscenza diretta sono impegnati sul fronte dei servizi per la non autosufficienza ⁽¹⁾. Il questionario chiedeva informazione e pareri su: esistenza effettiva delle UV e loro denominazione; persone da cui sono composte; luoghi dove operano e modalità di accesso dei casi; scelta di valutazione delle persone invece delle carte prodotte; importanza vincolante del parere della UV per l'accesso ai servizi; collaborazione con le commissioni di invalidità; strumenti di valutazione adoperati; esistenza di un data base; valutazione o meno dei risultati. Le risposte dei geriatri permettono qualche commento su una serie di punti:

1. **Il nome:** oltre all'Unità valutativa geriatrica vi sono altre sei denominazioni in uso (Unità valutativa multidimensionale, Unità di valutazione integrata, Unità valutativa distrettuale, Unità valutativa territoriale, Unità valutativa multidisciplinare, Nucleo di valutazione). Per i geriatri il problema del nome si configura come un segnale del progressivo allontanamento di questo servizio dai temi e dalla metodologia geriatrica originaria, di cui comunque, in qualche modo, le unità valutative si appropriano. Il geriatra è presente però diffusamente, o come responsabile (Liguria, Piemonte, Campania, in alcune situazioni in Lazio) o come

(¹) Hanno compilato il questionario i colleghi ringraziati nella nota a p. 143.

membro della unità di valutazione. In alcuni casi la presenza del geriatra è obbligatoria in relazione alle specificità del caso (in Trentino per le dimissioni ospedaliere dei casi complessi e in Toscana per l'anziano fragile). Non mancano situazioni in cui nella UVG il responsabile è il medico disponibile, a prescindere dalla specializzazione. In alcuni casi, come in Veneto e Toscana, la figura del geriatra non è prevista (ma neppure esclusa), in altri si prospetta una presenza al 50% come in Campania ⁽²⁾; le realtà geriatriche in Lazio non sono più di tre o quattro sul totale delle Unità, mentre nelle poche realtà (come in Piemonte e Umbria) dove è ancora previsto si pensa che le cose muteranno in un futuro prossimo. Tutti i colleghi hanno poi confermato che il non prevedere né il nome né la presenza del geriatra da parte delle Regioni non comporta di fatto la revisione degli strumenti geriatrici in uso né della metodologia di équipe. Il pericolo che viene evidenziato è quello di un uso descrittivo e burocratico di strumenti che sono nati in un ambito di approccio globale e di capacità interpretative allenate a stabilire gerarchie e relazioni di fronte ai problemi multipli, interattivi e simultanei: una professionalità che non si inventa dall'oggi al domani solo in base al nome. Insomma si andrebbe verso una specie di "falsa" geriatria, una geriatria senza geriatri.

2. Dove operano: i geriatri concordano con la necessità della collocazione distrettuale, come dappertutto, peraltro, avviene. Sono state costituite anche unità ospedaliere, come in Veneto, in Lazio (rare, e allora si chiamano UVG mentre le distrettuali UVT) o in Piemonte; in Campania, dove pure non sono diffuse, vi è anche una UVG all'interno della Università. Altrove esiste, comunque, un rapporto con l'ospedale: da parte della struttura UVM come in Toscana o del singolo geriatra come in Trentino, ma soprattutto in relazione alle dimissioni dei casi complessi. Insomma anche la collocazione in ospedale non muta l'obiettivo principale della UVG, né la sua metodologia: non si tratta cioè di "reparti di degenza valutativa" come avviene per le "Assesment units" in USA e Canada, ma di servizi di tipo consulenziale. Il parere dei geriatri sulla loro esperienza di UV è posi-

(2) In Campania nel 2007 la Società di gerontologia e geriatria ha presentato ricorso contro l'istituzione delle UVI, ricorso accolto il 21 febbraio dello stesso anno: "... L'associazione ricorrente denuncia la violazione della legge regionale n. 8/2003, di cui la delibera impugnata costituisce applicazione, nella misura in cui la competenza decisionale, in materia di anziani, è stata spostata dall'Unità operativa assistenza anziani (U.O.A.) ad un nuovo organismo previsto dalla programmazione sociosanitaria, l'Unità di valutazione Integrata (U.V.I.) ... non può dubitarsi che l'attribuzione delle funzioni di seguito meglio specificate ad un organo diverso rispetto a quello formato da medici geriatri e gerontologi determini una immediata lesione delle prerogative attribuite a tale organo, sicché non osta alla sua immediata impugnazione il carattere generale dell'atto, nella misura in cui esso, come nel caso di specie, contiene prescrizioni immediatamente operative (organizzazione dei servizi sociosanitari) e dunque concretamente lesive...Pertanto il ricorso va accolto con conseguente annullamento dell'atto impugnato..." (TAR Campania, 21 febbraio 2007).

tivo, sia per quanto riguarda la collocazione territoriale che per quella ospedaliera, opinione che riferiscono come condivisa anche da altri colleghi e componenti dell'equipe. La principale difficoltà lamentata è la difficoltà a rispondere in modo tempestivo alle richieste: queste sono infatti in aumento, mentre le risorse messe a disposizione sono carenti. Il risultato è un progressivo allungamento dei tempi di risposta che rischia di minare alla base l'efficacia della UVG.

3. Riceve e valuta relazioni, cartelle ecc., oppure valuta le persone: secondo il parere dei geriatri, in tutte le situazioni si agisce in ambedue i modi, anche se nella maggior parte delle normative regionali non vi è una specificazione appropriata. In certi casi (come in Toscana o in Lazio) il contatto personale con gli operatori è d'obbligo, in altri varia a seconda delle situazioni. Si è però concordi nel dire che una visita medica o infermieristica o un colloquio sociale vengono spesso fatti, al di là della documentazione presentata, e che l'unità valutativa in molti casi si basa su dati raccolti di prima mano dai suoi componenti. Nessuno però dice che questa è una regola applicata sempre e a tutti i casi. Pare di capire che quando la situazione appare ben definita e la documentazione esaustiva ci si limiti a valutare questa. La situazione risulta però diversificata non solo fra le Regioni, ma anche fra Asl di una stessa regione come segnalano quasi tutti gli intervistati. Quello che è certo è che l'individuazione formale di un responsabile del caso che sia l'interlocutore privilegiato della famiglia costituisce una pratica del tutto volontaria un po' ovunque, sia dove la normativa lo prevede (come in Toscana, in Veneto, o in Campania) sia dove non lo prevede. Questa volontarietà viene ritenuta dagli intervistati un grosso limite. Di fatto l'interessato e la famiglia rischiano alle volte di non incontrare nessun interlocutore che spieghi loro il motivo della decisione dell'unità valutativa e li aiuti eventualmente a trovare soluzioni alternative.

4. Gli strumenti di valutazione: viene lamentata da tutti i geriatri la frammentazione degli strumenti poiché prevale la prassi di "assemblare" diverse scale di valutazione. Fra gli strumenti integrati solo pochi sono adottati da più di una regione: lo SVAMA veneto utilizzato anche da Puglia e Trentino e la BINA emiliana usata in Friuli; in Campania l'adozione della SVAMA riguarda solo alcune realtà della regione. Fa caso a sé l'unico strumento validato, il VAOR, che attualmente è impiegato in Calabria, Abruzzo, Basilicata e in alcune ASL (ad es. una in Liguria e in situazioni specifiche della Campania), ma sta per essere adottato anche in altre Regioni (come in Umbria e in Lazio). Il SOSIA lombardo non pare aver superato i confini della regione: d'altra parte non è usato nelle UVG, poiché il sistema di valutazione è legato ai singoli servizi e non esiste un sistema di valutazione per l'ammissione alle RSA o all'ADI, delegato sostanzialmente al medico di famiglia. Naturalmente il fatto di usare tutti gli stessi strumenti non garantirebbe di per sé la sua traduzione nella effettiva gestione dei dati, nella costruzione di report di confronto fra le situazioni ecc. In molte Regioni si rac-

colgono i dati, esistono i database, ma i report scarseggiano: vi è una certa tendenza delle Regioni a considerare il flusso dei dati a senso unico (dalla periferia al centro). Quindi la unificazione dei sistemi di valutazione sarebbe una condizione necessaria, ma non sufficiente a creare omogeneità e possibilità di raffronto fra situazioni.

5. La UVG funziona come porta di accesso ai servizi: è parere concorde che tutte le unità valutative del territorio svolgono questa funzione, mentre le UV ospedaliere hanno un ruolo soprattutto consultivo per favorire le dimissioni protette. In effetti più o meno tutte le Regioni mettono fra i compiti della unità valutativa la funzione di “filtro” o di valutazione di appropriatezza nell’accesso ai servizi, anche se con modalità differenti. Ad esempio in Toscana il parere della UVM è vincolante per l’assegnazione del fondo per la non autosufficienza, per l’intervento in ADI, per l’inserimento in strutture assistenziali (RSA), per sostegno economico o assistenziale dei Servizi sociali, mentre in Lazio le UVT hanno una funzione autorizzativa per l’accesso ai servizi di assistenza domiciliare e per l’ospitalità in RSA. Appare assai diffuso il rapporto con le commissioni di invalidità sia in modo sistematico che occasionale, giudicato da alcuni positivamente mentre da altri negativamente.

6. Valutazione dei risultati: è poco praticata e ciò viene sentito dai geriatri come un limite, per altro non facilmente superabile nel breve periodo. Oggi viene riferita come poco presente anche la registrazione dei dati operativi, compresa la natura dell’utenza, dei problemi, delle soluzioni individuate, registrate su di una base elettronica (data base o foglio elettronico) che renda almeno i dati di processo e di “output” immediatamente elaborabili (sempre che qualcuno li elabori!). Viene inoltre sottolineata l’obiettivo difficoltà nel valutare gli outcomes, gli effetti sugli utenti dell’intervento dell’UVG che ha spesso un obiettivo di “sistema” e non di miglioramento delle condizioni dell’anziano. Vi sono in atto però alcuni tentativi interessanti, quali la misurazione della soddisfazione degli utenti (come in Toscana) o la rivalutazione delle persone una volta allocate nei servizi (come in Trentino, ma in modo facoltativo). Inoltre appaiono interessanti in questa direzione le iniziative di singole città come Modena (sia per la UVG generica che per quella specialistica dedicata alle demenze) o di singole ASL della Liguria che stanno cercando di registrare l’esito a distanza. Certamente non è presente una prassi di procedure verificate e guidate dai risultati. In Lombardia la valutazione è legata al “debito informativo” dei singoli servizi (RSA, ADI, Centri Diurni) che comprende anche la soddisfazione dell’utente.

I geriatri hanno espresso alcune considerazioni complessive, dando un giudizio sulle unità valutative delle loro Regioni. In generale i giudizi d’insieme sono favorevoli e positivi, soprattutto per la integrazione fra servizi e la valutazione multidimensionale. Si sono registrati, però, anche alcuni elementi di critica, in parte già segnalati, che qui si sintetizzano:

- i rapporti con medico di medicina generale (MMG): infatti per quanto la richiesta del medico di medicina generale sia alla base dell'intervento della UVG distrettuale, il livello di reale coinvolgimento mostra grande diversificazione fra Regioni, fra le ASL di una stessa Regione e addirittura da distretto a distretto; questo accade nonostante alcune normative individuino nel MMG il responsabile del caso, cioè la persona che deve valutare bene le conseguenze delle decisioni e rapportarsi con la famiglia per consigliarla nel percorso dei servizi sia prima che dopo l'avvenuta valutazione. Si ha l'impressione di una certa confusione fra il fatto che i servizi vengano attivati solo su richiesta del MMG, e il fatto che questo sia poi da considerarsi il vero "responsabile del caso". In Toscana vengono segnalate sia situazioni molto buone che difficoltà nel rapporto di collaborazione fra staff dell'UV e medici di famiglia. In Trentino si auspica una maggior possibilità di contatto fra geriatra e MMG nel territorio. In Liguria si sottolineano le difficoltà dei rapporti o l'indifferenza da parte dei colleghi medici di famiglia. I rapporti con gli staff da parte delle UV ospedaliere in generale sono ritenuti migliori;
- tempestività: è considerata un grande problema, viene segnalato in aumento il tempo di risposta, e sottolineata l'impossibilità a trovare modalità più celeritate le risorse investite, come ad esempio in Trentino. Anche altrove (esempio: a Modena) la tempestività della risposta è considerata un elemento carente, che non sempre si riesce ad assicurare. A Bolzano si garantisce la risposta entro 3 settimane, un tempo considerato buono, ma non si assicura lo stesso per il futuro;
- presenza del geriatra: si sottolinea che nelle UVG ove manca il geriatra tende a prevalere l'aspetto burocratico e autorizzativo sulla progettazione e la presa in carico (Lazio, Modena), a volte anche per scarsa spinta regionale (Umbria). Ma la presenza del geriatra viene vista come elemento insieme decisivo e fragile, con un futuro incerto (Toscana, Lazio, Liguria, Piemonte, Veneto). In Campania vi è una discussione in atto in merito alla trasformazione delle UVG in UVI (Unità di valutazione integrata), con i risvolti legali segnalati;
- necessità di standardizzare: è un'esigenza sottolineata da tutti i geriatri, anche se l'attuale regionalizzazione estrema del SSN non favorisce soluzioni condivise fra le varie Regioni.

3.1. *Un bilancio d'insieme*

A distanza di oltre tre lustri dalla loro istituzione, le UVG presentano, dunque, un bilancio decisamente positivo: si sono diffuse sul territorio nazionale, stanno operando, raccolgono in linea di principio il parere favorevole dei geriatri. Ma emergono anche alcuni limiti comuni, cui si aggiunge la sottolineata diversità fra Regioni, che rischia di far comprendere sotto lo stesso nome realtà operative molto diverse.

Gli aspetti positivi delle UVG sono, sinteticamente:

- aver introdotto la valutazione multidimensionale, le scale di valutazione, l'uso di indicatori formali, diffondendo questo modo di operare anche ai servizi che con essa interfacciano: l'ospedale che deve dimettere, l'assistenza domiciliare e le residenze che accolgono le persone;
- aver obbligato operatori di diversa professionalità, soprattutto sanitaria e sociale, a lavorare insieme su un terreno condiviso e con un obiettivo comune. Questo ha significato non solo come in passato, stabilire delle procedure, delle modalità di rapporto fra figure e servizi, ma porre come contenuto della attività del servizio le condizioni di autonomia e di dipendenza della persona, la sua autosufficienza e il contesto delle relazioni, al di là della diagnosi di malattia;
- aver reso trasparente il meccanismo di accesso ad alcuni servizi: ad esempio in molte situazioni l'accesso alle RSA, come in Campania, o alle residenze in generale come in Emilia o in Veneto, si attua attraverso un unico punto e attraverso un metodo di valutazione uniforme, con formazione quindi di liste di attesa secondo criteri verificabili. Inoltre, quasi ovunque, l'accesso alla assistenza domiciliare, erogata dalla ASL, avviene attraverso l'unità valutativa;
- aver introdotto la stesura di un progetto assistenziale individualizzato, anche se non dappertutto e con modalità molto diverse da regione a regione. È stata promossa infatti una modalità di progettazione che stabilisce i contenuti e le regole di chi dovrà intervenire per sostenere la persona, che individua i bisogni principali e le possibilità di risposta e, nei casi migliori e rari, i risultati attesi. Il "prodotto finale" non è la comunicazione di una "decisione" della UVG, ma la definizione del problema principale e delle possibili soluzioni: questa modalità è di solito garantita dalla presenza del geriatra;
- aver creato, pure se in modo ancora insufficiente, una partnership con i familiari nella ricerca della soluzione assistenziale, specie laddove si è creato un punto unico di accesso ai servizi in stretto contatto con l'UVG (Cicoletti, 2008).

Non mancano però anche limiti significativi, che possono divenire nel tempo gravi errori:

- vi è stata una sostanziale incapacità di condividere, almeno a livello nazionale, strumenti e metodologie di lavoro che permettessero di creare confronti o sintesi fra le varie esperienze. In pratica ogni regione si è strutturata secondo i suoi modelli e la sua articolazione organizzativa, e ha anche adottato differenti scale di valutazione del bisogno;
- si sta garantendo sempre più solo una gestione "autorizzativa" dell'accesso ai servizi sociosanitari. Questo sta rischiando di rendere le Unità valutative sempre meno "geriatriche" e di farne degli strumenti burocratici, lontani dalla loro origine e dai loro obiettivi, agenti alla fine troppo complessi solo per mettere il "placet" su una domanda. Questo viene giustificato con la ricerca della "equità" distributiva delle risorse, spesso scarse o insufficienti, con l'obiettivo di in-

dividuare un modo per non discriminare nessuno e garantire appropriatezza nell'uso delle risorse pubbliche, ma in realtà conduce a logiche classificatorie, di "incasellamento" dei casi e dei bisogni, che non promuove la miglior cura né cerca soluzioni alternative. Passare da una classificazione per "diagnosi" ad una classificazione per "scale" non è un grande passo avanti, se non si supera un ruolo passivo di "registrazione del caso" per divenire dei revisori critici, applicando nuovi strumenti, del bisogno che viene portato alla valutazione. Trascurare gli strumenti anche narrativi e clinici di interpretazione delle storie personali, infatti, non consente di mettere in discussione il percorso fra malattia e disabilità che il malato sta compiendo, per dargli eventualmente nuove chance di cura, ma obbliga ad accettarlo così come è per collocarlo al meglio.

4. Proposta di un modello consultoriale della unità valutativa geriatrica

Da quanto esaminato emerge che, in un quadro di sostanziale omogeneità normativa, non esistono Regioni "buone" o "cattive" ma ambiti di operatività concreta che si sforzano più o meno di superare il progressivo spostamento della unità valutativa verso ruoli più attenti alla efficienza del sistema che ai bisogni delle persone. È necessario riflettere su rimedi di metodo che ridiano alla UVG la funzione di servizio utile alle persone, valorizzando la presenza delle professioni di cura. Si avanza qui una proposta, basata anche su esperienze già fatte (Colombo, 1998), articolata in sei punti, che sono anche domande che è utile porsi per evidenziare quanto le caratteristiche principali del modello si ritrovano o meno nella UVG che si conosce:

1. evitare di essere "unità collocativa". Talvolta, infatti, l'obiettivo del buon funzionamento della struttura dei servizi ha prevalso sul sostegno alla persona e alla famiglia. Così in alcune équipe si è solo sviluppata una capacità collocativa che non risponde alla domanda "dove meglio può essere curato" ma alla domanda "dove lo metto", affidando, in tal modo, ai servizi sociosanitari un ruolo di "contenitori" e non di luoghi di cura. La presenza del medico specie se geriatra nello staff dovrebbe far vedere sotto una luce integrata, funzionale, interpretativa (e anche un po' più ottimistica) i bisogni e le risorse dell'anziano non autosufficiente, specie di fronte a percorsi carenti dal punto di vista riabilitativo o clinico; non deve servire a "dirigere il traffico" verso i servizi. *Quante sono le UVG capaci di mettere in discussione il percorso fra autonomia e dipendenza degli anziani che valutano?*

2. Non diventare una "unità autorizzativa" che ha come fine l'efficienza della rete. L'UVG che agisce solo come un filtro verso la rete delle risposte non necessita di professionalità specifiche (ad esempio mediche e geriatriche) capaci di intervenire sulla disabilità, ma solo di professionalità gestionali e amministrative.

Un intervento richiesto solo dalla struttura gestionale dell'ASL invece che da chi ne ha bisogno contiene in sé un errore di partenza che è stato riparato solo laddove è esistita una grande motivazione personale e culturale degli operatori. Ne consegue che l'autorità dell'intervento è garantita indipendentemente dalle capacità che sa esprimere l'équipe: la deriva burocratica di alcune UVG ha la sua spiegazione principale in tale monopolio obbligato e non controllato nei risultati. Il modello di UVG "consultoriale" è al contrario una guida e un sostegno per i casi più complessi. Deve dimostrare infatti che il suo intervento aiuta famiglia e persona non attraverso un timbro su un modulo, ma con la costruzione di piani di assistenza o di progetti di percorso che rappresentino per l'interessato, per la famiglia e per il medico curante, un effettivo aiuto alla comprensione del caso e delle possibili soluzioni. Insomma l'intervento della UVG consultoriale viene richiesto da medico, pazienti e famigliari perché lo si ritiene utile. *Quante UVG sono attivate su richiesta degli interessati, senza essere obbligati a ricorrere ad esse per accedere ad un servizio?*

3. Dare valore alle persone e non solo alle carte. Evitare cioè di essere una "unità svalutativa" degli individui, a favore di punti numerici ricavati dalle scale e dagli indicatori. L'UVG così può cogliere quell'insieme insostituibile di elementi che scaturisce dall'incontro personale con l'utente e viene valorizzato il non trascurabile diritto di chi ha bisogno di vedere e conoscere chi decide. Occuparsi più spesso di relazioni scritte e di scale di valutazione che di persone, porta ad una lontananza, non solo psicologica, dal bisogno reale. Inoltre viene sottratta ogni possibilità "contrattuale" alla persona e alla famiglia, schiacciate da una presenza istituzionale e da "regole" indiscutibili quanto sconosciute ai più. Un siffatto modello tende a creare una équipe che non si fa carico di alcun obiettivo, che non si prende a cuore il destino o la salute di nessuno, ma esegue il suo compito valutativo solo come applicazione di una serie di strumenti. In questa confusione di mezzi e fini – oggi alla base della crisi della medicina clinica – vi è anche l'aggravante di una visione sempre più classificatoria dei compiti medici. La valutazione multidimensionale, invece di essere uno strumento interpretativo per risolvere problemi e aiutare meglio chi ha bisogno, diviene così il fine dell'attività delle UVG che tendono in qualche modo solo a "descrivere" meglio la disabilità. *Quante sono le UVG che di regola ricevono persone e non relazioni o scale?*

4. Evitare di essere una "unità valutativa anonima". Non l'ASL, ma un "io" deve essere responsabile, cioè una persona che risponde a una persona che chiede. La valutazione è certamente anche frutto del concorso di più professionisti, ma alla fine un responsabile del caso che si rapporti con la persona e la sua rete di sostegno deve essere individuato con chiarezza (chiamandolo "case manager" se si vuole, anche se il termine implica la avocazione della gestione e non la collaborazione; ma più semplicemente si tratta di quella persona che alla famiglia lascia il SUO nome, non quello anonimo di un ufficio). *Quante sono le UVG che consentono agli utenti di avere un referente nominativo e personale?*

5. Costruire un'unità valutativa che interviene sulle traiettorie e non puntiforme. Le storie legate alla non autosufficienza sono diverse ma tutte, a differenza della malattia acuta, si intrecciano con tratti di vita significativamente lunghi, tutte hanno un prima e avranno un dopo pieno di problemi, che non vengono certo risolti al momento dall'intervento dell'UVG. L'indicatore di successo o di insuccesso non sta quindi, nella quantità di domande arrivate e neppure nella quantità di risposte: ma nelle risposte che davvero vengono incontro alla domanda, avendola capita; quindi gli indicatori dovrebbero essere: quanti casi sono andati a buon fine e sono soddisfatti? Quanti hanno effettivamente potuto seguire le indicazioni fornite? Il "responsabile" del caso dovrebbe esistere fino a quando la proposta viene accettata come soluzione adeguata e possibile, non solo fino al momento della valutazione e della proposta della UVG. *Quante sono le UVG che seguono l'esito del loro intervento?*

6. Costruire una "UVG consultoriale" per la famiglia e per il suo medico. I nuovi problemi posti dalla non autosufficienza dell'anziano, ci richiedono una revisione critica di quello che facciamo nei servizi, piuttosto che di inventare continuamente nuovi nomi. La necessità di sbilanciare il modello solo valutativo verso un counseling integrato sociosanitario, attuando un modello consultoriale già largamente praticato in alcune realtà, potrebbe far vivere di nuova vita le UVG. Un'unità valutativa che opera così ha il compito non di valutare, ma di utilizzare la valutazione per promuovere il benessere e la salute degli anziani, cercando di prevenire la perdita di autosufficienza. *Quante sono le UVG che agiscono con mentalità preventiva e capacità di consigliare anziano, famiglia e medico?*

10. Il welfare futuro: una mappa del dibattito

Cristiano Gori, Franco Pesaresi

1. Introduzione

Quali politiche di assistenza continuativa vogliamo nel nostro paese? Chi è interessato agli anziani non autosufficienti si confronta intorno a questo interrogativo oggi e, sempre più, sarà chiamato a farlo nei prossimi anni. Opinioni e proposte s'intrecciano con quanto viene effettivamente realizzato (o non realizzato) da Stato, Regioni ed Enti locali. Il dibattito è ampio e articolato ma si riconduce, a nostro parere, ad alcune dimensioni strategiche. Rispetto ad ognuna si possono prendere posizioni diverse e – nella fase recente – si sono delineati alcuni orientamenti principali che si fronteggiano, in modo più o meno esplicito, nel nostro paese.

Il capitolo propone una mappa sintetica del dibattito italiano sulle politiche di assistenza continuativa rivolte agli anziani non autosufficienti. S'inizia con la presentazione delle diverse dimensioni strategiche (par. 2) e si passa, in seguito, ad affrontarle singolarmente. Per ognuna si utilizza la medesima struttura: vengono presentate le principali posizioni esistenti, quali sono gli argomenti che i rispettivi sostenitori portano e le esperienze concrete cui fanno riferimento, per poi terminare segnalando la posizione oggi maggioritaria e presentando l'opinione di chi scrive (par. 3-6). Seguono delle brevi conclusioni (par. 7).

La mappa conclude il percorso del Rapporto. La prima parte ha affrontato lo stato dell'assistenza in Italia, i precedenti contributi della seconda hanno analizzato specifici temi di particolare rilievo mentre qui si prova a costruire una visione globale sulle politiche. Il vantaggio della mappa consiste – se ci riusciamo – nel comporre i singoli aspetti del dibattito in un quadro complessivo, lo svantaggio è non approfondirne nessuno in misura adeguata.

2. Le dimensioni strategiche

Ogni dimensione riprende uno degli interrogativi indicati – nelle conclusioni del primo capitolo ⁽¹⁾ – quali snodi cruciali che determineranno l'assisten-

⁽¹⁾ Alla fine del primo capitolo sono anche indicate le specifiche parti del Rapporto in cui ogni dimensione è trattata.

za continuativa del futuro. Si tratta, infatti, dei punti di fondo che non è possibile eludere quando si discute questo tema (Ikegami e Campbell, 2002). Di ogni dimensione si potrebbero esaminare diversi aspetti: riprendiamo qui le domande del capitolo iniziale e vediamo quali argomenti vengono affrontati di seguito e perché, rimandando alle successive versioni del Rapporto per l'approfondimento di temi ulteriori.

- “Dove collocare il confine della responsabilità pubblica?” È il nodo delle scelte riguardanti i finanziamenti dedicati, che oggi in Italia si traduce nel confronto – al centro della nostra attenzione – tra chi vuole maggiori stanziamenti pubblici e chi punta sullo sviluppo delle assicurazioni private.
- “Quale è il mix appropriato di servizi e interventi?” Questa dimensione si apre ad una varietà di possibili approfondimenti. Poiché la tendenza più forte del decennio è stata la diffusione delle prestazioni monetarie (indennità di accompagnamento e assegni di cura) ci sembra opportuno esaminare il dibattito tra chi desidera riformarle e chi non lo ritiene possibile.
- “Come realizzare la rete dei servizi nel territorio?” Tra le varie possibili declinazioni del tema scegliamo il percorso assistenziale. Riguarda, infatti, quell'insieme di aspetti tra loro legati (punto unico d'accesso, uvg, pai e libertà di scelta) che toccano il rapporto tra la rete e l'anziano e che sono stati al centro del confronto negli anni recenti.
- “A chi dare che cosa?” Questo argomento è tanto importante quanto trascurato nel dibattito. Proviamo a riassumerne i termini chiave sviluppando il confronto concernente l'alternativa attualmente cruciale in proposito, quella tra “meno qualità per più anziani” o “più qualità per meno anziani”.
- “Qual è il giusto livello di differenze territoriali?” Oggi la domanda si traduce nel dibattito sul federalismo, per il quale rinviando all'approfondita analisi contenuta nel capitolo di Anna Banchemo.

3. Il finanziamento

3.1. *Responsabilità pubblica o responsabilità privata? Posizioni a confronto*

Esiste oggi consenso unanime nel ritenere insufficiente l'offerta di assistenza continuativa a (almeno parziale) finanziamento pubblico e nel preoccuparsi per il nuovo incremento della domanda dovuto all'ulteriore invecchiamento della popolazione atteso in futuro. Gli osservatori concordano sulla necessità di affrontare il nodo ma si dividono circa la strada da scegliere: incrementare la spesa pubblica o puntare sulle assicurazioni private? Il dilemma è preliminare agli altri poiché porta con sé la domanda su quali debbano essere i confini della re-

sponsabilità pubblica nei confronti dei cittadini non autosufficienti e delle loro famiglie.

Alcuni ritengono si debba aumentare la spesa pubblica dedicata, per diversi motivi. Primo, il sistema di welfare deve adeguarsi al mutato profilo della società. Il welfare che conosciamo ha preso forma nel trentennio tra la fine dell'ultimo conflitto mondiale e l'istituzione del SSN (1978), un'epoca con assai meno anziani non autosufficienti e molta più disponibilità di *care* familiare. Oggi la realtà è cambiata e la non autosufficienza figura tra i grandi eventi critici che numerosi cittadini sperimentano nella propria vita. Non si vede ragione, dunque, perché non debba ricevere la medesima copertura pubblica assegnata alla malattia (sanità) e alle necessità economiche della vecchiaia (previdenza).

Secondo, se esiste la volontà politica di reperirle, le risorse necessarie si trovano. La spesa pubblica oggi dedicata è pari all'1,13% del PIL (Rgs, 2009), rispetto al 25,8% di PIL di spesa per la protezione sociale e al 49,1% di spesa pubblica complessiva ⁽²⁾. Le più impegnative ipotesi sull'incremento necessario dei finanziamenti pubblici stimano un punto di PIL (Gori, 2008), che porterebbe la spesa al 2,13% del Prodotto interno lordo. Pure una crescita della metà sarebbe un notevole passo in avanti e – con tutta la gradualità necessaria – un robusto aumento della spesa costituisce un obiettivo realizzabile. Chi sostiene questa posizione ritiene difficile affermare che il destino della finanza pubblica dipenda dal potenziamento dell'assistenza continuativa e afferma che si tratta di scelte. Dipende se si vuole assegnare alla non autosufficienza nelle politiche pubbliche il medesimo rilievo che ha assunto nella società. La storia recente è chiarissima. Nella legislatura 2001-2006 la spesa pubblica è aumentata di 2 punti percentuali di PIL ma non è stato realizzato l'atteso intervento di riforma a favore dei non autosufficienti. La legislatura 2006-2008 ha visto un investimento assai contenuto (il "Fondo per le non autosufficienze", in media 266 milioni annui) mentre è stato stanziato un totale di 10 miliardi di euro per permettere a poche decine di migliaia di persone di evitare l'innalzamento dell'età pensionabile da 57 a 60 anni (superamento dello "scalone").

Terzo, non c'è alternativa a un maggiore intervento pubblico. Le assicurazioni private possono svolgere esclusivamente un ruolo complementare ad esso, non sostitutivo. Scontano, infatti, insormontabili problemi di efficienza ⁽³⁾ e di equità ⁽⁴⁾ (Rebba, 2006), anche quando lo Stato le sostenga attraverso incentivi

⁽²⁾ I dati si riferiscono al 2006-7.

⁽³⁾ Tra i limiti di efficienza figura la selezione avversa (le asimmetrie informative degli assicuratori rispetto a chi si assicura possono determinare un'eccessiva concentrazione di persone ad elevata rischiosità nel pool degli assicurati) e la ridotta propensione delle persone di mezza età a stipulare polizze perché non desiderano immaginarsi anziane.

⁽⁴⁾ Le assicurazioni private escludono automaticamente chi è già non autosufficiente (oppure gli fanno pagare un premio elevatissimo), inoltre le persone anziane e quelle affette da pa-

fiscali dedicati. Puntare sulle assicurazioni private significa costruire un sistema che amplifica le disuguaglianze esistenti e che funziona male (quindi, richiedendo comunque un maggiore intervento pubblico).

I fautori di questo orientamento ricordano che l'incremento della responsabilità pubblica a favore dell'assistenza continuativa costituisce un obiettivo condiviso in tutti i paesi occidentali. Notano che le assicurazioni private non si sono sviluppate come principale risposta all'invecchiamento della popolazione in nessun paese dell'Oecd, neppure quelli con un welfare più privatistico come gli Stati Uniti ⁽⁵⁾. Evidenziano il consenso esistente nel dibattito internazionale circa l'impossibilità di puntare sulle assicurazioni private – anche incentivate fiscalmente – come il principale strumento di sviluppo, mentre si ritiene possano svolgere un'importante funzione integrativa (Oecd, 2005).

L'altra posizione principale è quella di coloro i quali ritengono che il necessario incremento di assistenza debba essere realizzato grazie alle assicurazioni private.

Pensano che i margini per ampliare l'intervento pubblico siano limitati e che, d'altra parte, la risposta non possa essere lasciata allo sforzo spontaneistico di anziani e famiglie bensì la spesa privata vada opportunamente convogliata e veicolata. Puntano, pertanto, su assicurazioni di *long-term care* da incentivare fiscalmente e che potrebbero configurarsi in due modi: *a)* come forme di previdenza complementare collettive e individuali, cioè fondi pensione e forme pensionistiche individuali a capitalizzazione, *b)* legate ai fondi sanitari e socio-sanitari integrativi volontari che dovrebbero funzionare secondo un criterio mutualistico e solidaristico (a ripartizione) (Rebba, 2006) ⁽⁶⁾. È una posizione poco diffusa tra i tecnici dell'assistenza continuativa ma molto nell'élite politica e tra gli esperti di welfare in generale.

Da una parte, i fautori di tale linea ritengono irrealizzabile il reperimento delle risorse pubbliche necessarie a incrementare l'assistenza continuativa. La crescita della pressione fiscale è posta fuori discussione, in linea con l'opinione prevalente nel paese. Il recupero di risorse da altre voci della spesa pubblica (previdenza, sanità acuta, altro) non è considerato realistico, data la debole rap-

tologie invalidanti pagano premi molto alti. Non si consente altresì la copertura del rischio di non autosufficienza a coloro i quali non dispongono delle risorse adeguate a pagare i premi assicurativi proposti dal mercato.

⁽⁵⁾ Il 7% di persone con una polizza privata contro il rischio di non autosufficienza registrato negli Usa è una percentuale esigua che rappresenta, però, il valore più elevato nell'Oecd.

⁽⁶⁾ Quando si parla di finanziamenti privati viene a volte evocato il possibile coinvolgimento delle Fondazioni. Queste possono finanziare sperimentazioni o servizi in alcuni contesti locali ma non potrebbero finanziare un incremento dell'assistenza continuativa su scala nazionale.

presentanza politica di cui dispongono gli anziani non autosufficienti, la maggiore influenza di gran parte dei gruppi interessati alle altre voci di spesa e le diffuse criticità esistenti in Italia nel governare effettivamente la finanza pubblica. A sostegno della difficoltà di trovare stanziamenti all'interno del bilancio pubblico si ricorda che si discute di una robusta riforma nazionale da circa 15 anni e non si sono mai reperite le risorse, pure in un contesto di crescita media della spesa pubblica del 2% annuo. Si eliminano, così, le uniche due strade percorribili per incrementare i finanziamenti pubblici, maggiore tassazione e redistribuzione interna al bilancio pubblico. Il ragionamento, in sintesi, è "spesa pubblica già troppo elevata + sua composizione immutabile = spazio alle assicurazioni private", rafforzato richiamando l'aumento degli anziani atteso per il prossimo futuro.

Dall'altra parte, si ritiene che lo strumento assicurativo – nelle sue diverse forme – abbia notevoli potenzialità per l'assistenza continuativa. Vengono avanzate una varietà di proposte e di ipotesi tecniche in questa direzione. Poiché mancano nella realtà internazionale esperienze e teorie a sostegno dell'assicurazione privata come principale leva per lo sviluppo dell'assistenza continuativa, i riferimenti riguardano il dibattito sugli strumenti assicurativi in generale e – in materia di welfare – sanità e previdenza.

3.2. Responsabilità pubblica o responsabilità privata? Il pendolo del dibattito

La quasi totalità degli esperti italiani concorda sulla necessità di sviluppare l'assistenza continuativa principalmente attraverso l'incremento della spesa pubblica. Le assicurazioni, invece, sono in grado di svolgere un ruolo significativo in funzione supplementare all'intervento pubblico, che può comunque coprire solo una parte dei bisogni. Questo è anche quanto emerge dalla riflessione in corso a livello internazionale.

Il dibattito internazionale sottolinea, inoltre, che per agevolare l'assicurazione privata supplementare bisogna non solo sostenerla fiscalmente ma anche realizzare una crescita dell'azione pubblica accompagnata da una chiara definizione delle responsabilità di quest'ultima. Tale crescita servirebbe a sensibilizzare la popolazione sull'importanza di affrontare il tema – dunque di acquistare una polizza – e si indicherebbero più chiaramente i confini dell'intervento pubblico e l'entità dei bisogni non coperti, definendo lo spazio di azione del privato. Non a caso, in Germania la diffusione delle assicurazioni private supplementari è aumentata in seguito alla riforma pubblica di metà anni '90, l'introduzione del "Fondo per la non autosufficienza" che incrementò la responsabilità pubblica e ne delineò chiaramente i limiti.

Tabella 1 - Il dibattito sul finanziamento

L'interrogativo	
Il necessario incremento dell'assistenza continuativa deve essere finanziato dall'ente pubblico o dalle assicurazioni private?	
<i>Responsabilità pubblica</i>	<i>Responsabilità privata</i>
Il pubblico deve finanziare l'incremento dell'assistenza continuativa	Le assicurazioni private devono finanziare l'incremento dell'assistenza continuativa
<u>Argomenti</u> ▪ Il welfare pubblico deve riconoscere il mutato profilo della società. ▪ L'impegno richiesto è economicamente sostenibile, dipende dalla volontà politica. ▪ Non esiste alternativa a maggiore spesa pubblica.	<u>Argomenti</u> ▪ Non vi sono spazi per trovare maggiori risorse pubbliche. Non sono possibili né l'incremento tasse né lo spostamento di risorse da altre voci di bilancio ▪ Esistono diverse forme promettenti di assicurazioni
Il pendolo del dibattito	
È consolidato tra gli esperti il giudizio sulla necessità di un maggiore sforzo pubblico, suffragato dall'esperienza e dalla riflessione internazionale. Si ritiene, altresì, che le assicurazioni private potrebbero svolgere un'importante funzione supplementare.	

3.3. *Responsabilità pubblica o responsabilità privata? La nostra posizione*

Noi siamo a favore di un maggiore sforzo pubblico nell'assistenza continuativa e ci sentiamo sostenuti in questa opinione da tutta la riflessione scientifica e dall'esperienza internazionale. Lasciare il campo alle assicurazioni private come principale leva di sviluppo significherebbe produrre problemi di equità ed efficienza che, in qualche anno, riproporrebbero la necessità di rafforzare l'intervento pubblico (facendo, nel frattempo, diversi danni). Conviene puntare subito sulla crescita della responsabilità pubblica, accompagnandola con il necessario sviluppo delle assicurazioni private in funzione supplementare. I due aspetti, si è visto, sono collegati: il punto non è mantenere un settore pubblico debole e lasciare spazio alle assicurazioni private bensì far crescere il pubblico e così sostenere anche lo sviluppo del privato supplementare.

Pensiamo anche che il tema delle risorse richiami direttamente il nodo delle scelte politiche. Si è visto che se si vuole, lo sforzo economico è sostenibile per il bilancio pubblico, tutto dipende dalla posizione occupata dalla non autosufficienza tra le priorità di chi decide. La posizione, in particolare a livello nazionale, è sinora stata piuttosto bassa.

Il confronto sul finanziamento, infine, ci pare sconti la ridotta attenzione dedicata, in Italia, alle specificità dell'assistenza continuativa. Sovente si applicano a questo settore ragionamenti riguardanti altri campi e non si aiuta così la chiarezza, come mostra il caso delle assicurazioni private. Oggi le si propone opportunamente in sanità come la misura chiave dei prossimi anni, con funzione supplementare al SSN e per veicolare l'enorme massa di risorse attualmente im-

piegate dalle famiglie come spesa *out of pocket*, affinché siano utilizzate in modo più razionale. Si passa poi questa proposta alla realtà dell'assistenza continuativa, facendone la principale mossa per il futuro del finanziamento: ma la differenza cruciale è che – diversamente dalla sanità – non esiste un adeguato sistema nazionale per i non autosufficienti e che puntare sulla assicurazione privata come principale leva significa inibire la possibilità di costruirlo. Pare utile potenziare la riflessione esplicitamente finalizzata alle politiche per gli anziani non autosufficienti.

4. Il percorso assistenziale

4.1. *Quale percorso assistenziale? Posizioni a confronto*

In che modo la rete dei servizi a responsabilità pubblica deve relazionarsi con l'anziano non autosufficiente ed i suoi familiari nei vari momenti della loro esperienza? La risposta a questa domanda definisce le diverse posizioni concernenti il percorso assistenziale, argomento che – nell'ampio dibattito su come governare l'assistenza continuativa – rappresenta il più controverso dell'ultimo decennio.

Suddividiamo il percorso nelle sue diverse fasi, ognuna delle quali ruota intorno ad una questione cruciale: *a*) l'accesso alla rete dei servizi (che rimanda al tema della Porta unica d'accesso), *b*) la presa in carico (il punto sono Uvg e Pai), *c*) la scelta dell'erogatore (l'eventuale libertà di scelta), *d*) l'accompagnamento dell'utente nel tempo (la possibile presenza del case manager con questo impegno). Poiché il tema è particolarmente articolato costruiamo quattro posizioni, collocabili lungo un continuum in base all'orientamento circa le suddette questioni. Si passa dal percorso deregolato, dove minore è l'accompagnamento pubblico ad anziano e famiglia, a quello completo, cioè la sua antitesi, transitando per due ipotesi intermedie.

Iniziamo dall'ipotesi deregolata. Non esiste qui una porta unica attraverso cui gli anziani giungono ai servizi bensì si procede per una molteplicità di punti d'accesso (Mmg, ospedale, famiglia, volontariato, parrocchia e così via) e manca un'Unità valutativa geriatrica (Uvg) che svolga la valutazione del caso e stenda il progetto personalizzato. Non è contemplata, altresì, la presenza del case manager che segua l'utente nel tempo e nell'accesso alle varie prestazioni. L'esigua presenza pubblica al fianco dell'utente si ritrova nella scelta dell'erogatore, che è responsabilità della libertà individuale. L'esempio paradigmatico è la Regione Lombardia (?).

(?) Si tratta, peraltro, dell'unica Regione italiana che utilizza questo modello, la sola priva dell'Uvg e con la libertà di scelta impiegata in misura diffusa. In Lombardia, inoltre, sempre più spesso il Pai è elaborato dagli stessi erogatori.

Muovendo da questo polo cambiano alcuni tratti di fondo. Le altre tre posizioni, infatti, condividono l'assenza della libertà di scelta e la presenza – in varie forme – dell'Uvg mentre si differenziano rispetto al potenziamento del percorso assistenziale. Quella che chiamiamo “intermedia I” prevede l'Uvg e non la Porta Unica d'accesso né la designazione di un case manager che segua l'utente nel tempo: esempi sono la Calabria e il Molise. La posizione “intermedia II” aggiunge la presenza della Porta, nelle sue varie forme; è il caso ad esempio di Liguria e Piemonte ⁽⁸⁾. L'ultima ipotesi dà vita al percorso assistenziale completo, così definito perché vi trovano posto tutti gli elementi finalizzati a sostenere l'anziano e la famiglia nei diversi momenti: l'accesso attraverso la Porta Unica, la presa in carico realizzata dall'Uvg insieme alla formulazione del Pai, la designazione del case manager a seguire il caso nel tempo ⁽⁹⁾. Gli esempi sono Marche e Toscana (tab. 2).

Le posizioni illustrate indicano differenti obiettivi dell'assistenza continuativa ⁽¹⁰⁾. Nell'esaminarle si ricordi che la traduzione di questi obiettivi nella pratica risulta sempre particolarmente complicata, quale che sia l'orientamento indicato. Le quattro posizioni presentate, pertanto, sono da intrecciare con una dimensione trasversale concernente la capacità di tradurre gli scopi dichiarati nella realtà.

Tabella 2 - Quale percorso assistenziale si vuole costruire?

Tipo di percorso	Percorso deregolato	Posizione intermedia I	Posizione intermedia II	Percorso completo
Porta unica d'accesso	No	No	Sì	Sì
Unità di valutazione geriatrica	No	Sì	Sì	Sì
Case manager	No	No	No	Sì
Libertà di scelta	Sì	No	No	No

⁽⁸⁾ Un modello spurio è quello riguardante il Veneto nella residenzialità: l'assistito viene accolto nella Porta unica di accesso (Pua), preso in carico e valutato dall'Uvg, che approva il Pai e verifica nel tempo la situazione. L'assistito ha poi la libertà di scegliere la struttura residenziale erogatrice delle prestazioni indicate nel Pai.

⁽⁹⁾ Il presente paragrafo tratteggia esclusivamente il quadro d'insieme. Per ognuno degli aspetti considerati vi è una varietà di possibili declinazioni operative. In proposito si vedano sull'Uvg il contributo di Guaita in questo volume, sulla Porta Unica, Devastato, 2008 e Pesaresi, 2008 e sul percorso nel suo insieme Cicoletti, 2008.

⁽¹⁰⁾ Le Regioni sono utilizzate come esempi delle diverse posizioni in base a quanto affermato nelle rispettive normative (e non alla verifica sul campo).

Vediamo adesso i principali argomenti portati a sostegno dei diversi orientamenti. Chi punta sul sistema pubblico di accompagnamento ad anziani e famiglie nel percorso assistenziale evidenzia la loro necessità di ricevere le informazioni necessarie ad affrontare i bisogni insorti, e di ricomporre i vari servizi e prestazioni erogati nei frammentati sistemi di welfare locale ad unitarietà. Numerosi studi, insieme all'esperienza diretta, mostrano il rilievo di questa necessità. Un altro argomento riguarda gli incrementi attesi in termini di qualità ed appropriatezza degli interventi. Anche qui la letteratura mostra che figure quali Uvg e case manager producono miglioramenti in questa direzione. Nondimeno, la libertà di scelta dell'utente – se non adeguatamente sostenuta con le informazioni fornite da Uvg e case manager – può produrre risultati opposti. Chi sostiene tale orientamento si divide, invece, sulle diverse strategie da perseguire, cioè quale posizione specifica prediligere e come declinarla operativamente (ad esempio il concreto profilo della Pua e dell'Uvg).

L'orientamento opposto parte dal presupposto che la priorità debba permettere alla famiglia di esprimere la propria soggettività nelle diverse fasi della sua esperienza. Si paventa, altresì, il rischio che queste modalità di governo del percorso assistenziale risultino nulla più che degli ostacoli burocratici alla fruizione dei servizi: è il dibattito sull'Uvg solo "autorizzativa" ma incapace di sostenere il percorso assistenziale e sulla Porta Unica come ostacolo. In questa prospettiva tali interventi costituiscono un costo ulteriore per il bilancio pubblico che produce esiti opposti alle attese. Infine, si ritiene che anche qualora le indicazioni per sostenere il percorso assistenziale fossero condivisibili nella pratica non sia possibile realizzarle perché manca il personale da dedicarvi e perché questo obiettivo è troppo complesso sul piano attuativo.

Tabella 3 - Il dibattito sul percorso assistenziale

L'interrogativo In che modo il sistema pubblico deve accompagnare l'anziano e la famiglia nelle diverse fasi del percorso assistenziale?	
<i>Maggiore accompagnamento dell'utenza</i>	<i>Minore accompagnamento dell'utenza</i>
È necessario un robusto sistema pubblico di accompagnamento dell'anziano e della famiglia in ogni fase del percorso assistenziale. <u>Argomenti</u> ▪ Anziani e famiglie hanno bisogno di informazioni e suggerimenti. ▪ Si incrementano la qualità e l'appropriatezza degli interventi. ▪ Esistono varie possibilità per concretizzare questa ipotesi.	Non è necessario un robusto sistema pubblico di accompagnamento dell'anziano e della famiglia in ogni fase del percorso assistenziale. <u>Argomenti</u> ▪ Bisogna lasciare spazio alla soggettività di anziani e famiglie. ▪ Si rischia di bloccare il sistema dei servizi. ▪ Sostenere il percorso assistenziale è troppo complesso sul piano attuativo.
Il pendolo del dibattito Si privilegia il rafforzamento del percorso assistenziale, dividendosi circa il suo effettivo profilo. È carente il dibattito sul punto cruciale delle difficoltà attuative che s'incontrano, le loro cause e come superarle.	

4.2. *Quale percorso assistenziale? Il pendolo del dibattito*

La gran parte dei tecnici concorda sulla necessità di accompagnare il più possibile l'anziano e la famiglia nelle diverse fasi del percorso assistenziale. Lo stesso si può dire per le Regioni che – in termini di obiettivi dichiarati – sono perlopiù in cammino verso l'opzione completa di percorso assistenziale. Le divergenze riguardano principalmente quale debba esserne l'effettivo profilo, si pensi al dibattito sulle diverse forme di Porta unica ed a quello concernente l'UVG ⁽¹¹⁾.

Il nodo principale riguarda le difficoltà attuative che sovente s'incontrano nel tradurre gli obiettivi dichiarati in pratica. Pensiamo alle difficoltà che spesso si devono fronteggiare per avere effettivamente un case manager che segua il caso nel tempo, un Uvg capace di attivare efficacemente il percorso ed una Pua che rappresenti il vero perno dell'accesso. Numerosi sono i motivi possibili (disponibilità di personale, modello organizzativo e così via), non affrontabili qui per motivi di spazio. Nel dibattito sul percorso assistenziale oggi la sfida sembra essere non definire gli obiettivi, ma capire perché – così spesso – risulta difficile realizzarli. In merito, tuttavia, esiste un confronto ridotto.

4.3. *Quale percorso assistenziale? La nostra posizione*

Noi riteniamo sia opportuno puntare sulla costruzione di un percorso assistenziale il più possibile completo e non condividiamo gli argomenti di chi punta verso la direzione opposta. Un solido accompagnamento nel percorso assistenziale ci pare metta la famiglia nella condizione di valorizzare la propria soggettività, e non il contrario. Allo stesso modo costruire un'unica porta d'accesso, assicurare un case manager che accompagni effettivamente il caso nel tempo e così via significa determinare inizialmente alcuni costi addizionali ma che – nel tempo – risultano risparmi poiché evitano numerose duplicazioni di atti e di passaggi, oltre a garantire un migliore esito dell'assistenza. Il nodo vero riguarda l'attuazione, su cui si riscontrano varie difficoltà e che – come affermato – meriterebbe maggiore attenzione. Detto altrimenti, la strada ci pare segnata mentre c'è ancora molto da fare per capire quale sia il modo migliore di percorrerla.

5. Il ruolo dei trasferimenti monetari

5.1. *Trasferimenti monetarie tradizionali o riformati? Posizioni a confronto*

I trasferimenti monetari – l'indennità di accompagnamento e gli assegni di cura – assorbono un'ampia fetta della spesa pubblica dedicata all'assistenza continuativa, circa la metà, e, anche se hanno origini differenti – misura nazionale

⁽¹¹⁾ In merito si vedano i riferimenti bibliografici contenuti nella nota 9.

l'una, misure regionali e locali le altre – presentano caratteristiche comuni. Utenti e famiglie non ricevono informazioni e suggerimenti su come impiegare le risorse economiche, la loro erogazione avviene separatamente dalla rete locale dei servizi e mancano verifiche su quale ne sia l'effettivo utilizzo; questi tratti si ritrovano sempre nell'indennità di accompagnamento e nella maggior parte dei casi per gli assegni di cura (cfr. capp. 4 e 1).

Gli ultimi anni hanno visto una nuova espansione dei trasferimenti monetari, grazie all'ulteriore impennata nella diffusione dell'indennità e al robusto ampliamento degli assegni di cura previsto da quasi tutti i "Fondi per i non autosufficienti" regionali, introdotti e in corso d'introduzione.

L'estesa presenza di siffatti contributi economici suscita controversie e divide gli osservatori. Alcuni vorrebbero riformarli così da inserirli nella rete locale dei servizi. I loro obiettivi sono: *a*) assicurare agli utenti di trasferimenti monetari la stesura di un Pai (Progetto assistenziale individualizzato) e l'indicazione di un operatore di riferimento, *b*) rendere accesso, valutazione iniziale e Pai unici per prestazioni monetarie e servizi (sociali e sociosanitari), *c*) introdurre modalità di verifica sull'utilizzo dei trasferimenti e assicurare che una parte sia destinata a servizi alla persona (comprese assistenti familiari regolari e adeguatamente formate). Le direttrici menzionate sono condivise da tutti i fautori di questo orientamento e si ritrovano nelle proposte di riforma dell'indennità di accompagnamento (ad es. Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006; Ranci, a cura di, 2008) così come nel dibattito sull'assegno di cura (Gori e Pasquinelli, 2008). Chi vuole innovare si divide, invece, sulle modalità con cui applicare tali direttrici, ad esempio circa la gradualità dei cambiamenti, la scelta degli strumenti valutativi e l'estensione del vincolo all'utilizzo in servizi.

Il principale argomento portato dai riformatori consiste nel più appropriato utilizzo delle risorse pubbliche che ci si aspetta. Tutte le novità puntano in questa direzione: Pai e operatore di riferimento permetterebbero di calibrare meglio l'utilizzo dei contributi economici rispetto ai bisogni, unire le prestazioni monetarie alla rete dei servizi sociali e sanitari incentiverebbe l'utilizzo coordinato dei diversi input di assistenza e le verifiche assicurerebbero l'effettivo impiego per rispondere ai bisogni dovuti alla non autosufficienza.

Un altro beneficio atteso è maggiore equità. Oggi chi riceve un trasferimento monetario e la sua famiglia sono perlopiù lasciati soli, senza suggerimenti sul modo migliore di utilizzarlo e privi di aiuto nel rapporto con i servizi locali. Siffatta realtà avvantaggia le famiglie che dispongono di maggiori risorse culturali, relazionali ed economiche proprie. Pai, operatore di riferimento e presa in carico complessiva per servizi e prestazioni economiche dovrebbero riequilibrare, parzialmente, la situazione a favore di chi ha meno di queste risorse.

I fautori dell'innovazione ricordano, infine, come numerose ricerche testimonino la richiesta delle famiglie di più informazioni, suggerimenti e vicinanza nei passaggi chiave della propria vicenda. Più in generale, tutti gli studi scientifi-

ci e la gran parte delle esperienze internazionali – molti paesi si sono incamminati proprio negli anni recenti lungo uno strada simile, vicino a noi Francia e Spagna – sostengono il pacchetto di cambiamenti prospettato.

Altri, invece, non ritengono possibile modificare l'attuale profilo dei trasferimenti monetari. È una posizione meno esplicitata in pubblicazioni e convegni rispetto alla precedente ma maggioritaria tra chi si occupa – a vario titolo – di assistenza continuativa. Riflette l'attuale assenza di un confronto pubblico sulla possibile riforma dell'indennità di accompagnamento e la stagione di incremento degli assegni di cura in corso, dove gli obiettivi dichiarati puntano a trasferimenti monetari riformati ma, nella pratica, si tende perlopiù a reiterare il vecchio modello. Chi sostiene questo orientamento non lo fa perché considera adatta la configurazione attuale, sono proprio rari gli esperti con una simile opinione. Il ragionamento è un altro, è che la realtà del welfare italiano rende impossibile progettare il cambiamento, per diversi motivi.

Primo, l'assetto complessivo del nostro welfare pone ostacoli insormontabili. La possibilità di vincolare le prestazioni all'utilizzo di servizi dipende – in misura significativa – dall'impiego delle assistenti familiari regolari: i presupposti sono una diversa politica migratoria e il rafforzamento delle agevolazioni fiscali per le famiglie che le impiegano, condizioni che paiono oggi lontane. D'altra parte, l'utilizzo non vincolato dell'indennità di accompagnamento serve, nelle aree più povere, come succedaneo di quelle politiche contro la povertà e contro la disoccupazione che non esistono. Finalizzare l'indennità ai bisogni dovuti alla non autosufficienza significherebbe – in assenza di interventi adeguati su tali fronti – creare, di fatto, problemi nel sostegno economico alle fasce deboli ⁽¹²⁾.

Secondo, c'è un problema di professionalità nella pubblica amministrazione. La riforma dei trasferimenti monetari prevederebbe, infatti, un notevole incremento delle professionalità (sociali e sanitarie) coinvolte e un rafforzamento del loro ruolo, nella valutazione iniziale e nella stesura del Pai, e – come operatori di riferimento –

⁽¹²⁾ Esistono poi motivi legati al dibattito politico che spingono molti ad avversare una riforma. Vari sostenitori dei non autosufficienti temono che introdurre il tema della riforma porti ad un cambiamento nella direzione opposta a quella auspicata, producendo l'esito di ridurre gli stanziamenti dedicati per recuperare risorse utili a interventi di contenimento della spesa o di riduzione del debito pubblico. Iniziare il dibattito sul cambiamento, detto altrimenti, viene considerato pericoloso perché aprirebbe un varco a coloro i quali vogliono ridurre le risorse per l'assistenza continuativa.

Egualemente rilevanti sono le dinamiche interne alle rappresentanze dei disabili adulti. Le associazioni dei ciechi e dei sordomuti si sono impegnate contro la riforma con una certa efficacia, in particolare se paragonata alla percentuale di utenti che rappresentano. Ciechi e sordomuti ricevono un'indennità di valore più elevato rispetto alle altre categorie di non autosufficienti e temono che la riforma la ridurrebbe. Questi temi sono approfonditi in Baldini *et al.*, 2008.

nelle diverse fasi del percorso assistenziale. Non si ritiene possibile attivare risorse umane adeguate, per numero e qualificazione, a questo cambiamento.

Terzo, molti anziani e famiglie preferiscono contributi monetari senza verifica di utilizzo. Mancano studi definitivi in merito ma è un'impressione diffusa tra chi opera nel welfare. Sovente, infatti, le stesse famiglie richiedono, da una parte, informazioni e suggerimenti su come impiegare le risorse e, dall'altra, preferiscono la flessibilità di trasferimenti monetari non vincolati.

5.2. Trasferimenti monetari tradizionali o riformati? Il pendolo del dibattito

Su quale sia la scelta migliore per le persone non autosufficienti e le loro famiglie esiste consenso nel dibattito: i trasferimenti riformati. Le riflessioni prodotte negli ultimi anni concordano in merito alle linee di cambiamento da perseguire, quelle illustrate sopra, sostenute dalle ricerche e dall'esperienza internazionale. Le persone coinvolte sono d'accordo sulla strada da imboccare, con l'eccezione – sovente – del vincolo di utilizzo. Gli esperti ritengono, però, che la riforma servirebbe, all'inizio, ad evitare che risorse stanziare per la non autosufficienza prendano altre strade e che, con il passare del tempo, famiglie e anziani sosterebbero il nuovo sistema perché ne avrebbero verificato i benefici.

Per quanto riguarda l'indennità di accompagnamento – tanto importante quanto a lungo negletta dal dibattito – si è ormai radicata la consapevolezza che pensare di migliorare l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia senza intervenire su questa misura sia irrealistico.

Tabella 4 - Il dibattito sul ruolo dei trasferimenti monetari

L'interrogativo Si vogliono riformare indennità di accompagnamento e assegni di cura così da: a) garantire agli utenti la stesura del Pai e un operatore di riferimento, b) rendere valutazione e Pai unici per prestazioni monetarie e servizi, c) introdurre modalità di verifica dell'utilizzo e assicurare che una parte sia destinata a servizi?	
<i>Trasferimenti monetari tradizionali</i>	<i>Trasferimenti monetari riformati</i>
Non si può fare altro che mantenere la situazione attuale <u>Argomenti</u> ▪ L'assetto complessivo del welfare italiano impedisce il cambiamento ▪ Non è possibile attivare le professionalità necessarie ▪ Le famiglie vogliono prestazioni monetarie senza vincoli	Bisogna modificare i trasferimenti monetari nelle direzioni indicate <u>Argomenti</u> ▪ Si otterrebbe un utilizzo più appropriato delle risorse pubbliche ▪ Più equità per chi ha minori risorse culturali, relazionali ed economiche ▪ Le famiglie vogliono informazioni e vicinanza nei momenti chiave
Il pendolo del dibattito Consenso sulla necessità di riformare i trasferimenti monetari nella direzione indicata, suggerita anche dalle ricerche e dall'esperienza internazionale.	

5.3. *Trasferimenti monetari tradizionali o riformati? La nostra posizione*

Noi siamo certamente dalla parte della riforma, l'ipotesi migliore per il benessere di anziani e famiglie. Riteniamo che oggi lo sforzo di chi sostiene questa ipotesi dovrebbe concentrarsi su due temi, la consapevolezza e l'attuazione. Da una parte, è necessario elevare la consapevolezza dell'anomalia italiana e delle sue possibili conseguenze nel tempo. Non esiste – in Europa – un altro paese che assegni uno spazio di eguale ampiezza ai trasferimenti monetari nel proprio sistema di assistenza continuativa e che lo accompagni con un approccio così ampiamente deregolato. Inoltre, la scelta di lasciare l'anziano "solo con il trasferimento monetario" si rivelerà sempre più dannosa negli anni perché le reti familiari si stanno diradando.

Dall'altra parte, mentre sugli obiettivi di riforma da perseguire esiste un certo consenso bisogna lavorare maggiormente sui percorsi attuativi da realizzare per raggiungerli, tema sinora non adeguatamente approfondito. Per gli assegni di cura, il punto di partenza dovrebbe essere valorizzare le esperienze locali positive, favorirne lo scambio e il confronto. Per l'indennità di accompagnamento bisognerebbe ragionare – in termini concreti – sulle modalità gradualistiche di introduzione dei cambiamenti, cioè i passi da compiere all'interno di quella che non potrebbe che essere una lunga transizione verso la misura riformata.

6. **L'allocazione delle risorse**

6.1. *"Più qualità a meno anziani" o "meno qualità a più anziani"? Posizioni a confronto*

La dizione, all'apparenza astratta, di allocazione delle risorse indica il nodo più concretamente sensibile con cui gli operatori devono confrontarsi: come comportarsi davanti alle numerose domande di intervento in un contesto di risorse pubbliche limitate. Il dilemma esiste oggi ed è destinato ad acuirsi – in assenza di adeguati stanziamenti – con l'invecchiamento della popolazione.

La scelta di chi assistere (e, dunque, chi non assistere) è tema di rilevanza etica tanto immediata quanto spinosa. Non a caso gli esponenti politici cercano, con un certo successo, di tenerlo al margine del dibattito pubblico. Quando viene affrontato apertamente – pensiamo ai confronti sui livelli essenziali per sanità e sociale – scatena subito una notevole animosità, rivolta abitualmente alle lamentele per coloro i quali rimangono esclusi.

A parità di stanziamenti pubblici, le decisioni sull'utenza ("chi" assistere) sono intrinsecamente legate a quelle concernenti la qualità ("come" assisterlo): entrambe hanno un costo economico e, pertanto, la crescita di una determina la riduzione dell'altra e viceversa. Il dilemma di fondo è tra "assistere meno anziani con interventi di maggior qualità" e "assistere più anziani con interventi di mi-

nor qualità". Il forte sottofinanziamento del sistema sperimentato in ampie parti d'Italia fa sì che l'alternativa si presenti lì in modo acuto ma è da notare che – poiché i bisogni sono estesi e le risorse pubbliche non infinite – questa si pone in ogni realtà, seppur in misura variabile ⁽¹³⁾.

Vediamo in concreto. Nella domiciliarità le decisioni in merito – pure variamente condizionate dalle amministrazioni regionali – sono perlopiù lasciate al territorio. Se consideriamo l'Adi, la dimensione dell'utenza è rappresentata dalla percentuale di popolazione anziana raggiunta dal servizio e la qualità, in prima approssimazione, dal numero medio annuo di ore per fruitore ⁽¹⁴⁾. Gli ultimi dati disponibili su scala nazionale, riferiti al 2006, mostrano come nei territori siano maturate situazioni molto diverse: ad esempio mentre in Veneto era utente il 5,1% di anziani e le ore medie per caso ammontavano a 14, in Liguria era utente il 3,1 e le ore medie risultavano 25 (cfr. cap. 2).

Nella residenzialità, invece, le scelte sono controllate assai più dalle Regioni, che determinano i posti a finanziamento pubblico e gli standard di qualità. La dimensione dell'utenza è resa dalla percentuale di anziani ospiti mentre la qualità da standard organizzativi e strutturali ⁽¹⁵⁾. Anche su questo versante nel paese si stanno seguendo percorsi diversi. Ad esempio, la Lombardia ha la maggiore diffusione di RSA in Italia, con l'esclusione del Trentino-Alto Adige. La dotazione di posti letto delle RSA lombarde è al 2,8% degli anziani mentre gli standard di personale sono tra i più bassi d'Italia per tale tipologia di struttura; l'Emilia-Romagna, dal lato opposto, ha un'esigua dotazione (15° posto tra le Regioni) di posti letto di RSA ⁽¹⁶⁾ ma con standard assistenziali tra i più elevati in Italia (cfr. cap. 3).

Pur mancando un dibattito esplicito, gli argomenti a favore delle diverse posizioni emergono abbastanza chiaramente. Tre sono quelli portati da chi vuole assistere più anziani, anche se a costo di minore qualità.

⁽¹³⁾ A volte si afferma che un utilizzo più efficiente delle risorse pubbliche, rendendo disponibile un maggior numero di prestazioni, permetterebbe di non dover affrontare il dilemma. Maggiore efficienza consentirebbe, in diverse realtà, di disporre di più prestazioni ma assolutamente non in misura tale da evitare il dilemma; inoltre, la gran parte della spesa pubblica è destinata al personale, i cui costi sono già piuttosto compressi nel nostro paese. Altri sono i principali stratagemmi, più o meno impliciti, abitualmente adottati per attenuare la spinosità del dilemma: *a)* informare poco (o nulla) la popolazione sulla disponibilità di servizi, *b)* tenere le persone in liste d'attesa, *c)* indirizzare l'utenza potenziale verso un servizio differente da quello di cui si è responsabili.

⁽¹⁴⁾ Il numero di ore per utente è indicatore di intensità assistenziale (cioè l'ampiezza dello sforzo dedicato ad un utente in un determinato arco di tempo). Si tratta anche dell'unico indicatore – seppur grezzo – di qualità dell'Adi disponibile su scala nazionale.

⁽¹⁵⁾ Gli standard organizzativi principali sono quelli relativi al personale (quantità e qualità) mentre gli standard strutturali principali riguardano la dimensione degli spazi delle strutture e la loro capacità ricettiva.

⁽¹⁶⁾ L'Emilia-Romagna ha puntato sul forte sviluppo delle case protette.

Primo, si riconosce che questo orientamento assicura agli anziani assistiti interventi meno appropriati. Essendo costretti a scegliere, però, si ritiene che “aiutare il maggior numero possibile di persone in difficoltà” debba essere il principio guida dell'intervento pubblico.

Secondo, si vuole evitare l'ingrossamento del gruppo dei “né né”, cioè anziani che non sono in condizioni abbastanza compromesse da accedere alla rete pubblica dei servizi ma neppure dispongono delle risorse necessarie ad affrontare in modo autonomo la propria condizione. Nella domiciliarità sono le persone non abbastanza povere da ricevere il Sad né abbastanza benestanti da pagarsi l'assistente familiare (se non a prezzo di un impoverimento complessivo della propria famiglia) e quelle che non hanno bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere l'Adi ma non sono certo esenti dalla necessità di fruirne (Baldini *et al.*, 2008). Nella residenzialità si tratta di coloro i quali non si trovano in uno stato così deteriorato da poter accedere alle poche strutture disponibili ma le cui condizioni risultano, comunque, ad un livello di criticità tale da rendere assai complicata la costruzione di un adeguato setting assistenziale nel territorio.

Terzo, ampliare l'utenza significa raggiungere anziani in condizioni meno deteriorate e familiari meno provati. In questo modo si può rafforzare la natura preventiva (o quantomeno non esclusivamente riparativa) degli interventi ed elevare le probabilità di contenere il naturale peggioramento delle condizioni degli anziani così come di sostenere i familiari prima che lo stress diventi troppo forte.

Chi, dall'altra parte, ritiene più importante puntare sulla qualità, a costo di raggiungere un'utenza minore, muove da un assunto diverso. Il principio ⁽¹⁷⁾ base che dovrebbe guidare l'intervento pubblico – si ritiene – è “massimizzare la qualità fornita per ogni euro speso”, anche se ciò vuol dire rinunciare ad assistere diverse persone (in particolare dati gli interventi sempre più articolati richiesti dalla crescente compromissione del profilo degli anziani). Nella pratica, si tratta di più accessi di domiciliarità così da elevare l'impatto positivo su funzionalità, comorbidità, stress dei caregiver e di ridurre i ricoveri inappropriati in strutture e ospedali. Allo stesso modo, si vuole un più elevato minutaggio di assistenza e migliori standard di qualità nelle residenze al fine di ottenere un migliore impatto su condizioni di salute e qualità della vita del ricoverato.

La strategia “- anziani + qualità” è abitualmente legata ad una precisa scelta concernente il target di utenza da privilegiare. Si ritiene, infatti, che l'intervento pubblico debba dare priorità alle situazioni più gravi, con riferimento sia alle

⁽¹⁷⁾ L'allocazione delle risorse è tra gli argomenti qui considerati quello in cui le posizioni che si possono assumere più dipendono dalle preferenze sui valori guida del welfare pubblico. Sul tema si veda Granaglia, 2001.

compromissione dell'anziano sia alle condizioni della rete familiare, costruendo adeguati pacchetti di cure loro rivolti.

Si vuole altresì evitare il diffondersi della tendenza a prediligere la ricerca del consenso politico, che spinge ad "agganciare" il maggior numero di persone – anche con interventi poco significativi – a scapito della qualità. Si tratta, come noto, di una tendenza già piuttosto presente nel paese.

Tabella 5 - Il dibattito sull'allocazione delle risorse

L'interrogativo È meglio assistere meno anziani con interventi di maggior qualità o, piuttosto, più anziani con interventi di minor qualità?	
<i>Priorità alla dimensione dell'utenza</i>	<i>Priorità alla qualità degli interventi</i>
Bisogna assistere più anziani con interventi di minor qualità <u>Argomenti</u> ▪ "Aiutare il maggior numero di anziani in difficoltà" è il principio guida ▪ Si vuole evitare l'ingrossamento del gruppo dei "né né" ▪ S'intende rafforzare la natura preventiva (o meno riparativa) dell'assistenza continuativa	Bisogna assistere meno anziani con interventi di maggiore qualità <u>Argomenti</u> ▪ "Massimizzare la qualità fornita per ogni Euro impiegato" è il principio guida ▪ Bisogna assegnare priorità alle situazioni più gravi ▪ È da evitare che si privilegi la ricerca del consenso
Il pendolo del dibattito Non esiste un confronto aperto su questo tema, né a livello politico né tra i tecnici.	

6.2. "Più qualità a meno anziani" o "meno qualità a più anziani"? Il pendolo del dibattito

Nella pratica, l'allocazione delle risorse è uno degli aspetti di maggiore differenziazione tra le Regioni, come mostrano il secondo e il terzo capitolo. Non-dimeno, ogni lettore coinvolto nell'assistenza continuativa potrà – riteniamo – facilmente collocare il dilemma nella realtà che conosce direttamente. Sul piano del confronto non si può, però, affermare da quale parte oscilli il pendolo perché manca, nel nostro paese, un dibattito in proposito. I politici – si è detto – ne stanno alla larga e le riflessioni di ricerca sono poche (ad es. Costa, 2007; Pesaresi, 2007a; Pasquinelli, 2003).

Sullo sfondo si manifestano propensioni differenti legate ai diversi ruoli. Abitualmente, chi si occupa di un singolo servizio è più sensibile alla qualità mentre chi si occupa di politiche (regionali, nazionali, locali) lo è maggiormente alla dimensione dell'utenza. In ogni modo, nel prossimo futuro l'intreccio tra la scarsità dell'offerta di servizi e l'invecchiamento della popolazione renderà il nodo di "a chi" dare "che cosa" sempre più spinoso.

6.3. *“Più qualità a meno anziani” o “meno qualità a più anziani”? La nostra posizione*

La scelta dipende, in ultima istanza, da una pura questione valoriale. Mentre su altri temi discussi nel capitolo – ad es. gli spazi dell’assicurazione privata e il ruolo delle prestazioni monetarie – i dati e gli studi scientifici puntano chiaramente in una direzione, così non è per l’allocazione delle risorse. Bisogna qui decidere tra due strade di cui non si può individuare la migliore, dipende da quali si ritiene debbano essere i principi ispiratori dell’assistenza continuativa.

Noi non abbiamo condotto una riflessione adeguata in proposito e ci limitiamo a presentare tre auspici poiché non vogliamo assumere posizioni avventate su un argomento così gravido di risvolti etici. Primo, bisogna discutere maggiormente di questa scelta. Esiste un ampio divario tra la sua quotidiana presenza nella realtà dell’assistenza continuativa e l’attenzione quasi nulla sinora ricevuta da parte del dibattito politico e della riflessione scientifica. Secondo, torna qui l’importanza dei finanziamenti. È vero che sono i valori a decidere, ma è altrettanto vero che l’ampiezza degli stanziamenti disponibili rende la scelta più o meno pressante. Terzo, per ponderare bene l’alternativa è necessario considerare l’importanza della qualità, la cui cultura e consapevolezza non sono sempre radicate e che richiede, invece, particolare attenzione.

7. Per non concludere

Si può, infine, provare a comporre le diverse posizioni illustrate nel capitolo per dare vita ad alcuni orientamenti di natura generale. Mentre l’allocazione delle risorse sfugge a qualsiasi tipologizzazione, le posizioni sugli altri argomenti toccati sono riconducibili a due schieramenti. Da una parte, c’è chi sostiene un orientamento imperniato su minore responsabilità pubblica, tanto nel finanziamento quanto nel governo del territorio: “le assicurazioni private devono finanziare lo sviluppo dell’assistenza continuativa” + “non è possibile riformare le prestazioni monetarie” + “l’accompagnamento dell’utente nel percorso assistenziale deve essere limitato”. Dall’altra parte, c’è chi punta ad una maggiore responsabilità pubblica: “il settore pubblico deve finanziare lo sviluppo dell’assistenza continuativa” + “bisogna riformare le prestazioni monetarie” + “l’accompagnamento dell’utente nel percorso assistenziale deve essere sostenuto”. In sintesi, i primi pensano che garantire una risposta agli anziani non autosufficienti adeguata nelle dimensioni e appropriata nell’utilizzo delle risorse costituisca una responsabilità pubblica e che sia possibile modificare il profilo del welfare italiano per meglio raggiungere questo obiettivo. I secondi ritengono che la responsabilità non sia pubblica bensì della società, a partire dall’anziano e la sua famiglia,

e/o ritengono – in ogni modo – che il welfare italiano non sia modificabile a favore di un potenziamento dell'assistenza continuativa.

Esistono possibili combinazioni intermedie delle diverse posizioni, che non è possibile approfondire qui. Nondimeno i temi da esaminare sono assai più di quelli toccati nel capitolo e nel Rapporto, e i prossimi anni porranno nuove urgenze. Marco Trabucchi ha recentemente scritto che “la geriatria non è per i deboli di cuore”, richiamando l'ampiezza e la complessità delle sfide che si pongono davanti a noi, e certamente questa osservazione è estendibile a tutte le competenze coinvolte nell'assistenza continuativa. Proseguendo nello stesso articolo l'Autore richiama la necessità – sottolineata dal noto geriatra Robert Kane – di esercitare un’“intolleranza creativa verso lo *status quo*”, attraverso una costante analisi critica dell'esistente accompagnata da uno sforzo teso a definire i migliori cambiamenti possibili (Trabucchi, 2007, p. 5). I temi da discutere in un Rapporto annuale non mancano di certo: cercheremo di farlo sempre con uno spirito di “intolleranza creativa”.

Arrivederci al prossimo anno.

Bibliografia

- ABATE G., BAVAZZANO A., DI IORIO A. (1995), *Assistenza domiciliare integrata (ADI). Indagine conoscitiva sulla situazione nazionale*, Roma, CNR: Progetto Finalizzato Invecchiamento.
- Alzheimer Europe (2008), *Dementia in Europe*, Yearbook.
- AMOREVOLE R., COLOMBO G., GRISENDI A. (1996), *La banca del tempo. Come organizzare lo scambio del tempo: i valori, i principi, i protagonisti*, Milano, Franco Angeli.
- AMOREVOLE R., SUCCI A. (1998), *Banca del tempo. Un'idea di tempo*, Rimini, Maggioli.
- ARDIGÒ A. (2006), *Famiglia, solidarietà, nuovo welfare*, Milano, Franco Angeli.
- BAILLY O., LAMBERT D., CAUDRON J.M. (2007), *IKEA: che cosa nasconde il mito della casa che piace a tutti?*, Torino, Oxfam-Magasins du monde - L'Età dell'Acquario.
- BALDINI M., GORI C., MAZZAFERRO C., MORCIANO M. (2008), *Costi e argomenti*, in C. GORI (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 283-327.
- BELLELLI G., FRISONI G.B., BIANCHETTI A., BOFFELLI S., GUERRINI G.B., SCOTUZZI A., RANIERI P., RITONDALE G., GUGLIELMI L., FUSARI A., RAGGI G., GASPAROTTI A., GHEZA A., NOBILI G., TRABUCCHI M. (1998), *Special care units for demented patients: a multicenter study*, in "Gerontologist", n. 38, pp. 456-62.
- BERNABEI R. et al. (1998), *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community*, in "BMJ", 316, pp. 1348-1351.
- BIANCHETTI A. (2007), *Il demente in ospedale: le dimensioni del fenomeno*, in TRABUCCHI M. (a cura di), *La persona affetta da demenza in ospedale*, Roma, Carocci Faber, pp. 23-46.
- BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. (2003), *Health services and economic perspectives in Alzheimer Disease*, in "It J Psychiatry Behav Sci", n. 13, pp. 19-27.
- BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. (2005), *La valutazione clinica del demente*, in TRABUCCHI M. (a cura di), *Le demenze*, Torino, UTET, pp. 37-102.
- BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. (2005), *Services to people with dementia: a worldwide view. Italy*, in BURNS A., O'BRIEN J., AMES D. (a cura di), in "Dementia" 3rd Ed., London, Hodder Arnold, pp. 276-280.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2009), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung* (01/09).
- CALDER S. (2003), *No Frills: The Truth Behind The Low-Cost Revolution In The Skies*, London Virgin Book Ltd.
- CALTALBIANO C. (2004), *Il prisma del welfare: analisi dei regimi socio-assistenziali nelle Regioni italiane*, Milano, Iref.
- CALTAGIRONE C., BIANCHETTI A., DI LUCA M., MECOCCHI P., PADOVANI A., PIRFO E., SCAPICCHIO P.L., SENIN U., TRABUCCHI M., MUSICCO M. (2005), *Guidelines for the Treatment of Alzheimer's Dis-*

- ease from the Italian Association of Psychogeriatrics, in "Drugs & Aging", n. 22 (S 1), pp. 1-26.
- CARPENTER I., et al. (2004), *Community care in Europe. The Aged in HOme Care project (AdHOC)*, in "Aging Clin Exp Res"; 16:257-269.
- CASANOVA G. (2008), *I fondi regionali per i non autosufficienti*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 14, pp. 14-19.
- CENSIS (1996), *Home care per gli anziani. La mappa dell'offerta*, Milano, Franco Angeli.
- CEREA S. (2007), *Il caregiving familiare e gli interventi pubblici: intrecci e nodi problematici*, in COSTA G., *Le politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Roma, Carocci, pp. 115-139.
- CERM (2008), *Sostenibilità e adeguatezza del modello di welfare*, Nota Cerm 1, Roma, Cerm.
- CeSPI (2008), *Lavoro di cura e internazionalizzazione del welfare. Sintesi del primo round della consultazione Delphi su "Sostenibilità e impatto dell'attuale modello di internazionalizzazione del welfare"*, Roma, Cespi.
- CICOLETTI D. (2008), *Il percorso assistenziale*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 101-121.
- COLOMBO M., et al. (1998), *The geriatric counseling service: an 18 years experience on preventive socio-sanitary service for elderly people*, in RUBENSTEIN et al. (a cura di), *Geriatric programs and departments around the world*, New York, Springer, pp. 429-437.
- COLOMBO M., et al. (2004), *The impact of cognitive impairment on the rehabilitation process in geriatrics*, in "Arch. Gerontol. Geriatr.", n. 57 (Suppl. 9), pp. 85-92.
- COLOMBO M., VITALI S., CAIRATI M., VACCARO R., ANDREONI G., GUAITA A. (2007), *Behavioral and psychotic symptoms of dementia (BPSD) improvements in a special care unit: a factor analysis*, in "Arch Gerontol Geriatr", n. 44 (Suppl. 1), pp. 113-20.
- COLUCCIA P. (2008), *Banca del Tempo*, Benevento, CooperAzioneMentale.
- CORENS D. (2007), *Health system review: Belgium*, Copenhagen, Observatory on health systems WHO.
- COSTA G. (2007), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Roma, Carocci.
- COSTA G. (2008), *Regolazione del mercato privato di cura e forme di "cinismo istituzionale"*, in www.qualificare.info n. 12, febbraio.
- CREATON S. (2008), *Ryanair: il prezzo del Low Cost*, Milano, Egea.
- DEVASTATO G., (2008), *Le funzioni del welfare dell'accesso*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 18, pp. 14-21.
- DAFT R.L. (2004), *Organizzazione aziendale*, Milano, Apogeo.
- DA ROIT B. (2006), *La riforma dell'indennità di accompagnamento*, in C. GORI (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino, pp. 287-315.
- DA ROIT B. (2008), *Gli anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Risultati di un'indagine esplorativa*, in C. RANCI (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci, pp. 82-184.
- DA ROIT B., (2007), *Politiche regionali a confronto: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto*, in COSTA G., *Le politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Roma, Carocci, pp. 35-57.
- DE BOER A.H. (2006), *Report on the elderly*, SCP, The Hague.
- DE HANN E., OLDENZEL J. (2003), *Labour Conditions in IKEA's Supply Chain*, Copyright Somo.

- DELBECCHI N. (2007), *Il signor Ikea. Una favola democratica*, Venezia, Marsilio.
- DE RUGGERI M.A. et al. (2007), *Verso una definizione della non autosufficienza nell'anziano*, in "Geriatrics", n. 2, pp. 71-72.
- DI CARLO A., BALDERESCHI M., AMADUCCI L., LEPORE V., BRACCO L., MAGGI S., BONAIUTO S., PERISSINOTTO E., SCARLATO G., FARCHI G., INZITARI D. (2002), *ILSA Working Group. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study*, in "J Am Geriatr Soc", n. 50: pp. 41-8.
- DG ECFIN AND AWG (2008), *The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060)*, European Economy, n. 7.
- EPSTEIN A.M. et al. (1987), *The emergence of geriatric assessment units. The new technology of geriatrics*, in "Ann. Intern. Med.", n. 106, pp. 299-303.
- FACCHINI C. (2007), *Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento*, in "I luoghi della cura", n. 1, pp. 7-12.
- FEDERSANITÀ ANCI (2005), *L'attività domiciliare e residenziale per gli anziani fragili da parte dei Comuni*, Roma, Federsanità Anci.
- FERRI C.P., PRINCE M., BRAYNE C., et al. (2005), *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*, in "Lancet" 2, n. 366, pp. 2112-17.
- FONDAZIONE ISMU (2008), *Tredicesimo Rapporto sulle migrazioni 2007*, Milano, Franco Angeli.
- FONDAZIONE SOCIALITÀ E RICERCHE (2008), *Terza economia. Sempre più valore alla terza età*, Milano, Ambrosetti The European House.
- GIANNAKOURIS K. (2008), *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Statistics in focus, 72, Eurostat.
- GIUNCO F. (a cura di) (2005), *Cura e assistenza a domicilio*, Torino, Utet.
- GOODWIN J.S. (1999), *Geriatrics and the limits of modern medicine*, in "New Engl J Med", n. 340, pp. 1283-85.
- GORI C. (2006), *Introduzione*, in C. GORI (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*. Bologna, Il Mulino, pp. 13-42.
- GORI C. (2008) *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, pp. 237-81.
- GORI C. (a cura di) (2005), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci.
- GORI C., CASANOVA G. (2009), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti in Spagna*, in "Tendenze Nuove", n. 1, pp. 57-81.
- GORI C., MADAMA I. (2007), *Che cosa è andato storto?*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 19, pp. 24-33.
- GORI C., PASQUINELLI S. (2008), *Gli assegni di cura*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 157-182.
- GORI C., VANARA F. (2006), *Di quante risorse abbiamo bisogno? Una rassegna delle stime*, in GORI C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 83-108.
- GRANAGLIA E. (2001), *Modelli di politica sociale*, Bologna, Il Mulino.
- GRUPPO PER LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA CONTINUATIVA (2006), *Riformare l'assistenza ai non auto-*

- sufficienti in Italia, in C. GORI (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 423-472.
- GUAITA A. (2005), *La residenzialità per anziani*, in GORI C., *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci, pp. 231-255.
- HANAU C., LAMURA G. (2005), *Bisogni e domanda di assistenza*, in LAMURA G., GORI C., HANAU C., POLVERINI F., PRINCIPI A., TOMASSINI C. (a cura di), *L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani in Italia*, Roma, Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, pp. 55-78.
- HAWKE W. (2009), *Dabbawala of Mumbai Masters of Supply Chain Management*, Diplomati-st, New Dheli, January, n. 30.
- HUBER M., RODRIGUEZ R. (2008), *A framework for measuring long-term care expenditure in Europe*, Paper presentato alla 30ª Conferenza della *International Association for Research in Income and Wealth*, Portoroz, Slovenia, 24-30 agosto 2008.
- HUBER M. (2009), *Financing Long Term Care in Europe: how will the public-private mix evolve?* The Geneva Association, "Etudes et dossiers", n. 348, p. 16.
- IKEGAMI N., CAMPBELL J.C. (2002), *Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems*, in "Social Policy and Administration", n. 36, 7, pp. 719-34.
- IMSERO INFORME (2006), *Las personas mayores en España*, Madrid, Imsero.
- INPS (2008), *I diritti delle persone con disabilità*, Roma.
- INSTITUTE OF MEDICINE, (1986), *Improving the quality of nursing homes*, National Academy Press, Washington.
- IREF (2008), *Il welfare "fatto in casa"*, Roma, Iref.
- IRES (2007), *Territori e non autosufficienza*, Roma, Iress.
- IRS (2002), *I servizi domiciliari nei Comuni italiani*, Milano, Irs.
- ISTAT (1986), *Sommario di statistiche storiche – 1926-1985*, Roma, Istat.
- ISTAT (anni vari), *Popolazione residente per età al 1° gennaio*, Roma, Istat.
- ISTAT (2002), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 1999*, Roma, Istat.
- ISTAT (2003), *Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia. Valori assoluti e tassi per 100 persone. Anno 1999-2000*, Roma, Istat.
- ISTAT (2004a), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2000*, Istat, Roma.
- ISTAT (2005a), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2001*, Roma, Istat.
- ISTAT (2005b), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2002*, Roma, Istat.
- ISTAT (2005c), *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2003*, Roma, Istat.
- ISTAT (2006), *L'assistenza residenziale in Italia, Regioni a confronto – anno 2003*, Roma, Istat.
- ISTAT (2007a), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia*, Roma, Istat.
- ISTAT (2007b), *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2004*, Roma, Istat.
- ISTAT (2007c), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – anno 2005*, Roma, Istat.
- ISTAT (2008a), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2005*, Roma, Istat.

- ISTAT (2008b), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – anno 2005*, Roma, Istat.
- ISTAT (2008c), *Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia. Valori assoluti e tassi per 100 persone – anni 2004-2005*, Roma, Istat.
- ISTAT (2009), *Struttura per età della popolazione al 1° gennaio – anni 2006-2009 (valori percentuali)*, Roma, Istat.
- ISTAT-INPS (vari anni), *Statistiche in breve: I beneficiari delle prestazioni pensionistiche. Statistiche della previdenza e dell'assistenza*, Roma, Istat.
- LAMURA G., MELCHIORRE M.G., QUATTRINI S., MENGANI M., ALBERTINI A. (2001), *Chapter 5: Italy*, in PHILP I. (a cura di), *Family care of older people in Europe*, Amsterdam, IOS Press, pp. 97-134.
- LAMURA G., DÖHNER H., KOFAHL C. (a cura di) (2008), *Services for Supporting Family Carers of Older People in Europe. A six-country comparative study*, Hamburg, Lit Verlag.
- LAMURA G., PRINCIPI A. (2009), *Il ruolo dell'indennità di accompagnamento*, in C. GORI (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Roma, Ministero del Welfare, in corso di preparazione.
- LE BIHAN B., MARTIN C. (2008), *Cross-border diffusion of ideas towards a convergence of the LTC policies: a comparative analysis of the French compromise*, Rennes, ENSP, working paper.
- LEONARDI M. (2008), *Libro bianco sull'invalidità civile in Italia. Uno studio nelle Regioni del Nord e del Centro*, Milano, Franco Angeli.
- LUCCHETTI M., CHIATTI C., PRINCIPI A. (2009), *Longevità ed invecchiamento: un processo diffuso e complessivamente positivo*, in AGEING SOCIETY (a cura di), *Condizioni e pensieri degli anziani. Rapporto nazionale 2009* (in corso di pubblicazione).
- MADAMA I. (2008), *Le politiche di assistenza sociale tra Stato e Regioni*, Paper presentato alla prima conferenza annuale ESPAnet Italia, Ancona, 6-8 novembre 2008.
- MANSSELL J. et al. (2007), *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent.
- MARAN F. (2006), *Titoli e assegni di cura in Emilia-Romagna*, in "Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone", vol. 7, n. 5, pag. 150-162.
- MARTORANA M. (2008), *Low cost, vivere alla grande spendendo poco*, Milano, Vallardi.
- MICHEL G.A., ROSINA A. (2008), *Venticinque anni di indennità di accompagnamento in Italia: bilancio demografico e linee di tendenza*, in C. RANCI (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci, pp. 38-81.
- MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI (2008), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Parte seconda – Sezione I*, aggiornamento ottobre 2008, Roma, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002), *Attività economiche e gestionali delle Asl e Aziende ospedaliere – anno 2000*, Roma, Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2008), *Attività economiche e gestionali delle Asl e Aziende ospedaliere – anno 2006*, Roma, Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, (2006), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Ministero della salute, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, (2007), *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma.

- MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO (2009), *Obiettivi Servizio – Quadro Strategico Nazionale. Aggiornamento indicatori*, Roma, febbraio.
- O'CONNOR A. (2007), *Big business learns a thing or two from the humble dabbawalla*, in "The Times", april, 27.
- OECD (1994), *Caring for frail elderly people*, Parigi, OECD.
- OECD (2005), *Long term care policies for older people*, Parigi, OECD.
- OECD (2008), *Health care database*, Parigi, OECD.
- OLA – Osservatorio-laboratorio anziani, Provincia di Forlì-Cesena (2005), *Rapporto sugli assegni di cura*, Quaderno n. 7.
- PASQUALINI R., SALVIOLI G. (2000), *Il declino della mortalità e il problema della disabilità*, "Giornale di Gerontologia", n. 48, pp. 481-84.
- PASQUINELLI S. (2003), *Servizi domiciliari: quale futuro?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 7, pp1-2.
- PASQUINELLI S. (a cura di) (2007), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie*, Roma, Carocci.
- PASQUINELLI S. (2008), *Badante e clandestina*, in www.lavoce.info, giugno.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.info, area download.
- PAVOLINI E. (2004), *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Roma, Carocci.
- PESARESI F. (2005), *Tendenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente*, in GENSINI G.F., RIZZINI P., TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), "Rapporto Sanità 2005", Bologna, Il Mulino, pp. 235-259.
- PESARESI F. (2007a), *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 17, pp. 1-6.
- PESARESI F. (2007b), *Il Sad per anziani in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 18, pp. 1-5.
- PESARESI F. (2007c), *L'assistenza residenziale in Europa* in "Pro Terza Età", n. 36, settembre.
- PESARESI F. (2008), *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 18, pp. 1-7.
- PESARESI F., GORI C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in "Tendenze nuove" nn. 4-5, Bologna, Il Mulino, pp. 459-487.
- PESARESI F., GORI C. (2005), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa*, in FACCHINI C. (a cura di) *Anziani e sistemi di welfare*, Milano, Franco Angeli, 129-159.
- PESARESI F., SIMONCELLI M. (2006), *Le unità di valutazione multidimensionale*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 9, pp. 6-12.
- PITA BARROS P., DE ALMEIDA SIMOES J. (2007), *Portugal: Health system review*, Copenhagen Observatory on health systems and policies WHO.
- PODAVITTE F., SCARCELLA C., MARINONI T., MATTANA M., MATTANZA C., ROZZINI R., TRABUCCHI M. (2008), *La rete dei servizi per l'anziano a Brescia nelle cure domiciliari e nelle RSA: una risposta adeguata al bisogno?* in "Tendenze Nuove" n. 1, pp. 23-42.
- QUATTRINI S., MELCHIORRE M.G., BALDUCCI C., SPAZZAFUMO L., LAMURA G. (2006), *Services for supporting family carers of older people in Europe: characteristics, coverage, usage. The national survey report for Italy*, Hamburg, Medical University of Hamburg-Eppendorf.

- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2007), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario. Aggiornamento 2006*, Roma, Ragioneria generale dello Stato.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2009), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario. Aggiornamento 2007*, Roma, Ragioneria generale dello Stato.
- RANCI C., DA ROIT B., PAVOLINI E. (2008), *Partire dall'esistente: le caratteristiche dell'indennità di accompagnamento e alcune proposte di riforma*, in C. RANCI (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci, pp. 9-37.
- RANCI C., PAVOLINI E. (2008), *Crisis and transformation of the Italian care model: beyond familism?*, Paper presentato alla conferenza "Transforming elderly care at local, national and international levels", Copenhagen, 26-28 June.
- REBBA V. (2006), *Il ruolo dell'assicurazione volontaria*, in GORI, C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 395-421.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA – D.G. SANITÀ E POLITICHE SOCIALI (2006), *Assegno di cura: relazione sull'applicazione della delibera della giunta regionale n. 1377/99. Anno 2005*, Bologna, Regione Emilia-Romagna.
- REGIONE LOMBARDIA – D.G. FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE (2008), *Bilancio sociale 2007*, Milano, Regione Lombardia.
- REGIONE PIEMONTE (2007), *I numeri dell'assistenza in Piemonte*, I servizi sociali territoriali, Torino, Regione Piemonte.
- RUSMINI G. (2009), *Formare le assistenti familiari: percorsi a confronto*, in *www.qualificare.info*, n. 19, marzo.
- SALVIOLI G. (2007), *Gli anziani nelle strutture residenziali: quanti sono?* in "Giornale di Gerontologia", n. 55, pp. 693-695.
- SAMUELSON R. (2008), *The cult of the dabbawala*, in "The Economist", July 16.
- SANCHO CASTIELLO M., DE LA PEZUELA PINTO M., FERNÁNDEZ MORENO M. (2007), *Social Services for Older People in Spain. January 2006*, in "2006 REPORT Older People in Spain", a cura dell'Institute of Older Persons and Social Services (Imsero), Madrid, Imsero.
- SCOCCO P., TRABUCCHI M. (2007), *Counselling psicologico e psichiatrico nelle case di riposo*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- SLOAN F.A., TROGDON J.G., CURTIS L.H., et al. (2004), *The effect of dementia on outcomes and process of care for Medicare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction*, in "J Am Geriatr Soc", n. 52, pp. 173-181.
- SOCIALSTYRELSEN (2001), *Äldre – vård och omsorg år 2000*, Stoccolma, Socialstyrelsen.
- SOCIALSTYRELSEN (2007), *Äldre – vård och omsorg år 2006*, Stoccolma, Socialstyrelsen.
- SORRENTINO G.C., CAFFARI B., VANACORE N., MAGGINI M., RASCHETTI R. (2005), *The characteristics of Alzheimer's Disease Units in relation to neuropsychological tests*, in "Ann Ist Super Sanita", n. 41, pp. 63-8.
- STUCK A.E. et al. (1995), *A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment of elderly people living in the community*, in "N Engl J Med", n. 333, pp. 1184-1189.
- THOMPSON K. (2008), *Amazing teamwork without technology: the dabbawala collective*, in "News & Media", July 18.
- TIDOLI R. (2006), *La metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 4, pp. 6-10.

- TOMASSINI C., LAMURA G. (2008), *Strutture familiari e assistenza*, in GOLINI A., ROSINA A. (2009), *Il secolo degli anziani. Com'è destinata a cambiare la società italiana*, Il Mulino (in corso di pubblicazione).
- TRABUCCHI M. (2006), *I vecchi, la città e la medicina*, Bologna, Il Mulino.
- TRABUCCHI M. (2007), *La geriatria non è per i deboli di cuore*, in "I Luoghi della cura", n. 2, pp. 5-6.
- TRABUCCHI M. (2007), *La persona affetta da demenza in ospedale*, Roma, Carocci Faber.
- TRABUCCHI M., BRIZIOLI E., PESARESI F. (2002), *Residenze assistenziali per anziani*, Bologna, Il Mulino.
- TRABUCCHI M., FRANZONI S., GIRAUDO F.L. (2009), *Il dolore nelle residenze sanitarie assistenziali*, Roma, Carocci Faber.
- VACCARO C.M., SPADIN P. (2007), *La vita riposta: i costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer*, Milano, Franco Angeli.
- VAN DER FLIER W.M., SCHELTENS P. (2005), *Epidemiology and risk factors of dementia*, in "J Neurol Neurosurg Psychiatry", n. 76 (Suppl. 5), pp. 2-7.
- VITALI S.F. (2004), *La metodologia Gentle Care*, in "Giornale di Gerontol" n. 52, pp. 412-417.
- ZANETTI E., TRABUCCHI M. (2008), *Strutture residenziali per anziani: quale futuro*, in "I Luoghi della Cura", n. 2, pp. 5-7.

Gli Autori

Anna Banchemo è stata Direttore della Programmazione sociale e sociosanitaria nella Regione Liguria fino al 2007. Dal 2008 opera come consulente in materia di Accredimento e qualità per l'Agenzia sanitaria regionale della Liguria ed è membro del SIVEAS (servizio di verifica e controllo del Servizio sanitario) presso il Ministero del lavoro, salute e politiche sociali. Insegna all'Università di Genova nel corso di Laurea specialistica in Direzione dei servizi alla persona. È componente di NNA.

Angelo Bianchetti è medico geriatra e neurologo, responsabile del Dipartimento medicina e riabilitazione dell'Istituto clinico S. Anna di Brescia. È membro del Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia e Segretario scientifico dell'Associazione Italiana di psicogeriatrica. Si occupa di ricerca clinica con particolare interesse alle tematiche neuro-geriatriche.

Enrico Brizioli è amministratore delegato dell'Istituto di riabilitazione S. Stefano ed è professore a contratto dell'Università di Ancona. Esperto in programmazione sanitaria ha collaborato con diverse Regioni per la stesura dei piani sanitari. Dal 2001 ha fatto parte della commissione LEA dove ha coordinato il sottogruppo sociosanitario. In qualità di responsabile scientifico del Mattone 12 ha curato la nuova definizione dei flussi informativi per le prestazioni residenziali. È componente di NNA.

Georgia Casanova svolge attività di ricerca, consulenza e formazione, collabora con Formez e Codici. Principali interessi: sistemi di welfare e non autosufficienza, le politiche di inclusione sociale e le pari opportunità, la valutazione di interventi e servizi. È docente di modulo al corso di Organizzazione dei Servizi sociali presso l'Università degli Studi di Genova, e al corso di Metodologia della ricerca sociale presso Università San Raffaele di Milano. Tra le pubblicazioni più recenti con Gori C., *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti in Spagna*, in "Tendenze Nuove", 1/2009.

Cristiano Gori è consulente scientifico dell'Istituto per la ricerca sociale di Milano, visiting fellow presso la London School of Economics e docente di politica sociale all'Università Cattolica di Milano. È editorialista de "Il Sole-24 Ore" e vicedirettore di "Prospettive Sociali e Sanitarie". I suoi principali ambiti di interesse sono le politiche per gli anziani non autosufficienti, le politiche per la prima infanzia e le comparazioni delle politiche di welfare. È componente di NNA.

Antonio Guaita, geriatra e fisiatra, è direttore della Fondazione Golgi Cenci che si occupa di studi e ricerche sull'invecchiamento cerebrale e la demenza, dopo aver diretto dal 1990 al 2008 l'Istituto geriatrico Golgi di Abbiategrasso, ed è presidente regionale lombardo della SIGG. Cura la rivista "I luoghi della cura" arrivata al settimo anno di pubblicazione. Nel 2009 ha pubblicato in : *Riabilitare l'anziano* di Giuseppe Bellelli, il capitolo *La medicina delle persone fragili*. È componente di NNA.

Giovanni Lamura è ricercatore presso l'Istituto nazionale di riposo e cura anziani (INRCA, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) di Ancona. Da oltre 15 anni si occupa, prevalentemente nell'ambito di progetti di ricerca europei, di cura degli anziani non autosufficienti, servizi e politiche di sostegno ai familiari che forniscono assistenza, lavoro privato di cura, invecchiamento e lavoro, qualità della vita e prevenzione degli abusi in età anziana.

Sergio Pasquinelli è responsabile di ricerca dell'Istituto per la ricerca sociale di Milano e docente di Analisi delle politiche pubbliche all'Università di Venezia. Dirige la newsletter "Qualificare" sul lavoro privato di cura (www.qualificare.info). Tra le sue pubblicazioni più recenti: *Buoni e voucher sociali in Lombardia* (Franco Angeli, Milano 2007) e *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie* (Carocci, Roma 2008).

Franco Pesaresi è direttore dei Servizi alla persona e alla famiglia del Comune di Ancona e presidente della Associazione nazionale operatori sociali e sociosanitari (ANOSS). Si interessa soprattutto di organizzazione dei servizi sociali e sociosanitari e di assistenza agli anziani non autosufficienti. Recentemente ha partecipato alla ricerca sui livelli essenziali delle prestazioni dell'Osservatorio nazionale sull'applicazione della legge n. 328/2000, pubblicata nel volume *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni* a cura dell'IRS. È componente di NNA.

Andrea Principi è ricercatore all'Istituto nazionale di riposo e cura anziani (INRCA, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) di Ancona. Si interessa di politiche per anziani non autosufficienti e assistenti familiari, e di altri aspetti connessi all'invecchiamento della popolazione, come l'impatto nel mercato del lavoro e nell'impegno sociale. Si è occupato dei trasferimenti monetari nazionali nella pubblicazione *L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani in Italia* (Lamura et al., 2005).

Giselda Rusmini è ricercatrice dell'Istituto per la ricerca sociale di Milano, dove svolge attività di ricerca e consulenza, soprattutto nel settore delle politiche per la non autosufficienza. È coordinatrice della newsletter "Qualificare" e curatrice della rubrica "Accadde domani" per la rivista "Prospettive sociali e sanitarie". Ricopre funzioni di assistenza tecnica nell'ambito di *Welforum*, rete delle politiche sociali regionali.

Marco Trabucchi è professore ordinario nella facoltà medica nell'Università di Roma – Tor Vergata, Direttore scientifico del Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia e Presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatrica. È stato presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria. Coordina la sezione di politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate, prevalentemente in ambito geriatrico e gerontologico. È componente di NNA.