

A cura di NNA
Network Non Autosufficienza

**L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA**
6° Rapporto
2017/2018
Il tempo delle risposte

Rapporto promosso dalla Fondazione Cenci Galligani



© Copyright 2017 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 0541/622595
www.maggiolieditore.it
e-mail: clienti.editore@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.

Gli Autori e l'Editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relativi alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegata.

Gli Autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e delle notizie ivi contenuti.

L'Editore non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Finito di stampare nel mese di novembre 2017
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna (RN)

Indice

<i>Prefazione</i>	Pag.	5
<i>Gianfranco Platti</i>		
<i>Presentazione</i>	»	7
<i>Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi</i>		
<i>1. Introduzione. L'età dell'incertezza</i>	»	11
<i>Cristiano Gori</i>		
PARTE PRIMA		
Il quadro d'insieme		
<i>2. La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati</i>	»	33
<i>Francesco Barbabella, Arianna Poli, Carlos Chiatti, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi</i>		
<i>3. Alcuni profili di assistenza nelle Regioni</i>	»	55
<i>Laura Pelliccia</i>		
PARTE SECONDA		
Nuove prospettive		
<i>4. La domiciliarità</i>	»	77
<i>Rosemarie Tidoli</i>		
<i>5. Le cure intermedie</i>	»	101
<i>Franco Pesaresi</i>		
<i>6. La residenzialità</i>	»	129
<i>Antonio Guaita, Marco Trabucchi</i>		
<i>7. Il welfare aziendale e le fondazioni</i>	»	151
<i>Anna Banchemo</i>		
<i>8. La tecnoassistenza</i>	»	165
<i>Roberta Bevilacqua, Gabriella Melchiorre, Elisa Felici, Silvia Bustacchini, Lorena Rossi, Alberto Deales, Fabrizia Lattanzio</i>		
<i>Gli Autori</i>	»	179

Prefazione

Gianfranco Platti – Presidente della Fondazione Cenci Gallingani

La Fondazione Cenci Gallingani (www.cencigallingani.it) è sorta nel 1993 grazie al lascito patrimoniale dei coniugi Aldo Cenci e Jole Gallingani con la finalità di dare efficace risposta ai problemi che affliggono le persone anziane.

Più precisamente, a norma dello statuto, la Fondazione opera perseguendo la prevenzione o rimozione di stati di difficoltà delle persone anziane, promuovendo la ricerca, gli studi e le iniziative che arricchiscono sul piano culturale e strutturale gli standard dei servizi; promuovendo altresì l'attivazione, la verifica e la pubblicizzazione dei più efficaci servizi socio-sanitari, anche in collaborazione con competenti centri nazionali e/o internazionali.

Occuparsi degli anziani non autosufficienti significa occuparsi di un fenomeno chiave non solo per la vita delle singole persone ma anche per la popolazione e la società nel suo complesso. Infatti la longevità attuale rappresenta senza dubbio un importante progresso sociale e sanitario, ma al suo interno cela anche un "uovo di serpente" rappresentato dall'aumento delle popolazioni più a rischio di perdita della salute e dell'autonomia (termini che possiamo considerare quasi sinonimi per queste età).

L'attuale aspettativa di vita di più di 80 anni per i maschi e di quasi 86 per le donne, indica come gli ultraottantenni rappresentano una quota rilevante e in crescita numerica e percentuale della popolazione degli ultra 65enni italiani. Dai dati di Eurostat si ricava che in Italia vi sono quasi 4 milioni di ultraottantenni, il 6,5% della popolazione, contro una media europea del 5,3%. Vi è quindi un "invecchiamento dei vecchi" che condiziona e condizionerà sempre più una crescita numerica dei non autosufficienti. Secondo dati ISTAT riferiti al 2013, le persone con limitazioni funzionali rappresentano il 19,8% degli ultra 65enni ma ben il 43,3% degli ultra 80enni, mentre d'altro canto il rapporto con la popolazione giovane attiva è in costante diminuzione. Ci si rende conto facilmente, di fronte a questi numeri, come le risposte tradizionali vadano in crisi con costi sociali non riproponibili: questo riguarda non solo le pensioni, ma anche il ruolo della famiglia e degli enti assistenziali e di cura, specialmente pubblici.

Come Fondazione che statutariamente si occupa del benessere degli anziani, pensiamo che tutto questo renda necessaria una revisione culturale non episodica di tutti gli aspetti legati alla non autosufficienza degli anziani, sia cioè necessario un progetto di monitoraggio del fenomeno nel suo evolversi che sia non solo descrittivo ma anche interpretativo, arrivando ad analizzare i punti forti e i punti deboli delle varie risposte a questo scenario di nuovi bisogni. Una iniziativa culturale che a partire da questo sia capace anche di proporre visioni diverse e soluzioni innovative e possibili per il presente e per il futuro.

In questi anni il Network Non Autosufficienza è stato un punto di riferimento per ambiti diversi, le sue pubblicazioni si trovano citate nei documenti ministeriali, nelle tesi di laurea, nei documenti di sindacati e organizzazioni del terzo settore. Il gruppo editoriale ha assicurato novità e continuità di pubblicazione, costruendo in questi anni una serie di dati e di riflessioni che non ha precedenti nel panorama italiano.

Per questo riteniamo sia una esperienza importante, di cui vogliamo, come Fondazione, essere partner e sostenitori del suo sviluppo.

Presentazione

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

Il nuovo Rapporto del Network Non Autosufficienza (NNA) intende, come abitudine, fare il punto sullo stato delle politiche pubbliche di assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Il titolo scelto questa volta, *Il tempo delle risposte*, riprende quello che ci pare lo spirito migliore per affrontare l'impegnativa fase che il nostro settore sta vivendo, in cui criticità ed opportunità costituiscono parti inscindibili dello stesso paesaggio. Si tratta di uno spirito costruttivo ma non ingenuo, consapevole dei problemi ma sempre concentrato nella ricerca di nuove soluzioni e interessato alla progettualità piuttosto che alla lamentazione. Uno spirito che, speriamo, si potrà diffondere sempre più. Con le parole del filosofo Boezio, fonte di ispirazione del titolo, "è venuto il tempo di trovare nuovi rimedi anziché emettere lamenti" (Severino Boezio, *De Consolatione Philosophiae*). Abbiamo costruito il Rapporto cercando di inserirvi dati, idee, spunti e riflessioni utili al cammino in tale direzione.

Questa edizione del Rapporto viene pubblicata a due anni di distanza dalla precedente, secondo l'ormai consueta frequenza biennale. Nel frattempo è uscito, lo scorso anno, il secondo volume della nostra nuova collana "Approfondimenti" – che intende scandagliare in profondità specifiche tematiche ritenute di particolare rilievo – dedicato alle demenze ⁽¹⁾. Il nostro impegno, però, non si ferma qui, bensì continua a crescere. Dal 2018, infatti, NNA darà vita ad una nuova rivista accessibile gratuitamente sul web, *I Luoghi della cura online*, che rilancerà il cammino dell'omonimo periodico cartaceo attivo tra il 2003 e il 2016.

Il presente volume è suddiviso in due parti, precedute da un capitolo introduttivo che punta a mettere a fuoco i nodi da sciogliere per passare ad una nuova fase di rafforzamento delle politiche per gli anziani non autosuf-

⁽¹⁾ A. GUAITA, M. TRABUCCHI (a cura di) (2016), *Le demenze. La cura e le cure*, Collana "Gli approfondimenti di NNA", Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

ficienti nel nostro Paese. La prima propone un quadro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, mettendo a sistema i dati più aggiornati di varie fonti istituzionali. Nel secondo capitolo, la tradizionale "Bussola", si offre una panoramica sugli interventi pubblici per gli anziani non autosufficienti a partire dai dati derivati dai sistemi informativi esistenti. A seguire, il terzo capitolo approfondisce i profili di assistenza nelle Regioni tramite un set di indicatori costruiti appositamente.

La seconda parte del libro esamina diversi ambiti dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, puntando lo sguardo verso le prospettive future. Il quarto capitolo si concentra sull'assistenza domiciliare, analizzando la situazione dei servizi SAD e ADI, mettendone in luce sia i miglioramenti conseguiti che le criticità presenti, e delineando le principali direzioni verso le quali ci si sta muovendo per rafforzare e innovare il sistema della domiciliarità. Il quinto capitolo, che prende in esame le strutture di cure intermedie, offre una analisi dettagliata e originale di questa nuova tipologia sulla base della normativa regionale, mettendone in luce opportunità e rischi. La residenzialità è oggetto di trattazione nel sesto capitolo, che delinea le tendenze emerse negli ultimi anni e offre alcuni spunti di riflessione sulle nuove e promettenti tipologie di strutture per anziani. Il settimo capitolo prende in esame il welfare aziendale, esperienza che merita di essere approfondita, e il ruolo delle fondazioni, che operano anche per sostenere e diffondere nuove attività a favore degli anziani e delle loro famiglie. L'ultimo capitolo, l'ottavo, è dedicato alla tecnoassistenza, ossia gli strumenti metodologici e tecnologici volti al supporto della vita indipendente degli anziani.

Il testo è acquistabile nella versione cartacea e può venire scaricato gratuitamente da internet (www.maggioli.it/rna), al fine di promuoverne la diffusione. Nel sito citato si trovano anche tutte le precedenti edizioni del Rapporto ed i volumi della collana "Approfondimenti".

Come sempre, dopo aver progettato il Rapporto abbiamo coinvolto nella sua preparazione vari altri colleghi, che desideriamo ringraziare: Francesco Barbabella, Roberta Bevilacqua, Silvia Bustacchini, Carlos Chiatti, Alberto Deales, Elisa Felici, Fabrizia Lattanzio, Gabriella Melchiorre, Laura Pelliccia, Arianna Poli, Lorena Rossi, Rosemarie Tidoli. Il coordinamento redazionale del lavoro è stato svolto da Giselda Rusmini – ormai da tempo preziosa collaboratrice di NNA – che lo ha svolto con acume e rigore. A lei, dunque, è rivolto un particolare ringraziamento.

Questa edizione del Rapporto viene promossa dalla Fondazione Cenci Galligani, che ha assicurato il sostegno necessario alla sua realizzazione.

Desideriamo ringraziare la Fondazione, e in particolare il presidente Gianfranco Platti, per aver deciso di investire nel nostro percorso di riflessione scientifica orientata all'operatività, nell'auspicio si tratti dell'inizio di un percorso comune.

Vogliamo, nondimeno, ringraziare l'Istituto nazionale di riposo e cura degli anziani (INRCA) di Ancona, promotore del Rapporto dalla sua nascita sino alla precedente edizione, per il percorso compiuto insieme. La presenza qui di un capitolo scritto da un gruppo di esperti dell'INRCA (cap. 8 – *La technoassistenza*) sta a segnalare che confronto e scambio di idee continuano.

1. Introduzione. L'età dell'incertezza ⁽¹⁾

Cristiano Gori

Discutere le prospettive delle politiche pubbliche di assistenza agli anziani non autosufficienti (*Long-Term Care, LTC*) in Italia risulta oggi particolarmente complicato. Dopo una lunga epoca di progressivo sviluppo e una successiva fase di contrazione, infatti, il settore vive un periodo che – a differenza dei precedenti – non si presta ad alcuna lettura univoca. Il solo tratto caratterizzante consiste nella totale incertezza sulla direzione che sarà intrapresa nel prossimo futuro.

Questa introduzione al 6° Rapporto di NNA prova a diradare la nebbia, cercando di mettere a fuoco i nodi da sciogliere per passare ad una nuova fase di rafforzamento. Si tratta, temo, di un elenco di problemi da affrontare, e non di soluzioni da realizzare. La scelta di procedere in tal senso è dettata dalla convinzione che per ambire ad una stagione di rinnovato sviluppo si debbano, innanzitutto, ridefinire i termini del dibattito, partendo da uno sguardo sulla realtà del nostro Paese. Credo, in altre parole, che oggi, per prima cosa, ci si debba fermare a chiedersi quali sono gli ostacoli da superare per costruire un sistema di *Long-Term Care* adatto alla società italiana attuale e futura. Diversamente si rischia di reagire all'incertezza insistendo su ricette ormai usurate, buone per altri momenti storici, oppure avanzando ipotesi, magari suggestive, slegate dalla concreta situazione del nostro Paese.

Il contributo propone una serie di spunti che si auspica possano risultare d'interesse – ovviamente in misura variabile – per la gran parte del territorio italiano, seppure nella sua eterogeneità. Tali spunti riguardano,

⁽¹⁾ Questo capitolo riproduce – con alcune leggere variazioni – l'articolo *L'età dell'incertezza delle politiche per gli anziani non autosufficienti* pubblicato sul numero 1/2017 de *La Rivista delle Politiche Sociali* (RPS), editore Ediesse, pp. 163-182. Desidero ringraziare il direttore della rivista, Stefano Cecconi, e l'editore per aver acconsentito alla riproduzione del testo. Maggiori informazioni su *La Rivista delle Politiche Sociali* si possono trovare in www.larivistadellepolitichesociali.it.

come detto, i principali nodi da affrontare: il rapporto con la politica (par. 2), il ruolo degli interventi d'informazione e presa in carico (par. 3), l'articolazione della rete dell'offerta (par. 4), la funzione dell'indennità di accompagnamento (par. 5), il legame tra non autosufficienza ed impoverimento (par. 6) e le strategie di finanziamento (par. 7); un breve paragrafo conclusivo, infine, chiude il percorso (par. 8). Prima di tutto, però, è necessario delineare i peculiari contorni della fase che stiamo vivendo (par. 1) ⁽²⁾.

1. L'età dell'incertezza

Seppure – considerate in prospettiva storica – risultino relativamente giovani, le politiche pubbliche di assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia hanno già attraversato stadi assai differenti. Hanno iniziato a prendere piede negli anni '80: fino al decennio precedente risultavano, invece, marginali poiché gli interventi erano assai limitati, di natura prevalentemente residenziale e destinati a persone impossibilitate ad affrontare la loro situazione attraverso la propria rete familiare o le loro risorse finanziarie. Un ambito residuale, dunque, rivolto sostanzialmente ad anziani soli e in difficoltà economica (Giumelli, 1994).

Negli anni '80 le politiche pubbliche iniziano a svilupparsi, imboccando un lungo percorso di crescita graduale che si estenderà sino al termine dello scorso decennio. Passo dopo passo, l'offerta si amplia e si differenzia, e la qualità aumenta. Si assiste così ad un miglioramento progressivo del sistema, sempre più accentuato con il trascorrere degli anni, sino a toccare la fase più alta nel decennio 2000-2010. In quel periodo, infatti, le politiche per gli anziani non autosufficienti hanno raggiunto in Italia il massimo livello di espansione. Lo mostrano i dati sull'ampliamento dell'utenza nelle diverse tipologie di interventi ⁽³⁾, così come gli avanzamenti in progettualità e qualità delle risposte registrati in gran parte del Paese.

Giunti alla fine dello scorso decennio, il sistema presentava ancora ampie necessità di miglioramento – in misura e con forme differenti nei

⁽²⁾ Desidero ringraziare Rosemarie Tidoli per le puntuali osservazioni ad una versione precedente del testo. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente mia.

⁽³⁾ L'estensione dell'offerta d'interventi pubblici nello scorso decennio così come la successiva contrazione sono rendicontate e discusse nelle diverse edizioni del Rapporto.

vari territori – rispetto alla qualità così come alla quantità delle risposte in campo; si segnalava, tra l'altro, l'insufficienza dell'offerta di servizi alla persona. Inoltre il continuo incremento della popolazione anziana ed il mutare del suo profilo (si pensi alla diffusione delle demenze) richiedevano significativi sforzi per modificare le risposte in essere. Ciò detto, le condizioni del settore apparivano più soddisfacenti rispetto al recente passato e l'aspettativa prevalente tra gli addetti ai lavori era che lo sviluppo sarebbe proseguito (Gori e Lamura, 2009).

L'irrompere della crisi economica, invece, ha cambiato radicalmente lo scenario. La restrizione della spesa pubblica ha determinato la contrazione dell'offerta ed il clima – nelle realtà del welfare locale – è rapidamente mutato: si è passati dalla predominante fiducia nel proseguo dello sviluppo del settore alla diffusa convinzione che la fase evolutiva fosse conclusa e che il futuro potesse riservare solo arretramenti, sotto ogni punto di vista. Coerentemente con questa percezione, comune tra decisori ed operatori, la gran parte dei percorsi di miglioramento qualitativo e di innovazione dell'offerta in atto nei vari territori è stata rallentata o interrotta (Gori e Rusmini, 2015).

Terminata la crisi, si è da poco aperta una nuova fase, dai tratti diversi e indecifrabili (Banchero, Brizioli e Trabucchi, 2013) ⁽⁴⁾. Se in precedenza, infatti, si registrava una direzione evidente – si trattasse di sviluppo o di arretramento – ora, invece, si sperimenta un'assoluta incertezza circa la strada che le politiche per l'assistenza agli anziani non autosufficienti prenderanno nel nostro Paese. L'insicurezza riguarda i finanziamenti che saranno disponibili per affrontare una domanda in continua crescita, quindi la platea di beneficiari raggiungibile, così come la possibilità di intraprendere rinnovati percorsi di rafforzamento della qualità e d'innovazione delle risposte fornite. Oggi, dunque, non è affatto chiaro quale traiettoria seguiranno le politiche e immaginarne gli scenari per il prossimo futuro pare sostanzialmente impossibile. Per cercare di lasciarsi alle spalle con successo l'età dell'incertezza mi pare che – come anticipato – si debba partire dal mettere a fuoco i nodi da sciogliere nell'attuale sistema pubblico di *Long-Term Care*. È ciò che proverò a fare di seguito.

⁽⁴⁾ Le caratteristiche della fase che stiamo vivendo in Italia presentano, peraltro, varie analogie con quanto accade in numerosi paesi occidentali (Gori, Fernandez e Wittenberg, a cura di, 2016).

2. Il rapporto con la politica

La discussione degli ostacoli da superare deve partire – a mio parere – dall'esigua attenzione oggi dedicata dalla politica alla non autosufficienza. La principale manifestazione di tale scarso interesse non risiede nel noto, e sempre più acuto, sotto-finanziamento dei servizi alla persona (cfr. par. 7). Questo è il sintomo più visibile, mentre il più profondo consiste nella frequente rinuncia a cercare migliori risposte alle esigenze degli anziani e delle loro famiglie. Infatti, non solo il tema non rientra tra le priorità di gran parte degli esponenti politici ma anche – e soprattutto – coloro i quali hanno responsabilità amministrative mostrano, perlopiù, una progettualità debole in merito.

La carenza di progettualità si manifesta a tutti i livelli di governo:

- *Stato*: la possibilità di una riforma nazionale tesa a razionalizzare e rafforzare il sistema è stata ampiamente discussa tra la fine degli anni '90 e la conclusione del decennio successivo, senza esiti concreti, per poi scomparire dal dibattito politico.
- *Regioni*: nella maggior parte dei casi, le attenzioni riformatrici e le spinte al miglioramento in atto toccano il *Long-Term Care* in misura ridotta. A prima vista, tale aspetto può non emergere perché sovente il potenziamento delle politiche per i non autosufficienti costituisce un obiettivo dichiarato delle amministrazioni regionali, eppure è così. Infatti, i cambiamenti attivati si concentrano sulla realtà sanitaria e interessano ambiti che toccano limitatamente i servizi di LTC di competenza regionale, quelli socio-sanitari, in particolare i percorsi post-ospedalieri (cure intermedie) e le cronicità (Fattore, Giugiatti e Longo, 2016). La diffusa enfasi su tali interventi come azioni riformatrici nel *Long-Term Care* rappresenta una prova delle difficoltà a riconoscere a quest'ultimo una propria specificità e, dunque, della sua debolezza culturale.
- *Comuni*: il Servizio sociale comunale è, da tempo, relegato in una posizione marginale in materia di non autosufficienza, dalla quale riesce ad intercettare una porzione assai circoscritta delle domande. Il SAD, l'assistenza domiciliare comunale, sperimenta una diffusa difficoltà a disegnare il proprio ruolo in un contesto caratterizzato da profili di elevata gravità dell'anziano e dall'ampia presenza delle assistenti familiari ("badanti") (Tidoli, 2016). Rispetto all'allocazione delle risorse, d'altra parte, la percentuale della (ridotta) spesa sociale complessiva delle municipalità destinata agli anziani non autosufficienti è in calo dalla seconda metà dello scorso decennio (Barbabella *et al.*, 2015).

Quali sono le cause di una simile carenza di progettualità ad ogni livello? Possiamo escludere che si tratti dell'assenza di aree critiche sulle quali sarebbe necessario intervenire: queste, invece, certo non mancano (alcune tra le principali sono riprese più avanti). Una nota interpretazione ne individua le radici in un diffuso fenomeno di rimozione. La non autosufficienza, secondo tale lettura, non diventerebbe tema d'interesse prioritario per la politica perché la maggioranza della popolazione – composta da persone in altre fasce d'età – tenderebbe, appunto, a rimuoverla per una semplice ragione: nessuno di noi desidera ricordare che lui stesso potrebbe diventare, un domani, un anziano non autosufficiente (ad es. Giori, a cura di, 1984). Tale spiegazione, secondo me, è risultata assai pertinente sino ad un recente passato mentre con il successivo mutamento demografico è progressivamente diventata meno calzante. Infatti, se – sino a qualche decennio fa – gli anziani non autosufficienti costituivano una parte del tutto minoritaria della società, oggi non è più così: gli individui in questa condizione sono aumentati enormemente e vivono ben più a lungo che in precedenza. In pratica, quasi tutti gli adulti hanno o hanno avuto un genitore fragile, oppure conoscono da vicino qualcuno che vive tale situazione. La non autosufficienza, dunque, non rappresenta più un fenomeno circoscritto al quale la maggior parte delle persone può non voler pensare, bensì una realtà che occupa una posizione centrale nella società. Poiché è già presente nella quotidianità di gran parte di noi, fingere di non vederla non è più possibile. Ritenendo, dunque, che questa interpretazione non abbia più la pregnanza del passato, si possono cercare altre ipotesi per spiegare il ridotto interesse della politica.

Una risiede nella mancanza di una domanda sufficientemente forte di migliori risposte da parte della popolazione interessata. Il modello italiano di assistenza pubblica si fonda oggi su una bassa offerta di servizi ed un'elevata diffusione dell'indennità di accompagnamento, utilizzata perlopiù come contributo al costo delle assistenti familiari. Si tratta di un assetto che scarica sulla famiglia la responsabilità di organizzare l'assistenza (agendo, nella maggior parte dei casi, come *case manager* di se stessa) e che, sovente, richiede ai suoi componenti anche un significativo impegno diretto nel *care* dell'anziano fragile, così come un rilevante sforzo economico. È superfluo ricordare qui le svariate conseguenze negative che un simile quadro causa alle famiglie: seguendo l'ipotesi menzionata sopra, però, tutto ciò non produrrebbe nei soggetti coinvolti uno scontento tale da indurli a chiedere con vigore risposte pubbliche diverse e più adeguate. Una simile tesi smentireb-

be le previsioni a lungo elaborate da molti osservatori, me compreso, i quali ritenevano che con il susseguirsi di nuove generazioni di familiari curanti sarebbero aumentate le richieste di un migliore intervento pubblico. Si pensava, infatti, che l'intreccio tra crescente occupazione femminile, maggiore grado di istruzione e più elevate aspettative sulla possibilità di disporre del proprio tempo avrebbe spinto le persone coinvolte in questa direzione. Invece, se l'ipotesi qui prospettata fosse vera, ci troveremmo davanti ad un scenario ben diverso, legato probabilmente al complessivo venir meno delle aspettative di miglioramento della propria condizione – quasi una sorta di “rassegnazione” che tocca oggi la nostra intera società – ed al profondo radicamento dell'approccio familista alla cura nel nostro Paese.

Un'altra spiegazione possibile riguarda la debolezza dei soggetti organizzati che dovrebbero veicolare la domanda di migliori interventi pubblici nei confronti della politica. Seguendo tale interpretazione, il problema risiederebbe nell'inadeguata influenza degli attori sociali a tutela degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. È un fenomeno, peraltro, comune all'intera Europa: tutte le ricerche comparative sottolineano la loro ben minore capacità di pressione politica rispetto alle associazioni che rappresentano la disabilità (ad es. Ranci e Pavolini, 2013). I principali attori sociali interessati all'insieme della popolazione anziana non autosufficiente sono i sindacati pensionati. Questi ultimi erano, in passato, concentrati sulla rappresentanza degli anziani in quanto pensionati (quindi beneficiari della previdenza) e non come persone potenzialmente non autosufficienti (dunque utenti di LTC). Sebbene negli anni la loro capacità di tutelare chi versa in questa condizione si sia progressivamente rafforzata, tale cammino non avrebbe – in base a questa lettura – ancora prodotto i frutti sperati.

Non sono in grado di valutare il rilievo di queste due interpretazioni, che non si escludono tra loro, e non esistono dati di ricerca sufficientemente solidi da impiegare a tal fine; peraltro, si possono certamente individuare altre spiegazioni plausibili. Quello che è certo è che, per puntare ad un nuovo sviluppo del settore, il nodo della debole attenzione da parte della politica – e delle sue cause – non può essere eluso.

3. L'accompagnamento di anziani e famiglie nel loro percorso

Di quale intervento le famiglie e gli anziani sentono oggi maggiormente la mancanza in Italia? Le ricerche disponibili e l'esperienza concreta forniscono una risposta concorde: essere accompagnati ad affrontare la non autosuf-

ficienza (e tutto ciò che implica a livello organizzativo, psicologico ed economico) grazie ad informazioni, suggerimenti, indicazioni su dove rivolgersi e quali servizi ricevere, affiancamento nella definizione del mix di risposte, consigli su come affrontare gli impegni di cura, e così via. Chiedono, cioè, un insieme di azioni che – nel linguaggio del welfare – spazia da attività informative ben strutturate, a sostegni nell'accesso, alla presa in carico, sino all'accompagnamento nel corso del tempo da parte di figure di riferimento precise (*case manager*). La richiesta si articola diversamente nelle varie fasi della non autosufficienza – pensiamo, ad esempio, alle differenti esigenze che si presentano al momento dell'esordio o quando, per qualunque ragione, ne mutano le caratteristiche. Tutte, però, sono accomunate dal medesimo bisogno: prima ancora di specifici servizi o contributi economici, famiglie e anziani chiedono di essere affiancati nelle varie tappe del loro percorso (tra le diverse indagini che lo mostrano si vedano, recentemente, Arlotti, 2015 e Spadin e Vaccaro, a cura di, 2016).

L'utilità delle funzioni di informazione, presa in carico e *case management*, nonché la loro efficacia per anziani e *caregiver*, sono note da decenni nella letteratura scientifica internazionale. Nel dibattito italiano, altresì, ne è stata riconosciuta la necessità all'inizio degli anni '90 ⁽⁵⁾, e da allora tali strumenti sono stati oggetto di ricerche e di importanti sperimentazioni (ad es. Bernabei *et al.*, 1998), così come di varie esperienze locali positive. Studi e convegni che ne sottolineano la centralità non si contano. Questa consapevolezza è oggi ampiamente diffusa tra gli operatori ed accompagnare anziano e famiglia nel proprio percorso figura da tempo tra le priorità dei decisori: non esiste documento programmatico o normativa che non lo indichi come elemento fondamentale ed irrinunciabile della relazione d'aiuto, soffermandosi in particolare sul concetto di "presa in carico", al quale è dedicato ampio spazio in tutti gli atti.

In sintesi, le famiglie le richiedono, gli studi e varie esperienze mostrano che sono decisive e le politiche pubbliche le inseriscono sempre come obiettivo prioritario. Eppure, i risultati di ricerca disponibili mostrano che – in molte parti del Paese – le attività di informazione, accompagnamento, presa in carico non sono presenti in maniera tale da rispondere adeguatamente alle esigenze delle famiglie ⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ Ad esempio nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" pubblicato dal Ministero della salute nel 1992.

⁽⁶⁾ Dati, informazioni e riflessioni sul tema si possono trovare in numerosi contributi contenuti nelle diverse edizioni del Rapporto.

Tale situazione determina, non di rado, un sentimento di frustrazione tra gli operatori, soprattutto quelli con maggiore esperienza. Essi, infatti, ben sanno che in materia di affiancamento di anziani e famiglie non si tratta di “inventare” nuove soluzioni poiché gli interventi da realizzare sono noti. Il problema, invece, è che spesso – per un motivo o per l'altro – non si riesce a tradurli in pratica.

In che modo porsi davanti a questi dati di fatto? Il punto in discussione costituisce un esempio paradigmatico dell'approccio indispensabile per superare con successo l'età dell'incertezza: ridefinire i termini del dibattito a partire da uno sguardo sulla realtà. Non ci si può più limitare, infatti, a considerare come un obiettivo dichiarato l'affiancamento di anziani e famiglie nel loro cammino, dopo averne debitamente sottolineato l'importanza e individuato gli strumenti da utilizzare allo scopo. Ora occorre fare il passo successivo, focalizzandosi sul fatto che questo obiettivo (immancabilmente richiamato, ma che gli addetti ai lavori sanno assai difficile da raggiungere) perlopiù non viene realizzato, interrogandosi sugli ostacoli e studiando le opportune strategie per rimuoverli. Si tratta, in altre parole, di comprendere quali sono le condizioni per arrivarvi e di concentrarsi su come tradurle in pratica. Continuare esclusivamente a citarlo sulla carta senza individuare i concreti presupposti per conseguirlo, invece, non potrebbe che accrescere frustrazione e disincanto.

Su questo – così come su altri aspetti del *Long-Term Care* – la vera innovazione non è, per dirla con gli economisti, “di prodotto”, (individuare un nuovo servizio), bensì “di processo”, (trovare modalità operative nuove per far funzionare nella pratica soluzioni ben note, ma di difficile realizzabilità). È un tipo d'innovazione particolarmente impegnativa, perché non ha il fascino che l'attivazione di ogni nuova risposta porta con sé, ed obbliga chi lavora nella rete del welfare locale ad interrogarsi sulle proprie difficoltà.

Le ragioni delle difficoltà ad accompagnare anziani e famiglie possono essere varie, legate alle specificità dei contesti, e sono da investigare a diversi piani: gli strumenti utilizzati, l'organizzazione dei servizi, le disponibilità di personale, le politiche, le strategie di finanziamento ed altro ancora. Non ho ipotesi precise da formulare in merito a tali motivazioni, di nuovo temo di porre una domanda senza offrire risposte. D'altra parte, sono persuaso che spostare il dibattito sul percorso dalla definizione dell'obiettivo agli ostacoli da superare nel perseguirlo costituisca l'unica strada per provare, effettivamente, a raggiungerlo.

4. L'articolazione della rete di offerta

Nel recente passato, il progressivo ampliamento della rete locale dei servizi a titolarità pubblica è stato accompagnato – in gran parte del Paese – dalla sua concentrazione su due poli. Da una parte, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), con risposte di natura perlopiù infermieristico-sanitaria, che generalmente eroga pochi interventi per caso, attraverso un approccio principalmente prestazionale e per periodi di tempo circoscritti. Dall'altra, le strutture residenziali, focalizzate su anziani in condizioni ben più critiche rispetto al passato e che richiedono, dunque, un'assistenza sempre più impegnativa. L'altro attore in campo, cioè il servizio sociale comunale, sperimenta da tempo una riduzione del proprio intervento domiciliare (SAD), la cui estensione risulta oggi assai ridotta (cfr. par. 2).

Il welfare territoriale, in sintesi, è venuto sempre più articolandosi principalmente tra un'ADI prevalentemente prestazionale ed una residenzialità destinata a chi si trova in condizioni particolarmente gravi (Barbabella *et al.*, 2015). La complessiva rete dei servizi, così configurata, risulta evidentemente incompleta. L'insieme delle risposte presenti nei territori, infatti, lascia un ampio spazio vuoto tra queste due unità di offerta: mancano ulteriori tipologie d'interventi capaci di riempirlo e di soddisfare così le tante esigenze degli anziani che non trovano corrispondenza nei servizi esistenti. La necessità di articolare maggiormente le modalità di risposte disponibili è sempre più riconosciuta e in molte realtà locali sono in corso riflessioni, sperimentazioni ed innovazioni in tale direzione, mentre in altre alcuni interventi sono già a regime. Diverse sono le soluzioni che si possono mettere in campo, sulle quali non mi posso qui soffermare. Il nocciolo della questione è che confrontarsi con l'esigenza di diversificare ed ampliare l'insieme degli interventi esistenti costituisce una sfida fondamentale da affrontare per superare l'età dell'incertezza, tema con il quale bisognerà fare i conti costantemente negli anni a venire.

Se consideriamo la realtà del welfare locale, questo è – insieme alla costruzione di effettive capacità di affiancamento e presa in carico – l'altro grande impegno strategico che tocca, seppur in misura variabile, i diversi contesti italiani. Le due sfide guardano in direzioni opposte – l'una richiede di differenziare le risposte, l'altra di ricondurle ad unitarietà nel percorso di chi è coinvolto – ma perseguono il medesimo obiettivo: una migliore capacità di governare la rete dei servizi.

Tra le varie piste di lavoro possibili, particolarmente promettente pare lo sviluppo della cosiddetta residenzialità leggera, cioè un insieme di soluzioni

abitative “intermedie” destinate ad anziani che richiedono qualche forma di sostegno ma non si trovano in condizioni di grave compromissione socio-sanitaria e necessità di assistenza continua, motivi che abitualmente determinano il ricovero nelle strutture residenziali “tradizionali”. Si tratta di individui, in altre parole, che – per vari motivi – non possono più vivere nella propria abitazione ma che non rientrano nel target della residenzialità standard. La residenzialità leggera comprende numerose offerte, le cui diverse denominazioni (ad esempio alloggi protetti, comunità alloggio, residenza assistenza) riflettono una grande varietà d'interventi rivolti a persone in condizioni eterogenee. È un laboratorio aperto, nel quale si confrontano una varietà di ipotesi e soluzioni (Giunco, a cura di, 2014).

Peraltro, la residenzialità leggera qui discussa mira a colmare il “vuoto” esistente tra l'assistenza a casa e quella in strutture residenziali. È un ambito diverso da quello delle cosiddette cure intermedie, cioè interventi di post-acuzie e di riabilitazione, che occupano lo spazio tra ospedale e domicilio o servizi di comunità, alle quali oggi le riforme sanitarie in atto dedicano particolare attenzione (cfr. par. 2). In questo caso si tratta di un'estensione di minore intensità delle cure ospedaliere, il cui tempo di utilizzo è breve e che, contrariamente alla residenzialità leggera, si rifà a modelli d'intervento di stampo prevalentemente sanitario.

5. L'indennità di accompagnamento

Spostandosi dagli interventi locali a quelli di titolarità statale, lo sguardo si rivolge all'indennità di accompagnamento. Le analisi in merito concordano, da tempo, nell'evidenziarne alcune criticità strutturali. Primo, l'importo uguale per tutti gli utenti ⁽⁷⁾ impedisce di rispondere in modo appropriato alle diverse situazioni, in particolare a quelle caratterizzate da elevati bisogni assistenziali e ridotte disponibilità economiche; tale limite è acuito dall'esistenza di un legame sempre più stretto tra non autosufficienza e rischio di povertà (cfr. par. 6). Secondo, l'inadeguatezza delle modalità di accertamento dei requisiti per ricevere l'indennità, e dei relativi controlli, crea le condizioni per un'estrema variabilità regionale nelle percentuali di utenti anziani, con

(7) L'importo mensile è pari a 515 euro al mese (anno 2017). L'unica categoria di beneficiari a ricevere una cifra superiore sono i ciechi civili assoluti, la cui specificità non è qui discussa.

valori che nel meridione sono così elevati da non risultare giustificabili né con la maggiore presenza di disabilità ⁽⁸⁾ né con la minore offerta di servizi in quelle aree rispetto al resto del Paese (Gori, 2010a). Terzo, l'assenza di qualsivoglia vincolo o forma di monitoraggio sull'effettivo utilizzo determina l'impossibilità di verificare gli scopi per i quali il contributo economico viene impiegato così come la qualità del *care* fornito grazie ad esso, impedendo anche la tutela dei *caregiver* coinvolti, siano essi familiari o professionali ("badanti"). Infine, la sua erogazione non è legata alla possibilità di ricevere quei servizi di informazione, orientamento, presa in carico, dei quali – come si è già evidenziato (cfr. par. 3) – le famiglie soffrono la carenza (ad es. Da Roit, 2008; Facchini, 2009).

Da tempo, tuttavia, si vive una schizofrenia tra la riflessione di natura tecnica ed il confronto politico.

Infatti, mentre la prima si concentra sugli aspetti sopra elencati, il secondo s'interessa all'indennità prevalentemente per raffigurarla come fonte d'inefficiente utilizzo di risorse pubbliche, sprechi e fenomeni corruttivi. Ciò accade ciclicamente: è successo durante il Governo Berlusconi 2008-2011, con un forte eco mediatico e modalità particolarmente sgradevoli, ma vi sono stati altri casi nel tempo ⁽⁹⁾. La presenza di problemi di rilievo è indubbia, si è già detto, ma sinora questi periodici attacchi non ne hanno promosso la risoluzione. La loro conseguenza principale è consistita, invece, nel radicare tra gli *stakeholder* interessati, i più agguerriti dei quali sono le associazioni delle persone con disabilità, la convinzione che, per chi ne ha effettivamente bisogno, l'esito di qualunque tentativo di riformare l'indennità non possa che sfociare nella minor possibilità di riceverla. Si è così creato – e, temo, sedimentato – un clima nel quale l'ipotesi che si possa rivedere questo beneficio al fine di migliorare le risposte alla popolazione coinvolta trova poco credito.

Abbiamo, dunque, l'intervento di LTC con il maggior numero di utenti ⁽¹⁰⁾ che necessiterebbe di profonde revisioni migliorative mentre la

⁽⁸⁾ Come noto, i tassi di disabilità risultano abitualmente più elevati nei contesti con minore sviluppo economico e livello d'istruzione, come appunto il sud rispetto al resto del paese.

⁽⁹⁾ Ad esempio, le analisi sulla spesa per l'indennità di accompagnamento compiute dal Commissario alla *Spending Review* Cottarelli durante il Governo Letta (2013-14). Complessivamente, seppure attacchi all'indennità di accompagnamento siano nel tempo provenuti da tutti gli schieramenti politici, i più decisi sono giunti dalle forze di centro-destra.

⁽¹⁰⁾ Inoltre, l'indennità assorbe la metà della complessiva spesa pubblica per la non autosufficienza (RGS, 2016).

maggioranza dei soggetti interessati è avversa ad ogni cambiamento, ritenendo che qualunque percorso riformatore non potrebbe che concludersi con un esito peggiorativo. Uscire da questa consolidata situazione di stallo costituisce un obiettivo fondamentale per superare l'età dell'incertezza.

A tal fine, bisognerebbe dare centralità ai contenuti. Mi pare, infatti, che le principali auspicabili linee di trasformazione siano condivise da tutti coloro i quali desiderano lo sviluppo del settore:

- *criteri di accesso*: conferma della possibilità di ricevere la misura in base al solo bisogno assistenziale (vedi sotto), da valutare attraverso modalità di accertamento della non autosufficienza riviste;
- *importo*: dall'attuale somma fissa alla differenziazione secondo le necessità assistenziali e le condizioni economiche dei richiedenti;
- *modalità di utilizzo*: forme di verifica dell'effettivo impiego dell'importo e promozione del suo utilizzo per ricorrere a soggetti accreditati, siano essi organizzazioni o individui ("badanti");
- *informazione*: fruizione dell'indennità collegata alla possibilità di ricevere servizi di informazione e *case management*, in connessione con servizi locali ⁽¹¹⁾.

Evidentemente ognuno di questi aspetti porta con sé una varietà di complicazioni tecniche sulle quali lavorare, ma un insieme di contenuti condivisi dai quali partire esiste.

Infine, meritano qualche parola ulteriore i criteri di accesso. È affiorata a più riprese l'ipotesi che, per ricevere l'indennità, si debba affiancare al bisogno assistenziale la prova dei mezzi, che richiede di avere risorse economiche inferiori ad una determinata soglia. Bisogna, tuttavia, notare come nella maggior parte dei paesi europei le misure equivalenti all'accompagnamento vengano fornite esclusivamente sulla base del bisogno assistenziale. Non è un caso. Il presupposto comune, infatti, risiede nel considerare l'assistenza agli anziani non autosufficienti un diritto di cittadinanza, che in quanto tale è indipendente dalle disponibilità economiche delle persone, alla stessa stregua della sanità. Così come quest'ultima, il *Long-Term Care* pubblico è ritenuto un diritto di tutta la popolazione e non solo di coloro che non possono permettersi soluzioni private. Spesso, a differenza del nostro Paese, è l'importo a essere graduato, secondo il bisogno e le possibilità

⁽¹¹⁾ Si tratterebbe di procedere con l'indennità nella stessa direzione suggerita per i servizi locali al paragrafo 3.

economiche, così da adattarsi alle diverse condizioni degli utenti ⁽¹²⁾. Ovvero: tutti i cittadini allo stesso modo hanno titolo a ricevere l'indennità; l'ammontare, invece, varia in base alla necessità di assistenza e alla condizione economica degli utenti. Muoversi in questa direzione è ciò che, per l'appunto, viene suggerito sopra.

6. Il legame tra non autosufficienza e impoverimento

Nei precedenti paragrafi sono stati esaminati alcuni nodi da sciogliere riguardanti gli interventi locali (affiancamento di anziani e famiglie nel loro percorso, articolazione della rete di offerta) e quello statale (indennità di accompagnamento). Voglio ora soffermarmi, invece, non su una specifica risposta bensì su un aspetto che riguarda l'intero sistema di LTC nell'età dell'incertezza: il legame tra non autosufficienza e rischio d'impoverimento.

Gli anziani di oggi, considerati nel loro insieme, costituiscono la fascia di popolazione italiana più protetta rispetto alla povertà e che ha sofferto in misura meno acuta della recente crisi economica, grazie al combinato disposto della possibilità – avuta durante la propria vita – di accumulare risorse economiche e dei trattamenti previdenziali rivolti loro (Baldini, 2015). Il rischio di povertà, dunque, non colpisce indistintamente la popolazione anziana ma, al suo interno, si rivolge in modo particolare ai non autosufficienti ed alle rispettive famiglie: in questo gruppo tale rischio è aumentato in misura significativa rispetto a prima della crisi (Luppi, 2015).

L'assetto attuale delle politiche pubbliche di welfare non sembra in grado di arginare il pericolo. E anzi il nesso tra famiglie con ridotte disponibilità economiche, significativo incremento di spese dovuto alla non autosufficienza di un componente anziano e peggioramento delle proprie condizioni, non di rado con fenomeni di vero e proprio impoverimento, è presente nell'Italia di oggi in tutta la sua dirompente semplicità. Luppi, ad esempio, dimostra che i nuclei con anziani con un'incidenza delle spese di cura sul reddito familiare superiore al 20% presentano una percentuale più che doppia, rispetto alla

⁽¹²⁾ Dal punto di vista concettuale, si può proseguire nell'analogia con la sanità: universalismo nell'accesso e poi risposte graduate in base ai bisogni e contributi alla spesa da parte di chi li può sostenere (ticket).

popolazione di riferimento, di rischio di cadere in povertà ⁽¹³⁾ (Luppi, 2015). Non pare necessario sottolineare come questi fenomeni riguardino l'intero nucleo familiare, con molteplici ripercussioni sui suoi diversi componenti.

I versanti delle politiche di *Long-Term Care* sui quali agire per fronteggiare il problema sono diversi: a) la già menzionata graduazione dell'importo dell'indennità di accompagnamento in base ai bisogni assistenziali ed alle condizioni economiche degli utenti, b) forme di modulazione dell'importo della retta in strutture residenziali secondo le disponibilità di chi la paga (Pesaes, 2016), c) e, più in generale, nuove modalità di suddivisione della spesa tra finanziamento pubblico e privato, si veda oltre. Lo spazio per innovare è ampio, certo è che il legame tra non autosufficienza ed impoverimento dovrà essere al centro dell'attenzione d'ora in avanti.

7. Il finanziamento

Il nodo delle risorse economiche dedicate all'intervento pubblico nel *Long-Term Care* attraversa tutte le tematiche affrontate sin qui. L'intero sistema è, senza dubbio, finanziato in misura insufficiente ⁽¹⁴⁾, ma tale valutazione dev'essere fatta considerando separatamente le componenti dei contributi monetari ⁽¹⁵⁾ e dei servizi alla persona forniti dal welfare locale. Le analisi disponibili, infatti, concordano nell'indicare quale principale criticità italiana lo scarso investimento dedicato a questi ultimi; non a caso, siamo ai posti più bassi delle graduatorie europee in merito (ad es. Greve, a cura di, 2017). In altre parole, il maggiore problema della spesa pubblica consiste nel sotto-finanziamento dei servizi. Peraltro l'ulteriore invecchiamento della popolazione atteso nel prossimo futuro – soprattutto l'aumento particolarmente rapido dei grandi anziani (80+), che costituiscono i principali utenti di LTC – incrementerà il fabbisogno di risorse ⁽¹⁶⁾.

⁽¹³⁾ L'elaborazione di Luppi, alla quale si fa qui riferimento, utilizza la definizione Eurostat di povertà relativa: sono in tale condizione le famiglie con un reddito equivalente inferiore al 60% di quello mediano nazionale.

⁽¹⁴⁾ Anche questo aspetto è ampiamente trattato nelle diverse edizioni del Rapporto.

⁽¹⁵⁾ I contributi monetari corrispondono in grandissima parte all'indennità di accompagnamento, di titolarità dello Stato, con l'aggiunta di una componente residuale dedicata agli assegni di cura di Comuni e Regioni (RGS, 2016).

⁽¹⁶⁾ Le stime sull'incremento del fabbisogno finanziario nei prossimi anni sono varie

Come rispondere alla necessità di maggiori finanziamenti? Da più parti – in Italia e non solo – la strada per uscire dalla stretta tra vincoli di bilancio e pressioni demografiche viene individuata nello sviluppo di fondi privati. Questi ultimi si articolano in varie tipologie, che spaziano da forme di assicurazione collettiva (le principali, delle quali beneficiano gli appartenenti alle categorie professionali che le inseriscono nel proprio contratto collettivo ⁽¹⁷⁾), ad assicurazioni di natura individuale.

Il dibattito scientifico internazionale, tuttavia, ha mostrato – in maniera univoca – che non si può trovare qui la principale risposta alla crescente domanda di assistenza (ad es. Ocse 2011, Health Economics, 2015). Come ha concluso un noto studio Ocse: “I fondi assicurativi privati hanno alcune potenzialità, ma paiono destinati a rimanere prodotti di nicchia” (Ocse, 2011, pag. 258). Non ci si può aspettare, infatti, che raggiungano la parte maggioritaria della popolazione, anche mettendo in campo tutti i possibili incentivi (a partire dalle agevolazioni fiscali): non a caso, in nessun paese occidentale – compresi quelli dove ci investe da più tempo – ciò avviene (Gori, Fernandez e Wittenberg, a cura di, 2016). I fondi tendono, peraltro, a coprire perlopiù alcuni tra i segmenti della società che già versano nelle migliori condizioni socio-economiche ⁽¹⁸⁾.

Se si vogliono fornire interventi consoni, dunque, la principale risposta ai crescenti bisogni di LTC non può che provenire da un adeguato finanziamento pubblico. Per quanto questo costituisca un obiettivo evidentemente complicato, bisogna accettare il fatto che non esistono alternative. D'altra parte, poiché l'impegno pubblico potrà comunque coprire una quota circoscritta dei bisogni, è necessario costruire un mix di finanziamenti ben congegnato con le risorse private. Le menzionate forme assicurative private possono svolgere un efficace ruolo integrativo e, anzi, l'esperienza – è il caso di Francia e Germania – mostra che si sviluppano più ampiamente quando si integrano e si coordinano con l'intervento pubblico debitamente potenziato.

La possibilità di reperire maggiori risorse pubbliche, da destinare soprattutto ai servizi alla persona, dipenderà dalla capacità di sciogliere il nodo

e accompagnate da un significativo grado d'incertezza. Non è possibile, dunque, fissare riferimenti precisi (RGS, 2016, Lipszyc, Sail e Xavier, 2012).

⁽¹⁷⁾ Nella contrattazione nazionale o in quella decentrata.

⁽¹⁸⁾ Le assicurazioni private collettive, le più diffuse, in Italia sono maggiormente presenti nel Centro-nord, nelle grandi imprese, nel terziario avanzato e tra i lavoratori dipendenti (Pavolini, Ascoli e Mirabile, 2013).

del rapporto con la politica (cfr. par. 2). Si scrive risorse economiche, infatti, ma si legge scelte politiche: il punto consiste nel riuscire a trovare un spazio per il *Long-Term Care* tra le priorità del Paese. Notevoli incrementi per il settore si potrebbero, peraltro, ottenere con importi di spesa che risultano di portata contenuta rispetto al volume complessivo del bilancio pubblico ⁽¹⁹⁾. D'altra parte, attraversiamo una fase storica segnata dal complicato intreccio tra i crescenti vincoli ai quali quest'ultimo è sottoposto e le richieste di maggiori finanziamenti provenienti da molteplici settori. I margini di azione sono, dunque, ristretti ma se non si trova modo di sfruttarli al meglio, l'abbandono dell'età dell'incertezza rimarrà una chimera.

Una strategia efficace per il finanziamento – è qui da rimarcare – non può certo fermarsi alla legittima rivendicazione di un ruolo primario dell'attore pubblico. Si tratta, infatti, di un approccio parziale e perdente. Bisogna, invece, come detto, lavorare nella ricerca di adeguate combinazioni con le risorse private, agendo su diversi fronti. Uno riguarda una modulazione degli interventi pubblici capace di tenere meglio in considerazione condizioni e possibilità degli utenti; è il punto toccato sopra con riferimento ad indennità di accompagnamento e rette delle strutture. Un altro fronte concerne la valorizzazione delle disponibilità economiche degli anziani, sovente dotati di reddito contenuti ma di significativi patrimoni (soprattutto casa ed altri beni immobili ⁽²⁰⁾). Infine, si tratta di incentivare forme di accumulazione di risorse che contribuiscano ad affrontare il rischio di futura non autosufficienza, a partire dai fondi privati discussi sopra.

La sfida consiste nell'approfondire questi diversi temi e nel collocarli in una visione complessiva che cerchi di rispondere alla domanda: “qual è una modalità opportuna di suddivisione dei costi economici di LTC tra la collettività (finanziamento pubblico), gli anziani e le famiglie, nella società di oggi e di domani?”. Richiedono questo sforzo sia argomenti di sostenibilità,

⁽¹⁹⁾ Aggiornando le stime di uno studio di qualche anno fa, per rispondere adeguatamente all'attuale popolazione anziana non autosufficiente la spesa dedicata dovrebbe salire dall'1,27% di oggi a circa l'1,7% del Pil (Gori, a cura di, 2010b). Come termini di paragone, la spesa pubblica per la complessiva protezione sociale è il 30,3% del Pil, quella al netto degli interessi sul debito il 46,1% e la spesa pubblica totale il 50,3% (dati 2015).

⁽²⁰⁾ Questo tema è, da anni, oggetto di uno stimolante dibattito, tra teoria e pratica. Numerosi gli spunti, in particolare la crescente attenzione ricevuta dalle forme di prestito vitalizio ipotecario (*reverse mortgage*) rispetto a quelle di vendita della nuda proprietà dell'abitazione.

laddove come anticipato il pubblico può e potrà rispondere solo ad un parte dei bisogni, sia di equità, al fine di fronteggiare il menzionato legame tra non autosufficienza ed impoverimento e di far sì che chi ha di più possa contribuire maggiormente ⁽²¹⁾.

8. Conclusioni

Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia vivono una fase inedita, segnata da una profonda incertezza circa le loro prospettive future. Per tendere verso un periodo di rinnovato sviluppo, a mio parere, si devono ridefinire i termini del dibattito, a partire da uno sguardo sull'attuale realtà degli interventi, le difficoltà esistenti e le possibili strade per superarle.

Seguendo tale prospettiva, l'articolo ha messo a fuoco diverse tra le principali criticità da affrontare, proponendo per ognuna diversi spunti. Sono stati così toccati alcuni, ineludibili, temi di fondo:

- la scarsa attenzione dedicata dalla politica agli anziani non autosufficienti;
- l'accompagnamento di anziani e famiglie nel loro percorso come obiettivo ampiamente, e da tempo, dichiarato, ma sovente non raggiunto;
- la necessità di articolare maggiormente la rete delle risposte a livello locale;
- il legame sempre più stretto tra non autosufficienza ed impoverimento;
- la radicata immobilità sulla riforma dell'indennità di accompagnamento;
- l'esigenza di trovare nuovi mix tra il finanziamento pubblico, primario, e quello privato complementare.

Si tratta di questioni evidentemente ampie e complesse che, pertanto, nelle pagine precedenti è stato possibile solo sfiorare. Credo che su ognuna sarebbe utile una ripresa del confronto, che coinvolga chi opera, chi decide e chi fa ricerca. Se vogliamo puntare a un futuro positivo per il *Long-Term Care* in Italia, il lavoro non manca.

⁽²¹⁾ La ricerca di opportuni mix di finanziamento pubblico-privato è un tema che da anni riceve sempre maggiore interesse a livello internazionale e, dunque, rispetto al quale si può particolarmente beneficiare dal confronto con gli altri paesi (ad es. Rodrigues, 2015 e Swartz, 2013).

Bibliografia

- ARLOTTI M. (2015), *Bisogni e cura familiare: un'indagine esplorativa*, in ARLOTTI M., CATENA L., GENOVA A. (a cura di), *La dimensione territoriale dell'integrazione*, Roma, Carocci, pp. 101-116.
- BALDINI M. (2015), *Taxation Policies and the Welfare State*, in ASCOLI, U., PAVOLINI, E. (a cura di), *The Italian Welfare State in a Comparative Perspective*, Bristol, Policy Press, pp. 146-178.
- BANCHERO A., BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (2013), *Reagire alla crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto – Tra crisi e ripartenza*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 165-183.
- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M. (2015), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto – Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 15-34.
- BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G. (1998), *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in a community*, in *British Medical Journal*, 316, pp. 1348-51.
- DA ROIT B. (2008), *Gli anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Risultati di un'indagine esplorativa*, in RANCI C. (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci, pp. 87-108.
- FACCHINI C. (2009), *Gli assegni di accompagnamento nel contesto delle politiche sociali per gli anziani non autosufficienti*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, pp. 65-78.
- FATTORE G., GIUGIATTI A., LONGO F. (2016), *Il riordino dei servizi sanitari regionali*, in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2016. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, Milano, Egea, pp. 179-204.
- GIUMELLI G. (1994), *Anziani e assistenza. Dalla carità verso la sicurezza sociale*, Milano, Franco Angeli.
- GIORI D. (a cura di) (1984), *Vecchiaia e società*, Bologna, Il Mulino.
- GIUNCO F. (a cura di) (2014), *Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani*, Milano, Fondazione Cariplo, *Quaderni dell'Osservatorio*, 17.
- GORI C. (2010a), *La corsa dell'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro?*, in *I Luoghi della cura*, 3, pp. 5-10.
- GORI C. (a cura di) (2010b), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti*, Progetto promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
- GORI C., LAMURA G. (2009), *Lo scenario complessivo*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 17-34.
- GORI C., RUSMINI G. (2015), *La rete dei servizi sotto pressione*, in NNA (a cura di), *L'assi-*

- stenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto – Un futuro da ricostruire, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 57-85.
- GORI C., FERNANDEZ J.L., WITTENBERG R. (a cura di) (2016), *Long-Term Care Reforms in OECD Countries*, Bristol, Policy Press.
- GREVE B. (a cura di) (2017), *Long-term care for the elderly in Europe*, Londra, Routledge.
- HEALTH ECONOMICS (2015), *Economics of Long-Term Care*, Supplemento, 24, 1.
- LIPSZYC B., SAIL E., XAVIER A. (2012), *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, Brussels, European Commission, Economic Papers 469.
- LUPPI M. (2015), *Non autosufficienza e impoverimento*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto – Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 87-103.
- OCSE (2011), *Help wanted? Providing and paying for Long-Term Care*, Parigi, Ocse.
- PAVOLINI E., ASCOLI U., MIRABILE M.L. (2013), *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- PESARESI F. (2016), *Quanto costa l'RSA?*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (RGS) (2016), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Rapporto n. 17*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.
- RANCI C., PAVOLINI E. (2013), *Institutional Change in Long-Term Care: Actors, Mechanisms and Impacts*, in RANCI C., PAVOLINI E. (a cura di), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York, Springer, pp. 269-314.
- RODRIGUES R. (2015), *Long-Term Care: the Problem of Sustainable Financing*, Luxembourg, European Commission.
- SWARTZ K. (2013), *Searching for a balance of responsibilities: Oecd countries changes elderly assistance policies*, in *Annual Review of Public Health*, pp. 34, pp. 397-412.
- SPADIN P., VACCARO C. (a cura di) (2016), *Cittadini come gli altri? Le condizioni dei malati di Alzheimer e dei loro caregiver*, Milano, Franco Angeli.
- TIDOLI R. (2016), *Il SAD anziani: un servizio da ripensare?*, in www.lombardiasociale.it, 17 marzo.

PARTE PRIMA
Il quadro d'insieme

2. La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati

Francesco Barbabella, Arianna Poli, Carlos Chiatti, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi

1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è una delle principali trasformazioni sociali del nostro tempo. Gli anziani rappresentano una parte crescente della popolazione italiana. Secondo le più recenti previsioni ISTAT (2017a), la percentuale di individui di 65 anni e più, che già oggi si attesta al 22%, crescerà di oltre 10 punti percentuali entro il 2050, arrivando a costituire il 34% della nostra popolazione. Similmente, continuerà a crescere il c.d. indice di vecchiaia, cioè il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 anni e più) e la popolazione più giovane (0-14 anni). La crescita dell'indice è continua e si prevede che esso passerà dall'attuale valore di 161 al 283 per cento nel 2050, indicando quindi che ci saranno quasi tre anziani ultrassessantacinquenni per ogni giovane fino ai 14 anni. Le conseguenze di questo progressivo invecchiamento della popolazione stanno conferendo una nuova struttura alla popolazione italiana e ai suoi bisogni, con effetti che interessano gran parte dei settori della società e con nuovi equilibri da trovare tra i diversi gruppi anagrafici.

Tra le conseguenze più rilevanti dell'invecchiamento si riscontra la crescita dei bisogni sanitari e socio-assistenziali degli individui in condizioni di fragilità, con circa 2,5 milioni di anziani non autosufficienti presenti in Italia (ISTAT, 2014). I sostegni disponibili provengono in gran misura da tre componenti: i servizi pubblici di assistenza continuativa per *Long-Term Care* (LTC), il contributo diretto delle famiglie (*caregiver* familiari) e il lavoro delle assistenti familiari (c.d. badanti). Nel 2015 la spesa pubblica per l'assistenza continuativa a persone di più di 65 anni era di 20,9 miliardi di euro (Ragioneria Generale dello Stato, 2016), oltre la metà allocata per trasferimenti monetari e non per servizi ⁽¹⁾. Allo sforzo pubblico per i servizi di

⁽¹⁾ Per approfondimenti sulla spesa si rimanda al paragrafo 6 di questo capitolo.

LTC, si accompagna quello sempre prioritario delle famiglie. Seppure non esistano dati ufficiali, secondo un'indagine multiscopo dell'ISTAT (2011), sarebbero 3.329.000 i *caregiver* familiari che assistono adulti (anziani, malati e disabili) e compensano i servizi formali, insieme a circa 830.000 assistenti familiari assunti direttamente da anziani e famiglie (Pasquinelli, 2013). In un tale contesto, emergono sicuramente importanti questioni sociali, quali l'appropriatezza e l'equità nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi pubblici di LTC nel nostro Paese, e il peso sociale ed economico del supporto (assistenziale e finanziario) delle famiglie agli anziani non autosufficienti.

L'obiettivo di questo capitolo è analizzare la componente pubblica dei servizi di LTC in Italia, la sua evoluzione nel tempo e le sue differenziazioni regionali ⁽²⁾. Lo scopo generale è dunque quello di fornire un quadro riassuntivo aggiornato dei servizi di LTC sulla base delle fonti istituzionali disponibili. La presentazione dei dati si basa su due dimensioni principali: quella regionale e quella longitudinale. Si tratta di due prospettive cruciali per comprendere, da un lato, le differenze territoriali rispetto ai servizi pubblici disponibili e, dall'altro lato, l'evoluzione complessiva dei servizi nel breve e medio periodo.

Riguardo alla disponibilità dei dati, negli ultimi anni tutti gli attori istituzionali attivi in questo settore (Ministero della salute ⁽³⁾ e ISTAT ⁽⁴⁾ su tutti) hanno migliorato l'accesso ai dati relativi alla LTC, seppure in maniera ancora frammentata. Ancora oggi sono diverse le fonti da utilizzare per ricomporre il quadro informativo, come ad esempio le indagini sui servizi dei distretti sanitari, gli interventi sociali o i trattamenti pensionistici. Il Ministero della salute, nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), sta completando

⁽²⁾ In questa sede, in linea con le precedenti edizioni della Bussola (Chiatti *et al.*, 2010, 2011; Barbabella *et al.*, 2013a, 2015), si fa riferimento esclusivamente a quegli interventi a titolarità pubblica rivolti ad anziani non autosufficienti, anche a gestione privata ma finanziati, anche parzialmente, dall'ente pubblico (cfr. Gori e Lamura, 2009).

⁽³⁾ A questo riguardo, il Ministero della salute rende ora solitamente disponibili non solo i rapporti statistici delle sue indagini (annuali, periodiche o *ad hoc*), ma anche tavole di dati da scaricare (si veda l'area Pubblicazioni Statistiche del sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_2.jsp?lingua=italiano).

⁽⁴⁾ Alcuni *datawarehouse* utili ad analizzare il settore della non autosufficienza sono: <http://dati.istat.it/> (database generale); <http://seriestoriche.istat.it/> (database delle serie storiche, tra cui Sanità e Salute, Assistenza e Previdenza Sociale); <http://demo.istat.it/> (censimenti e previsioni demografiche); <http://dati.coesione-sociale.it/> (database sul tema Coesione Sociale); www.istat.it/it/archivio/14562 (database su Sanità e Salute da scaricare); <http://dati.disabilitaincifre.it/> (database sul tema Disabilità).

la messa a regime di flussi informativi come il Sistema Informativo dell'Assistenza domiciliare (SIAD) e il FAR (Assistenza Residenziale e Semiresidenziale). Si tratta di un percorso avviato ormai da diverso tempo (i decreti attuativi di avvio dei suddetti flussi risalgono al 2008-2009), vincolato alle diverse tempistiche di adeguamento da parte delle singole Regioni; l'obiettivo è quello di disporre di informazioni più affinate rispetto alle metodologie precedentemente in uso: ad esempio si raccolgono dati per assistito e non per struttura, anche in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale ⁽⁵⁾.

Anche in questa occasione, il capitolo della Bussola ha il ruolo di integrare i dati disponibili per fornire una visione chiara e concisa della situazione della LTC in Italia. In linea generale, le fonti utilizzate sono le stesse della precedente edizione, sintetizzate nel Box 2.1 e relative a tre categorie di servizi:

1. servizi di assistenza domiciliare: questi includono sia l'ADI, di natura sanitaria, sia il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), di natura socio-assistenziale;
2. servizi di assistenza residenziale: questi includono i ricoveri degli anziani non autosufficienti presso presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali ⁽⁶⁾;
3. trasferimenti monetari di natura assistenziale: si include l'indennità di accompagnamento per invalidità civile.

Tali categorie non esauriscono in toto l'offerta di servizi per la LTC in Italia. Esistono diversi servizi per gli anziani, gestiti dai distretti sanitari delle aziende sanitarie locali (ASL) o dai Comuni, quali ad esempio le strutture intermedie (centri diurni) per l'assistenza semi-residenziale, i voucher e gli assegni di cura. Tuttavia, pur riconoscendo l'importanza di tali servizi in alcune località, la loro pianificazione e implementazione è molto frammentata sul territorio nazionale e l'utenza raggiunta risulta piuttosto marginale nel quadro complessivo (meno dello 0,5% degli anziani beneficia di voucher o assegni di cura e meno dello 0,2% è utente di centri diurni che offrono prestazioni sanitarie) (ISTAT, 2015a; Ministero della salute, 2016).

⁽⁵⁾ Al momento non sono disponibili pubblicazioni dirette dei risultati dei suddetti Flussi. Tuttavia, trattandosi di informazioni utilizzate per alimentare gli indicatori delle Verifiche della Griglia LEA, è possibile accedere ad alcuni dei risultati tramite le pubblicazioni riferite a questi processi (Ministero della salute, 2016b e 2016c).

⁽⁶⁾ In questa edizione è stato deciso di escludere i servizi ospedalieri di post-acuzie e riabilitazione, compresi nelle precedenti edizioni, al fine di concentrare l'attenzione sul fenomeno dell'assistenza in regime domiciliare e quello propriamente residenziale.

Box 2.1 - Gli interventi di assistenza continuativa a titolarità pubblica per anziani non autosufficienti analizzati e le fonti utilizzate dalla Bussola 2017

Area d'intervento	Intervento	Fonte istituzionale disponibile	Ultimo anno disponibile
Servizi domiciliari	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN (Ministero della salute)	2013
		Flusso SIAD del Nuovo sistema informativo Sanitario (NSIS)	2014
	Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati (ISTAT)	2013
Servizi residenziali	Presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali	I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ISTAT)	2014
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento	Beneficiari delle prestazioni pensionistiche: statistiche della previdenza e dell'assistenza (ISTAT)	2015
		Rendiconti generali (INPS)	2015
		Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario (Ragioneria Generale dello Stato)	2016

I prossimi paragrafi hanno dunque l'obiettivo di analizzare nel dettaglio i dati relativi alle tre categorie di servizi per la LTC (domiciliari, residenziali, trasferimenti monetari). A seguito dei dati esposti, si presentano i risultati di una analisi dei *cluster* (*cluster analysis*) condotta per valutare come le Regioni italiane siano simili/dissimili tra loro in termini di mix di offerta dei diversi di servizi LTC. Il paragrafo conclusivo del capitolo fornisce invece una panoramica più generale sull'evoluzione delle componenti della spesa pubblica per LTC.

2. I servizi domiciliari

2.1. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

All'interno del settore sanitario, l'ADI costituisce un servizio dedicato all'erogazione presso il domicilio della persona non autosufficiente di trattamenti sanitari e socio-sanitari da parte di varie professionalità (a seconda del Piano di assistenza individuale, PAI), quali medici, infermieri, fisioterapisti, operatori socio-sanitari e altri. L'ADI è un servizio compreso

nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) ⁽⁷⁾ e, come tale, dovrebbe essere garantito dal Servizio sanitario nazionale (SSN) su tutto il territorio nazionale alle persone con bisogni sanitari elevati. Tuttavia, questo diritto si scontra con la realtà dei fatti, che vede l'implementazione dipendere da logiche di pianificazione e gestione delle risorse sanitarie da parte delle ASL, che non permettono spesso un incontro ideale tra 'domanda' e 'offerta' di questo servizio.

In questa edizione della Bussola vengono utilizzate le fonti statistiche proposte dal Ministero della salute: gli Annuari statistici del SSN e il flusso SIAD del NSIS, che forniscono risultati diversi e non comparabili. Le due fonti vengono utilizzate insieme per completezza: mentre la prima permette di guardare l'evoluzione nel tempo, la seconda fornisce la fotografia più recente e diventerà, nel prossimo futuro, un punto di riferimento sempre più importante.

2.1.1. Il trend di medio-lungo periodo (Annuario statistico del Ministero della salute)

Gli utenti anziani (65 anni e più) di ADI erano il 4,8% della popolazione anziana in Italia nel 2013 (Tab. 2.1). Tale dato nazionale si scontra però con una marcata differenziazione regionale: un gruppo di Regioni presenta tassi più alti della media (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Basilicata); un altro gruppo mostra tassi intorno alla media nazionale (Umbria, Lazio, Abruzzo e Sicilia); infine, le rimanenti Regioni presentano livelli di utenza più bassi della media.

La differenziazione permane anche nel computo dell'intensità del servizio, data dalla media delle ore spese per visite domiciliari durante l'anno per un singolo utente anziano. La Tabella 2.1 mostra come solo un paio di Regioni (Lombardia e Lazio) registrano un'intensità attorno alla media nazionale di 17 ore annuali, mentre la maggior parte hanno intensità oltre le 23 ore nel Centro-sud, in Valle d'Aosta e Liguria. Nel resto del Nord Italia, la media scende molto, con i livelli più bassi registrati nel Nord-est e in Toscana, proprio dove invece la copertura del servizio è più alta.

⁽⁷⁾ Con i nuovi LEA approvati in via definitiva ad inizio 2017 (d.P.C.M. 12 gennaio 2017), le cure domiciliari per persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità sono articolate su quattro livelli (art. 22), a seconda dell'intensità richiesta per l'assistenza.

In relazione all'evoluzione dell'ADI nel medio periodo (2007-2013), possiamo constatare come la copertura del servizio sia aumentata moderatamente nel corso degli anni nella maggior parte nel Paese. Gli incrementi più significativi si registrano in Toscana (+8,5%), in Emilia-Romagna (+4,7%) e Sicilia (+3,1%), mentre una contrazione importante si registra per alcune Regioni del Nord-Est (Veneto, Friuli-Venezia Giulia) e per le Marche (tra -0,4 e -1,0%). Anche l'evoluzione dell'intensità dell'ADI è tutt'altro che lineare per le varie Regioni italiane. Come si evince dalla Tabella 2.1, molte Regioni hanno vissuto cali rilevanti delle ore di servizio, in sette casi con un calo di oltre un terzo dell'assistenza nel medio periodo (2007-2013).

Tabella 2.1 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per utenti anziani (65+ anni) (%) su popolazione 65+ e intensità per utente anziano (media ore annuali per utente 65+) (anni 2007-2013)

Regioni	2007		2013		Δ 2007-2013	
	Utenti (%)	Ore per utente	Utenti (%)	Ore per utente	Δ Utenti (%)	Δ Ore per utente (%)
Piemonte	1,8	20	2,6	13	+0,8	-36
Valle d'Aosta	0,3	177	0,3	39	=	-78
Lombardia	3,7	16	3,8	18	+0,1	+13
Liguria	3,3	21	3,4	29	+0,1	+37
Trentino-Alto Adige	0,8	n.d.	2,0	n.d.	+1,2	n.d.
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>0,6</i>	<i>n.d.</i>	<i>0,4</i>	<i>n.d.</i>	<i>-0,2</i>	<i>n.d.</i>
<i>P.A. Trento</i>	<i>1,0</i>	<i>21</i>	<i>3,5</i>	<i>12</i>	<i>+2,5</i>	<i>-41</i>
Veneto	6,4	9	5,7	9	-0,7	-1
Friuli-Venezia Giulia	7,3	7	6,9	7	-0,4	-6
Emilia-Romagna	5,7	21	10,4	12	+4,7	-41
Toscana	2,1	22	10,6	8	+8,5	-65
Umbria	4,4	35	4,3	23	-0,1	-34
Marche	3,9	27	2,9	27	-1,0	+1
Lazio	4,0	18	4,8	17	+0,8	-6
Abruzzo	3,7	21	5,4	31	+1,7	+48
Molise	3,8	19	3,9	50	+0,1	+161
Campania	1,7	44	3,1	32	+1,4	-28
Puglia	1,6	48	2,3	39	+0,7	-19
Basilicata	4,4	42	6,3	44	+1,9	+5
Calabria	2,8	14	2,9	22	+0,1	+54
Sicilia	1,0	31	4,1	27	+3,1	-14
Sardegna	1,2	68	2,7	23	+1,5	-66
ITALIA	3,3	20	4,8	17	+1,5	-15

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute (2016) e ISTAT (2015b, 2017a).

2.1.2. Un quadro aggiornato al 2014 (flusso SIAD)

Una nuova e ricca fonte informativa sull'ADI socio-sanitaria è rappresentata dal Flusso ministeriale SIAD ⁽⁸⁾.

La principale novità, rispetto alle statistiche sanitarie preesistenti, è quella di raccogliere dati per singolo paziente; inoltre è stato ampliato il set informativo rilevato con elementi che spaziano dalla valutazione socio-sanitaria dell'assistito, alle prestazioni erogate, alla numerosità degli accessi delle diverse figure professionali a domicilio, alla durata della presa in carico.

Questa maggiore disponibilità di dati consente di calcolare, per ogni paziente, alcuni indicatori di sintesi quali:

- le giornate di cura (GDC, indicativo della durata della presa in carico);
- le giornate di effettiva assistenza (GEA, indicativo del numero di giorni in cui il paziente ha ricevuto accessi domiciliari);
- il coefficiente di intensità assistenziale (CIA, rapporto tra GEA e GDC, indicativo della frequenza con cui il paziente ha ricevuto cure domiciliari nel periodo di cura).

Rispetto alla generica categoria dell'assistenza domiciliare, prima rilevata in modo indistinto, il nuovo sistema consente di classificare la casistica su diversi livelli di intensità, sulla base della frequenza dell'assistenza ricevuta rispetto alla durata del periodo di presa in carico. Sono individuati quattro livelli di intensità delle cure domiciliari: Zero/base (CIA 0 – 0,13); Primo Livello (CIA da 0,14 a 0,30); Secondo Livello (CIA da 0,31 a 0,50); Terzo Livello (CIA da 0,51 a 0,60); CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico (CIA 0,61 – 1).

Come definito dalla Commissione "Mattone domiciliare" ⁽⁹⁾, può essere considerata ADI vera e propria solo la casistica con CIA > 0,14, vale a dire i casi in cui il SSR assicura interventi con frequenza superiore a una volta alla settimana. I casi di livello "zero" si presume, infatti, siano di tipo estemporaneo/prestazionale.

Il Ministero della salute, ai fini delle verifiche LEA, in particolare per il calcolo dell'indicatore "percentuale di anziani assistiti in ADI", da qualche

⁽⁸⁾ Si tratta di un sistema informativo che:

- ha recepito le indicazioni del cosiddetto gruppo di lavoro "Mattone 13-Assistenza Primaria e prestazioni domiciliari";
- è stato formalmente istituito con d.m. 17 dicembre 2008;
- di fatto è entrato in piena operatività in tutte le Regioni nel 2012.

⁽⁹⁾ Il gruppo di lavoro ha perseguito l'obiettivo di definire una base informativa comune per le prestazioni erogate in regime di assistenza primaria e domiciliare, che fosse in grado di soddisfare le necessità informative dei diversi livelli di gestione e di governo del SSN.

anno utilizza questa fonte informativa in sostituzione delle rilevazioni basate sul sistema FLS.21; nel calcolo della copertura del servizio di ogni Regione sono esclusi i casi di livello base, proprio per isolare l'ADI vera e propria, rispetto alle prestazioni di natura estemporanea ⁽¹⁰⁾.

Al momento di scrivere questo paragrafo, le informazioni più aggiornate sono quelle pubblicate nell'ambito delle verifiche Lea per l'anno 2014, come da tabella 2.2.

Tabella 2.2 - Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

Regioni	2012	2013	2014
Piemonte	1,94	2,92	3,21
Valled'Aosta	0,42	0,39	0,39
Lombardia	1,39	1,68	2,55
P.A.Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.
P.A.Trento	2,44	2,36	4,11
Veneto	1,99	1,98	2,76
FriuliV.G.	1,35	1,25	1,54
Liguria	2,44	3,02	3,31
Emilia-Romagna	3,38	3,96	4,19
Toscana	0,37	1,59	2,78
Umbria	1,1	1,08	1,47
Marche	1,14	1,23	1,56
Lazio	0,93	0,95	1,13
Abruzzo	1,97	2,8	2,92
Molise	1,8	2,99	2,9
Campania	0,35	1,12	1,15
Puglia	0,08	0,8	1,64
Basilicata	1,9	1,53	2,14
Calabria	0,16	0,19	0,31
Sicilia	0,24	1,88	2,87
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.
TOTALE REGIONI	1,29	1,84	2,39

Fonte: NSIS Flusso assistenza domiciliare (SIAD).

⁽¹⁰⁾ Si considerano inoltre solo prese in carico per le quali sia stato inviato almeno un accesso.

Dal 2017, con l'approvazione del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (nuovi LEA), la definizione delle tipologie di assistenza domiciliare che le Regioni sono tenute a erogare si basa proprio su questa classificazione per livelli assistenziali (art. 22), con una regolazione specifica per le cure palliative domiciliari (art. 23).

Per quanto riguarda l'intensità assistenziale dell'ADI, alcune anticipazioni dei risultati per Regione della distribuzione per livello di intensità assistenziale sono stati diffusi nell'ambito del rapporto sui cosiddetti "Adempimenti LEA" (per le sole Regioni soggette a tale verifica). Si precisa che si tratta di risultati relativi all'intera popolazione assistita e non ai soli anziani (Tab. 2.3).

Tabella 2.3 - Distribuzione dell'assistenza domiciliare per livello di intensità di cura (2014): Tasso di prese in carico (per 1000 abitanti)

Regioni	I	II	III	IV
Abruzzo	2,09	3,28	0,66	1,4
Basilicata	1,9	1,4	0,38	1,45
Calabria	0,16	0,12	0,01	0,02
Campania	0,47	0,75	0,17	0,49
Emilia-Romagna	6,83	2,6	0,41	1,46
Lazio	0,96	0,76	0,1	0,21
Liguria	4,47	4,25	0,51	1,24
Lombardia	1,9	2,87	0,44	1,06
Marche	2,18	1,23	0,16	**
Molise	3,75	2,39	0,3	1,19
Piemonte	4,66	1,82	0,36	1,93
Puglia	1,87	1,38	0,15	0,32
Sicilia	0,88	3,13	0,51	1,04
Toscana	3,98	1,88	0,33	1,38
Umbria	1,66	0,87	0,14	0,65
Veneto	4,42	1,43	0,23	0,83

** Il dato riportato nel documento ministeriale non è stato utilizzato in quanto è anomalo. Nel capitolo 3 saranno effettuate, a partire dalle più aggiornate evidenze su diffusione dell'ADI e intensità erogata, alcune valutazioni sul posizionamento delle singole Regioni.

Fonte: NSIS Flusso assistenza domiciliare (SIAD).

2.2. Servizio di assistenza domiciliare (SAD)

Nell'ambito dei servizi sociali gestiti dai comuni o dalle loro associazioni (come le unioni di comuni e le comunità montane), il servizio di assistenza domiciliare (SAD) è il principale intervento che mira a fornire un insieme di prestazioni socio-assistenziali agli anziani non autosufficienti che vivono a domicilio per supportare principalmente le attività della vita quotidiana, la cura personale e l'integrazione sociale.

Gli anziani che hanno beneficiato del SAD nel 2013 in Italia costituivano l'1,2% della popolazione anziana (Tab. 2.4). Al di là di alcune Regioni a statuto speciale che registrano tassi significativamente più alti della media nazionale (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna), le altre Regioni si dividono a grandi linee tra un Centro-sud con tassi piuttosto bassi (tra lo 0,4 e lo 0,9%, a parte Abruzzo, Molise, Basilicata e Sicilia) e un Nord con livelli vicini alla media nazionale (a parte il Piemonte, con lo 0,8% di utenti). Tali differenze sembrano invertirsi se si leggono i dati sull'intensità del SAD, intesa come la spesa pubblica annuale per utente anziano. In questo caso, infatti, sono le Regioni del Centro-sud che registrano intensità maggiori, tra i 2.000-3.200 euro circa (ad eccezione di Umbria, Abruzzo, Molise e Calabria), mentre il Nord Italia presenta una spesa per utente tendenzialmente inferiore ai 2.000 euro (a parte le Regioni a statuto speciale).

Riguardo ai trend di medio periodo (2007-2013), tutte le Regioni italiane hanno avuto una significativa decrescita della copertura del servizio (ad eccezione di Valle d'Aosta e P.A. Trento), combinata però con un solido aumento dell'intensità per la maggior parte di esse.

Tabella 2.4 - Copertura dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) e intensità per utente anziano (spesa nominale media per utente 65+) (anni 2007-2013)

Regioni	2007		2013		Δ 2007-2013	
	Utenti (%)	Spesa per utente	Utenti (%)	Spesa per utente	Δ Utenti (%)	Δ Spesa per utente (%)
Piemonte	1,4	1.135	0,8	1.467	-0,6	+29
Valle d'Aosta	4,4	4.136	5,3	4.697	+0,9	+14
Lombardia	1,9	1.624	1,3	1.888	-0,6	+16
Liguria	1,3	1.877	1,1	1.880	-0,2	=
Trentino-Alto Adige	3,9	3.779	4,1	3.471	+0,2	-8
<i>P.A. Bolzano</i>	4,2	3.340	4,8	2.979	+0,6	-11
<i>P.A. Trento</i>	3,6	4.219	3,5	4.069	-0,1	-4
Veneto	1,7	1.582	1,4	1.438	-0,3	-9
Friuli-Venezia Giulia	2,7	2.026	2,2	2.135	-0,5	+5
Emilia-Romagna	1,6	2.296	1,3	1.631	-0,3	-29
Toscana	1,4	1.717	0,7	2.738	-0,7	+59
Umbria	0,6	1.500	0,4	1.477	-0,2	-2
Marche	0,9	2.070	0,7	2.631	-0,2	+27
Lazio	1,3	2.318	0,9	3.222	-0,4	+39
Abruzzo	2,4	1.357	1,3	1.730	-1,1	+27
Molise	3,2	818	2,1	1.068	-1,1	+31
Campania	2,2	1.169	0,8	2.046	-1,4	+75
Puglia	0,9	1.557	0,7	2.323	-0,2	+49
Basilicata	1,5	1.575	1,3	2.326	-0,2	+48
Calabria	1,4	815	0,9	966	-0,5	+19
Sicilia	2,5	1.557	1,5	1.804	-1,0	+16
Sardegna	2,5	2.928	2,7	3.165	+0,2	+8
ITALIA	1,7	1.761	1,2	2.123	-0,5	+21

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2010, 2017a, 2017c).

3. I servizi residenziali

Il settore dei servizi residenziali comprende quelle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie che permettono il ricovero (temporaneo o permanente) degli anziani presso residenze sanitarie assistenziali (RSA), residenze protette (RP), case di riposo o altre con diversa denominazione ⁽¹¹⁾.

Al 31 dicembre 2014 ⁽¹²⁾, erano 289.941 gli anziani ospitati nei diversi presidi residenziali pari al 2,2% di tutta la popolazione anziana (+4,0% rispetto al 2013). La quota di anziani ospiti a livello nazionale, tuttavia, non riflette le differenze profonde che sussistono nel Paese. Da una parte, in tutte le Regioni del Centro-sud si registrano tassi di utenti anziani al di sotto del 2%, o comunque inferiori alla media nazionale. Dall'altro lato, le Regioni del Nord, senza eccezioni, presentano percentuali di anziani ospiti nei presidi residenziali molto più alte, tra il 2,7% dell'Emilia Romagna e il 4,5% della Provincia Autonoma di Trento.

Il dato degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali al 31 dicembre di ogni anno non è completamente rappresentativo del numero degli anziani che vengono accolti in tali strutture perché non tiene conto dei posti che vengono occupati durante l'anno in sostituzione di quelli che si liberano per le diverse ragioni (dimissione, trasferimento, morte). Nel complesso, gli anziani che vengono accolti nei presidi residenziali durante l'anno costituiscono mediamente il 120% di quelli che vengono registrati al 31 dicembre. Pertanto il numero reale degli anziani che nel 2014 sono stati ricoverati nei presidi residenziali è circa 348.000, pari al 2,7% di tutti gli anziani.

Nel 2014, il 75,4% degli anziani presso le strutture residenziali risultava essere ricoverato in uno stato di non autosufficienza (ISTAT, 2017b), una percentuale in crescita durante gli anni Duemila (era, infatti, del 64,4% nel 2000 e del 70,3% nel 2005). Si tratta di una tendenza per molti versi auspicabile, che va in direzione dell'obiettivo di riservare i presidi residenziali agli anziani non autosufficienti e di prevedere invece modalità più leggere assimilabili al modello degli alloggi protetti per gli anziani fragili ma autosufficienti (cfr. cap. 6).

⁽¹¹⁾ Si deve tenere presente che le Regioni italiane hanno sviluppato terminologie proprie per definire i tipi di strutture residenziali, le loro caratteristiche e i requisiti richiesti, come già notato in altra sede (Chiatti *et al.*, 2013).

⁽¹²⁾ La serie ISTAT rileva i dati su strutture residenziali e attività nell'ultimo giorno dell'anno e non come media o accessi effettivi durante l'anno.

In termini assoluti, i posti letto per anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari sono 291.375 (+4,6% rispetto al 2013) (ISTAT, 2017b). Essi corrispondono a 2,2 posti letto (p.l.) ogni cento anziani in Italia, con forti variazioni tra Centro-sud (0,7-2,2%) e Nord Italia (2,7-4,4%) (cfr. Tab. 2.5).

Tabella 2.5 - Dotazione di posti letto per anziani (autosufficienti e non autosufficienti) nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – Anni 2010-2012-2014
(% su popolazione 65+)

Regioni	2010	2012	2014
Piemonte	3,9	3,9	4,1
Valle d'Aosta	6,6	3,8	3,7
Lombardia	3,0	2,9	2,9
Liguria	3,6	3,0	2,7
Trentino Alto Adige	4,6	4,4	4,4
<i>P.A. Bolzano</i>	4,3	4,4	4,4
<i>P.A. Trento</i>	4,8	4,4	4,4
Veneto	3,6	3,1	3,2
Friuli Venezia Giulia	3,8	3,5	3,2
Emilia-Romagna	3,2	3,3	3,0
Toscana	2,0	1,7	2,0
Umbria	1,3	1,2	1,3
Marche	2,3	2,1	2,2
Lazio	1,3	1,2	1,3
Abruzzo	1,7	1,5	1,3
Molise	2,3	1,8	2,0
Campania	0,9	0,6	0,7
Puglia	1,1	0,9	1,2
Basilicata	1,1	1,3	1,5
Calabria	1,0	0,8	1,0
Sicilia	1,5	1,1	1,4
Sardegna	1,4	1,3	1,7
ITALIA	2,5	2,2	2,2

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2017b, 2017c).

4. I trasferimenti monetari

Come consolidato nell'evoluzione del sistema italiano di LTC, la componente maggiore di assistenza pubblica è, in termini di beneficiari e di spesa, quella dell'indennità di accompagnamento per invalidità civile. Si tratta di un assegno mensile (515,43 euro nel 2017, rivalutato annualmente), erogato dall'INPS a seguito di una valutazione della totale incapacità di deambulare o di compiere gli atti della vita quotidiana in autonomia. La valutazione è condotta da una commissione mista ASL-INPS.

Nel 2015, l'11,5% della popolazione anziana in Italia era beneficiario dell'indennità di accompagnamento (Tab. 2.6), per una spesa complessiva di circa 10,4 miliardi di euro, in calo dell'1,4% rispetto all'anno precedente. Le Regioni del Centro-sud si confermano le aree con tassi di indennità più alti, con porzioni ovunque sopra la media nazionale (tranne che in Toscana) e con punte del 17,1 e 16,1% rispettivamente in Calabria e Umbria. Nel Nord Italia, al contrario, i tassi si mantengono nel *range* dell'8-10% pressoché in tutte le Regioni.

L'elemento più importante, tuttavia, concerne l'evoluzione della concessione dell'indennità. Come mostra la Tabella 2.6, sia nel medio che nel breve periodo, in tutte le Regioni italiane – senza alcuna eccezione – si registrano riduzioni. Nel periodo 2010-2015, in molte aree il tasso dei beneficiari è diminuito di oltre l'1,5%, sia al Nord (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna), sia al Centro (Toscana, Umbria) che al Sud (Abruzzo, Campania, Basilicata). Anche nel giro degli ultimi tre anni disponibili (2013-2015), molte Regioni hanno conosciuto decrementi di oltre mezzo punto percentuale. Tale costante indica con chiarezza un cambiamento nelle modalità di valutazione dei requisiti e della concessione dell'indennità, divenute dunque più rigorose e soggette a controlli (ordinari e straordinari) più stringenti da parte dell'INPS.

Tabella 2.6 - Beneficiari anziani (65+ anni) di indennità di accompagnamento (% su popolazione 65+) (anni 2007-2015)

Regioni	2007	2010	2013	2015	Δ 2010-2015	Δ 2013-2015
Piemonte	9,3	9,5	8,9	8,6	-0,9	-0,3
Valle d'Aosta	9,1	9,8	10,0	9,2	-0,6	-0,8
Lombardia	9,9	10,0	9,7	9,5	-0,5	-0,2
Liguria	11,1	10,8	9,8	9,5	-1,3	-0,3
Trentino-Alto Adige	9,0	8,4	7,2	5,9	-2,5	-1,3
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>8,5</i>	<i>6,8</i>	<i>4,7</i>	<i>3,5</i>	<i>-3,3</i>	<i>-1,2</i>
<i>P.A. Trento</i>	<i>9,5</i>	<i>9,9</i>	<i>9,4</i>	<i>8,0</i>	<i>-1,9</i>	<i>-1,4</i>
Veneto	10,7	10,8	10,4	10,0	-0,8	-0,4
Friuli-Venezia Giulia	11,9	11,5	10,4	9,9	-1,6	-0,5
Emilia-Romagna	11,2	10,9	9,9	9,3	-1,6	-0,6
Toscana	11,3	11,3	10,3	9,7	-1,6	-0,6
Umbria	19,1	19,6	16,8	16,1	-3,5	-0,7
Marche	13,3	14,0	13,3	12,9	-1,1	-0,4
Lazio	12,2	14,0	13,4	13,1	-0,9	-0,3
Abruzzo	14,1	14,9	13,8	13,0	-1,9	-0,8
Molise	10,9	12,5	11,8	11,5	-1,0	-0,3
Campania	16,3	17,4	15,8	14,9	-2,5	-0,9
Puglia	13,4	15,4	15,0	14,5	-0,9	-0,5
Basilicata	11,7	13,7	12,6	12,0	-1,7	-0,6
Calabria	17,3	17,9	17,9	17,1	-0,8	-0,8
Sicilia	12,3	14,5	14,3	13,7	-0,8	-0,6
Sardegna	15,5	16,1	15,4	15,0	-1,1	-0,4
ITALIA	12,0	12,7	12,0	11,5	-1,2	-0,5

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2017a, 2017b).

5. I modelli assistenziali delle Regioni

I dati illustrati in precedenza indicano chiaramente l'assenza di un modello di LTC unico per il Paese, mentre coesistono modelli locali caratterizzati da mix diversi dei programmi di LTC considerati (ADI, SAD, residenze, indennità). In precedenti edizioni del Rapporto sono state elaborate, sulla base dei dati disponibili, delle analisi dei *cluster* per identificare gruppi di Regioni con modelli assistenziali di LTC simili (Chiatti *et al.*, 2010; Barbabella *et al.*,

2013b) ⁽¹³⁾. Anche in questa sede abbiamo condotto un'analisi dei *cluster* al fine di rilevare modelli assistenziali aggiornati, prendendo come indicatori i tassi di utenza dei quattro programmi di LTC per l'anno 2013 (l'ultimo per cui i dati sono disponibili per tutti i programmi) ⁽¹⁴⁾.

I risultati dell'analisi forniscono il quadro di un Paese diviso in sei modelli assistenziali (Tab. 2.7):

1. il *modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare*, in Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige. Si tratta di un *cluster* che comprende due Regioni a statuto speciale del Nord Italia, caratterizzate da un'offerta molto bassa di ADI e indennità di accompagnamento, ma con investimenti elevati sia nelle strutture residenziali che nel SAD erogato dai Comuni;
2. il *modello dell'assistenza sanitaria domiciliare*, in Emilia-Romagna e Toscana. Nelle Regioni di questo *cluster* il tasso di anziani beneficiari di ADI è il più elevato in Italia (in media il 10,5%), mentre SAD e indennità sono poco sviluppati;
3. il *modello dell'assistenza mista*, in Veneto e Friuli-Venezia Giulia. Questo *cluster*, relativo a due Regioni del Nord-est, si caratterizza per livelli alti di erogazione dei servizi di ADI, SAD (solo in Friuli-Venezia Giulia) e residenze, ciascuno di essi superiore del 30-60% alla media nazionale;
4. il *modello del cash-for-care*, in Umbria, Campania, Puglia e Calabria. In queste quattro Regioni del Centro-sud il tasso di beneficiari dell'indennità di accompagnamento è il più elevato in Italia (16,4%). Di contro, tutti gli altri

⁽¹³⁾ L'analisi dei *cluster* (o *cluster analysis*) è una tecnica statistica multivariata che ha l'obiettivo di rilevare nell'ambito di una popolazione la presenza di gruppi di casi simili tra loro (massima somiglianza *within*) e allo stesso tempo il più possibile differenti dagli altri gruppi (diversità *between*). Le fasi procedurali per lo svolgimento di una *cluster analysis* sono quattro: 1) selezione degli indicatori; 2) raccolta dei dati e costruzione del dataset; 3) scelta del criterio di creazione dei *cluster*; 4) validazione dell'analisi. Le variabili utilizzate sono i tassi di utenti anziani di ADI, SAD, residenze socio-assistenziali e socio-sanitarie (anziani non autosufficienti), e indennità di accompagnamento. Queste variabili sono state standardizzate tramite *z-scores* e la differenza (distanza) tra Regioni calcolata mediante *square euclidean distance* con il metodo di Ward (1963). Per questo lavoro è stato utilizzato il software statistico SPSS 23.00.

⁽¹⁴⁾ Per garantire la confrontabilità con l'analisi svolta gli anni precedenti, i dati relativi all'ADI utilizzati in questa analisi sono quelli del Ministero della salute riferiti all'anno 2013, mentre i dati ISTAT sulla residenzialità, a differenza di quelli presentati nel par. 3, si riferiscono ai soli anziani non autosufficienti.

servizi domiciliari e residenziali registrano tassi sostanzialmente inferiori alla media nazionale (tra il -30 e -75%);

5. il *modello del cash-for-care misto*, in Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna. In queste Regioni del Centro-sud, il servizio prevalente rimane l'indennità di accompagnamento (in media del 15% superiore al livello nazionale), con l'eventuale affiancamento di altri servizi piuttosto sviluppati come l'ADI (Abruzzo, Basilicata) o il SAD (Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna);
6. il *modello dell'assistenza residenziale*, in Piemonte, Lombardia e Liguria. Il Nord-ovest si caratterizza per un *cluster* prevalentemente orientato verso i servizi residenziali (media *cluster*: 2,4%), mentre ADI, SAD e indennità registrano tassi di utenti anziani piuttosto bassi (tra il -15 e il -45%).

Rispetto alla precedente edizione (Barbabella *et al.*, 2013b), elaborata con dati del 2009-2010, possiamo confermare una sostanziale stabilità dei *cluster*, tuttavia con importanti evoluzioni riguardo ai mix di servizi offerti in alcune Regioni. Tra i cambiamenti più significativi, si registrano: l'identificazione di un nuovo *cluster* di assistenza mista (modello 3), che include le Regioni del Nord-Est con servizi di ADI, SAD e residenze molto sviluppati; il passaggio di Sicilia e Sardegna da un modello basato principalmente sui trasferimenti monetari ad uno con copertura moderatamente alta di SAD e indennità (modello 5); il passaggio dell'Umbria da Regione outlier (con alti livelli di ADI e indennità) al *cluster* del *cash-for-care* puro (modello 4); l'evoluzione della Toscana dalla residenzialità prevalente ad una elevata copertura di ADI (modello 2).

Questo tipo di analisi non è esente da limitazioni: si pensi ad esempio a quelle legate alla validità delle fonti e alla considerazione di meri indicatori quantitativi di utenza dei servizi, così come al fatto che la tecnica della *cluster analysis* ha finalità esplorative e non confermative di ipotesi. Ciononostante i risultati consentono di avere un quadro comparativo aggiornato del mix di servizi che le varie Regioni, in modo più o meno consapevole, hanno costruito nel corso degli ultimi anni.

Tabella 2.7 - Modelli di *Long-Term Care* per anziani non autosufficienti (analisi dei *cluster*, anno 2013)

<i>Cluster</i>	<i>Copertura servizio</i>	<i>Media cluster (% utenti anziani)</i>
1. Modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare		
<i>Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento</i>		
ADI	-----	1,4
SAD	+++++++	4,5
Residenze	+++++++	4,0
Indennità	---	8,0
2. Modello dell'assistenza sanitaria domiciliare		
<i>Emilia-Romagna, Toscana</i>		
ADI	+++++++	10,5
SAD	--	1,0
Residenze	+	1,8
Indennità	--	10,1
3. Modello dell'assistenza mista		
<i>Veneto, Friuli-Venezia Giulia</i>		
ADI	+++	6,3
SAD	++++	1,8
Residenze	++++	2,6
Indennità	-	10,4
4. Modello del cash-for-care		
<i>Umbria, Campania, Puglia, Calabria</i>		
ADI	---	3,1
SAD	---	0,7
Residenze	-----	0,6
Indennità	+++	16,4
5. Modello del cash-for-care misto		
<i>Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna</i>		
ADI	-	4,3
SAD	++	1,5
Residenze	----	0,9
Indennità	+	13,5
6. Modello dell'assistenza residenziale		
<i>Piemonte, Lombardia, Liguria</i>		
ADI	---	3,3

segue

6. Modello dell'assistenza residenziale		
SAD	-	1,1
Residenze	+++	2,4
Indennità	--	9,5
Medie nazionali (2013)		
ADI		4,8
SAD		1,2
Residenze		1,7
Indennità		12,0
Legenda: variazioni rispetto a media nazionale (% utenti anziani)		
+ Maggiore dell'1-15% - Inferiore dell'1-15%		
++ Maggiore del 15-30% -- Inferiore del 15-30%		
+++ Maggiore del 30-45% --- Inferiore del 30-45%		
++++ Maggiore del 45-60% ---- Inferiore del 45-60%		
+++++ Maggiore del 60-75% ----- Inferiore del 60-75%		
++++++ Maggiore del 75-90%		
+++++++ Maggiore al 90%		

Fonte: ns. elaborazioni.

6. Uno sguardo d'insieme

L'indicazione principale che emerge dai dati esposti in questo capitolo è quella di un sistema di LTC che sta aumentando le differenze e le frizioni tra le varie aree geografiche del Paese. L'ADI ha aumentato i tassi di utenza soprattutto nel Meridione negli ultimi anni, in un processo di convergenza, ma le Regioni del Nord rimangono molto indietro rispetto all'intensità (ore di assistenza annuali) del servizio. Il SAD registra una separazione netta tra il Settentrione, con tassi di copertura più elevati e bassa spesa pubblica per utente, e il Centro-sud, generalmente con percentuali basse di utenti ma un'alta intensità. Per l'assistenza residenziale, il Nord Italia sta progressivamente perdendo porzioni significative di utenti non autosufficienti, a fronte di un Centro-sud in lieve ma costante sviluppo (pur ancora con livelli di assistenza molto bassi). Infine, per l'indennità di accompagnamento il trend nazionale è di un calo sostanziale dei beneficiari, con il Meridione ancora con tassi decisamente più alti della media italiana.

La spesa pubblica per LTC per anziani non autosufficienti è un elemento altrettanto importante da affiancare ai dati sopracitati (Tab. 2.8). I dati

disponibili distinguono fra tre componenti: la spesa sanitaria, che include i servizi domiciliari (tra cui ADI), ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali (per la parte sanitaria) ad alto contenuto sanitario (forniti da strutture del Servizio sanitario nazionale o private convenzionate); l'indennità di accompagnamento per invalidità civile; la spesa sociale dei Comuni, inclusi i servizi domiciliari (tra cui SAD), residenziali (per la parte socio-assistenziale) e gli altri servizi disponibili per gli anziani non autosufficienti.

Tabella 2.8 - Andamento della spesa pubblica per *Long-Term Care* per anziani non autosufficienti (65+ anni) secondo le diverse componenti di spesa (% su PIL e valore nominale assoluto in miliardi di euro) (anni 2006-2016) ⁽¹⁵⁾

Componente di LTC	Unità di misura	2006	2011	2013	2016	Δ 2006-2016	Δ 2013-2016
A) Spesa sanitaria	% su PIL	0,50%	0,51%	0,52%	0,35%	-	-
	miliardi euro	7,4	8,1	8,1	5,9	-1,5	-2,2
B) Indennità di accompagnamento	% su PIL	0,51%	0,61%	0,65%	0,62%	-	-
	miliardi euro	7,6	9,6	10,1	10,4	+2,8	+0,3
C) Spesa sociale dei Comuni	% su PIL	0,12%	0,17%	0,15%	0,16%	-	-
	miliardi euro	1,8	2,7	2,3	2,7	+0,9	+0,4
D) Totale	% su PIL	1,13%	1,28%	1,32%	1,13%	-	-
	miliardi euro	16,8	20,2	20,6	19,0	+3,2	-1,6

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato (anni vari) e ISTAT (2017b).

In termini di spesa nominale, nel medio-lungo periodo (2006-2016) si è passati da 16,8 a 19 miliardi di euro complessivi (1,13% del PIL), un aumento dovuto principalmente alla maggiore spesa per indennità di accompagnamento (+2,8 miliardi) e a quella sociale dei Comuni (+0,9 miliardi). Nel breve periodo (2013-2016), la spesa complessiva sembra essere sostanzialmente diminuita (-1,6 mi-

⁽¹⁵⁾ I valori assoluti della spesa per LTC sono espressi in miliardi di euro con un arrotondamento alla prima cifra decimale: i totali possono non coincidere con la somma dei valori per effetto degli arrotondamenti. I valori percentuali fanno riferimento, nei rapporti della Ragioneria Generale dello Stato fino al 2013, a valori del prodotto interno lordo (PIL) calcolati dall'ISTAT con il metodo in vigore prima dell'ottobre 2014, quando il nuovo Sistema Europeo dei conti (SEC 2010) è stato adottato in Italia e nel resto dell'Unione europea (ricalcoli successivi con il nuovo SEC hanno stimato PIL più alti).

liardi), a causa di una contrazione della componente sanitaria negli ultimi anni (-2,2 miliardi). Tuttavia, i dati sopracitati risentono dell'evoluzione e del progressivo affinamento della metodologia di definizione degli aggregati di spesa operati dalla Ragioneria Generale dello Stato. Alla luce di questo, il confronto longitudinale tra le componenti di spesa (in particolar modo quella sanitaria, più 'colpita' per varie ragioni tecniche da aggiornamenti metodologici) negli anni deve essere interpretato con estrema cautela ⁽¹⁶⁾.

Bibliografia

- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M. (2015), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 15-32 – www.maggioli.it/rna/2015/pdf/V-rapporto-assistenza_anziani.pdf.
- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., GORI C. (2013a), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 11-28 – www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.
- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., PELLICCIA L. (2013b), *Alcuni profili dell'assistenza nelle Regioni*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 29-43 – www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2010), *La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 13-39 – www.maggioli.it/rna/2010/pdf/rapporto2010-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., LAMURA G., GORI C. (2011), *La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 13-33 – www.maggioli.it/rna/2011/pdf/rapporto2011-assistenza_anziani.pdf.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., MASERA F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 71-91 – www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.

⁽¹⁶⁾ Per una descrizione dei progressivi aggiornamenti metodologici condotti dalla Ragioneria Generale dello Stato, si vedano i singoli rapporti de *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario* e la sezione dedicata alla spesa per Long-Term Care (cap. 4).

- GORI C., LAMURA G. (2009), *Lo scenario complessivo*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 17-34 – www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf.
- INPS (vari anni), *Rendiconti generali*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.
- ISTAT (2010), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati. Anno 2007*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – www.istat.it/it/archivio/2375.
- ISTAT (2011), *La conciliazione tra lavoro e famiglia*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – www.istat.it/it/archivio/48912.
- ISTAT (2014), *Condizioni di salute, rischio e prevenzione. Anno 2013*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – www.istat.it/it/archivio/144093.
- ISTAT (2015a), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati. Anno 2012*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – www.istat.it/it/archivio/166482.
- ISTAT (2015b), *Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – www.istat.it/it/archivio/16777.
- ISTAT (2017a), *Demografia in cifre*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – www.demo.istat.it.
- ISTAT (2017b), *I.Stat – Database*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017c), *Coesione sociale – Database*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica – <http://dati.coesione-sociale.it>.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2012), Indicatori SIAD – sistema assistenza domiciliare.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2016), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2013*, Roma, Ministero della salute – www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2536.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2016b), *Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA*, Metodologia e Risultati dell'anno 2014.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2016c), *Verifica adempimenti LEA anno 2014*.
- OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE (2017), *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Report, www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2017/05/ro-2016.pdf.
- PASQUINELLI S. (2013), *Le badanti in Italia: quante sono, chi sono, cosa fanno*, in PASQUINELLI S., RUSMINI G. (a cura di), *Badare non basta*, Roma, Ediesse, pp. 41-55.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (vari anni), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.
- VETRANO D.L., VACCARO K. (a cura di) (2017), *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come la fa* – www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2017/07/RicercaAdi2.pdf.
- WARD J.H. (1963), *Hierarchical Grouping to optimize an objective function*, in *Journal of American Statistical Association*, 58, pp. 236-244.

3. Alcuni profili di assistenza nelle Regioni

Laura Pelliccia

1. Introduzione

L'assistenza agli anziani non autosufficienti si esplica attraverso un mix di azioni in cui sono coinvolti diversi livelli di governo su varie dimensioni. È nei singoli territori che si manifesta questo intreccio e, proprio per questa poliedricità, molteplici possono essere i punti di osservazione dell'assistenza in ciascuna Regione.

In questo lavoro si cercheranno di cogliere le peculiarità di ogni territorio attraverso la definizione di una serie di indicatori rappresentativi delle varie dimensioni dell'assistenza, derivati dai sistemi statistico-informativi sanitari e socio-assistenziali.

Per quanto possibile saranno privilegiate, quali fonti dei dati, quelle raccolte in maniera omogenea attraverso le statistiche ufficiali. Alcune informazioni, essendo legate a particolari processi istituzionali, quali, ad esempio, le verifiche LEA, sono disponibili soltanto per le Regioni assoggettate a tali valutazioni: pertanto l'analisi che segue limita il campo di osservazione alle sole Regioni per cui sono calcolabili tutti gli indicatori (quelle a statuto ordinario e la Sicilia).

Quando si confrontano le singole caratteristiche e dimensioni dell'assistenza erogata nelle varie Regioni, di solito emerge una fortissima variabilità. In questo lavoro, una volta calcolati gli indicatori sulle singole dimensioni, si cercheranno di osservare in maniera congiunta dimensioni diverse, per indagare le relazioni tra i vari *items*. Rispetto al quadro offerto dal capitolo 2 – una panoramica delle principali informazioni esistenti e una prima classificazione delle Regioni sulla base del livello di diffusione di alcuni degli interventi più rappresentativi (§ 2.5) – questo lavoro intende:

- aggiungere, attraverso appositi indicatori riguardanti altre dimensioni dell'assistenza, ulteriori elementi caratterizzanti la fisionomia delle singole Regioni;
- tentare una lettura congiunta delle combinazioni di alcuni indicatori che si osservano a livello locale.

Si precisa che, poiché la presente analisi non riguarda tutte le Regioni, ma un sottocampione, alcuni valori medi nazionali potrebbero divergere da quelli indicati nella "Bussola" o in altri approfondimenti di questo Rapporto.

Il percorso di analisi si snoda a partire da un confronto tra i livelli di copertura dei servizi e l'intensità assistenziale sul caso, per poi proseguire con una valutazione congiunta degli sforzi delle Regioni per mantenere l'anziano a domicilio e l'impegno nell'assicurare adeguati servizi residenziali.

Segue una lettura delle combinazioni che si osservano nei singoli territori tra l'assistenza erogata sottoforma di servizi e l'assistenza erogata tramite prestazioni monetarie. Inoltre saranno confrontati, territorio per territorio, il welfare socio-sanitario con quello sociale, per valutare l'importanza relativa delle due filiere; si è cercato peraltro di fare emergere il livello di centralità che viene riconosciuto all'assistenza agli anziani non autosufficienti (Long-Term Care, LTC) da parte dei singoli sistemi sanitari regionali. Da ultimo, è stata condotta una valutazione sul livello di dipendenza delle singole Regioni rispetto al sistema centrale nell'erogare assistenza agli anziani non autosufficienti.

2. Il rapporto tra livello di copertura e intensità dei servizi erogati

Estendere la copertura o concentrare l'assistenza su pochi casi? È questo uno dei fattori rispetto ai quali si differenziano le scelte regionali.

Il primo tentativo della presente analisi è proprio quello di confrontare, Regione per Regione, i livelli di diffusione dei servizi (in termini di numerosità dell'utenza rispetto alla popolazione), con alcune misure rappresentative della quantità di assistenza ricevuta dai beneficiari.

Questo esercizio si concentrerà sui servizi socio-sanitari, per i quali sono disponibili informazioni di dettaglio sui livelli unitari erogati; lo stesso dettaglio informativo non è altrettanto disponibile per i servizi sociali (ad esempio, non si conoscono volumi degli accessi, giornate o tempistica dell'assistenza erogata).

Tenuto conto delle specificità dei diversi *setting* assistenziali, di seguito si propongono confronti distinti per quel che riguarda l'assistenza domiciliare e per i servizi residenziali.

2.1. Intensità e copertura dell'assistenza domiciliare

Nella "Bussola" della presente edizione di questo rapporto sono state presentate le evidenze più aggiornate disponibili dal nuovo sistema informativo dell'ADI (SIAD). In particolare, nel § 2.1.2, è stata illustrata la metodologia per definire:

- i livelli di copertura delle cure domiciliari per gli anziani nelle varie Regioni, sulla base della misura utilizzata nella Griglia LEA (percentuale di

anziani ≥ 65 anni trattati in ADI, depurata dal numero di prese in carico di livello "base", ovvero da quegli interventi che si presumono meramente prestazionali/estemporanei);

- il coefficiente intensità di assistenziale (CIA) e i relativi livelli di intensità utilizzati per classificare la casistica.

Rispetto all'esigenza di questo percorso di analisi di pervenire a un valore complessivo sull'intensità dell'assistenza delle singole Regioni, abbiamo costruito, a partire dalla distribuzione della casistica per livello CIA, una misura di sintesi che presuppone che tutti gli utenti presi in carico si posizionino sul valore centrale della classe/livello. La numerosità dei casi di ogni classe è considerabile come peso di quel livello, ai fini del calcolo della media ponderata Regione per Regione ⁽¹⁾. Per uniformità rispetto all'indicatore sulla copertura, sono stati presi in considerazione solo i livelli CIA da I a IV. Le Regioni che riportano un CIA medio più elevato sono quelle che assicurano una maggiore frequenza degli accessi: ciò è indicativo della capacità di garantire assistenza alle situazioni più complesse e di offrire un servizio che possa realmente rappresentare un'alternativa al ricorso ad altri *setting* assistenziali (es. ricoveri ospedalieri).

Una volta costruiti, per ogni Regione, gli indicatori sulla copertura e sull'intensità dell'ADI sono state confrontate le combinazioni che si realizzano Regione per Regione (l'impegno assistenziale delle Regioni può essere visto come una combinazione tra copertura e intensità dell'assistenza). Si propone una lettura dei dati più aggiornati oggi disponibili, riferiti al 2016 ⁽²⁾ (Fig. 3.1).

Nel campione di Regioni selezionate, mediamente sono serviti in ADI il 2,7% degli anziani con un'intensità media ponderata pari a 0,4 (ovvero se tutti gli utenti fossero presi in carico per un mese, riceverebbero accessi in 12 giornate). Nella maggior parte delle Regioni, per un'ipotetica presa in carico di 30 giorni, risulta una frequenza degli accessi tra 11 e 13 (peso CIA medio

⁽¹⁾ Va premesso che tale metodologia presuppone che la durata della presa in carico sia omogenea in tutte le Regioni, mentre di fatto potrebbe non essere così. Al momento, purtroppo le statistiche non diffondono il numero di giornate erogate da ogni Regione per ogni classe di intensità, per cui per ottenere un valore di sintesi sull'intensità è stato necessario ricorrere alla *proxy* appena illustrata. I dati a disposizione sulla distribuzione per classe CIA si riferiscono all'intera popolazione, senza possibilità di isolare i soli anziani e, pertanto, è stato necessario supporre che gli anziani si distribuiscano tra le varie classi CIA come l'intera popolazione; si ricorda che gli anziani, pur non essendo gli unici beneficiari dell'ADI, rappresentano l'83,5% dei casi trattati in ADI (Fonte: Ministero della salute, 2016).

⁽²⁾ Sono stati utilizzati i valori tratti dal flusso SIAD pubblicati in Vetrano e Vaccaro, 2017.

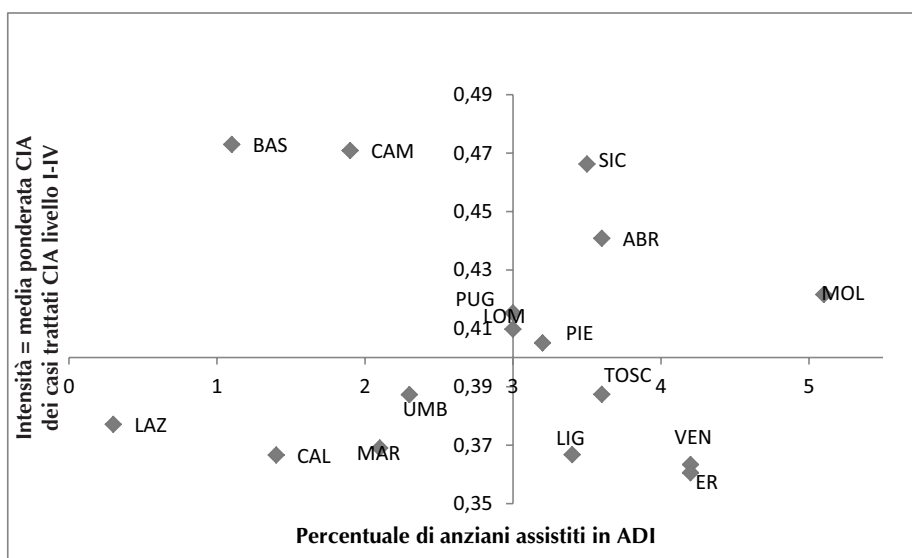
tra 0,39 e 0,43); alcune Regioni del Meridione si distinguono dal resto del Paese per un'intensità più pronunciata (Basilicata, Campania e Sicilia).

Non sembra emergere una particolare relazione di regolarità statistica tra copertura e intensità, come dimostrato dalla distribuzione piuttosto casuale delle Regioni sul piano cartesiano (l'intensità non aumenta al crescere della copertura, ma non si verifica in maniera sostanziale nemmeno il fenomeno inverso).

Dalla lettura congiunta dei dati sull'intensità assistenziale e quelli sulla copertura del servizio, si evince che due Regioni, Abruzzo e Molise, si distinguono per alti livelli sia di copertura sia di intensità, seguite dalla Sicilia che riporta un'alta intensità e una copertura medio-alta. Le Regioni del Nord tendenzialmente si caratterizzano per una buona copertura ma una scarsa intensità del servizio (quarto quadrante), un comportamento che accomuna anche la Toscana. Fanno eccezione il Piemonte e la Lombardia, con un servizio che rispetto al proprio contesto territoriale di riferimento si rivela meno diffuso ma più intensivo.

La compresenza di valori medio-bassi sia di intensità sia di copertura caratterizza in particolare il Lazio e la Calabria (ma anche Umbria e Marche), mentre singolari sono i casi di Basilicata e Campania, che offrono un servizio poco diffuso ma molto intensivo (concentrano evidentemente l'assistenza su pochi casi).

Figura 3.1 - ADI: livello di copertura e intensità dell'assistenza, 2016



2.2. Intensità e copertura dell'assistenza residenziale

Un'altra prospettiva di osservazione è quella del confronto tra la copertura e l'intensità dell'assistenza in ambito residenziale.

Il primo aspetto sul quale si differenzia l'assistenza delle Regioni è nel livello di diffusione dei servizi residenziali. Non a caso, proprio uno degli indicatori utilizzato nella griglia LEA per valutare la capacità delle Regioni di garantire adeguata assistenza territoriale agli anziani è quello dei posti equivalenti ⁽³⁾ in strutture residenziali. Le elaborazioni sono state realizzate utilizzando i dati relativi alle verifiche LEA per l'anno 2014 (Ministero della salute, 2016b), l'ultimo aggiornamento disponibile al momento di concludere questo articolo.

Per confrontare l'intensità e la qualità dell'assistenza ricevuta dall'ospite delle strutture residenziali nelle varie Regioni sarebbe necessario raccogliere con modalità omogenee su tutto il territorio nazionale dati sugli standard di personale e sugli altri requisiti strutturali garantiti, informazioni oggi non disponibili nei sistemi statistici nazionali (per un confronto al riguardo si veda Chiatti, Barbabella e Masera, 2013).

In assenza di tali strumenti, una *proxy* dell'intensità assistenziale può essere rappresentata dalle risorse dedicate dalle Regioni per assicurare gli oneri a carico del SSR (per giornata di assistenza erogata). Ciò non significa necessariamente che a maggiori costi a carico del SSR corrispondano standard di erogazione superiori. Occorre tenere presente, comunque, che generalmente esiste una relazione di complementarietà tra la quota a carico del SSR e la quota a carico delle famiglie/Comuni e che, quanto maggiore è l'intensità assicurata dal SSR, tanto minore è il livello delle compartecipazioni ai costi richiesti all'utenza (per una ricognizione delle quote sanitarie e delle rette alberghiere nelle varie Regioni si veda Pesaresi, 2016a, 2016b, 2016c). In questo senso, una maggiore compartecipazione del SSN per giornata si presume sia indicativa di un sostegno economico da parte del sistema regionale più intensivo.

I costi per giornata di assistenza sono stati stimati rapportando la spesa per assistenza territoriale residenziale agli anziani (tratta dai modelli LA 2015 ⁽⁴⁾) al

⁽³⁾ I posti equivalenti sono dati dal numero di giornate in strutture residenziali per anziani/365/popolazione anziana di riferimento. L'indicatore è alimentato tramite il flusso informativo FAR.

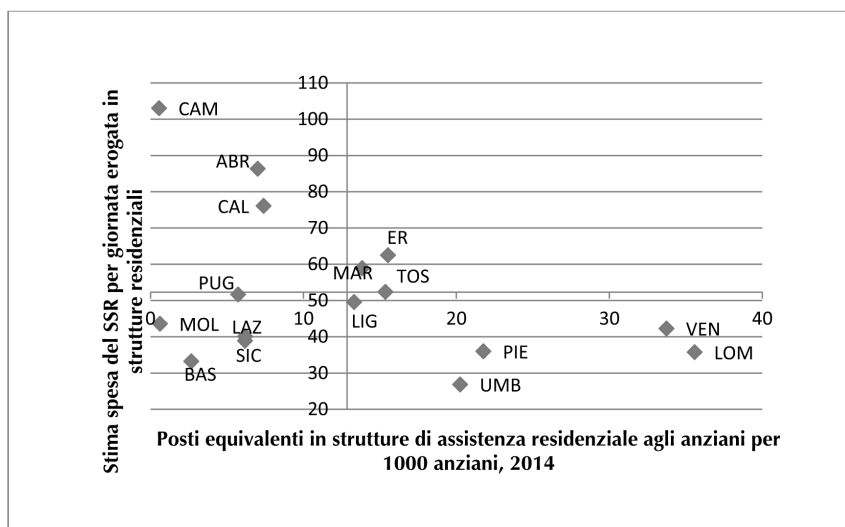
⁽⁴⁾ Si ringrazia il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, per la collaborazione e la fornitura dei dati tratti dai modelli LA 2015 per le voci relative all'assistenza agli anziani non autosufficienti. Tali costi estratti dal sistema NSIS includono sia la mobilità interregionale passiva che quella attiva (dunque anche i costi sostenuti dalla Regione per pazienti residenti in altre Regioni). Nell'impossibilità di depurare quest'ultima componente abbiamo comunque utilizzato tale valore come una *proxy* della spesa regionale per i propri assistiti, anche in considerazione del fatto che i servizi

dato più recente disponibile sulle giornate di assistenza erogata dai SSR ⁽⁵⁾. In media ogni 1.000 anziani sono erogate giornate corrispondenti a 12,86 posti equivalenti, con un costo a carico del SSR pari a 52,3 euro a giornata.

La relazione tra copertura dell'assistenza residenziale e intensità della stessa è di tipo negativo (Fig. 3.2): all'aumentare delle dimensioni dell'offerta regionale corrisponde una riduzione dell'intensità di risorse per caso. Tra le Regioni con una copertura limitata del servizio, ma una forte contribuzione del SSN troviamo Campania, Abruzzo e Calabria; all'estremo opposto si collocano i sistemi sanitari regionali che garantiscono l'assistenza residenziale ad un'ampia platea di beneficiari con uno sforzo economico ridotto sul singolo caso, in particolare Veneto, Lombardia ma anche Piemonte e Umbria.

Rispetto a questa tendenza generale si distinguono per uno sforzo superiore alla media sia sul piano della copertura che su quello dell'intensità assistenziale l'Emilia Romagna, le Marche e la Toscana. Di tenore opposto i casi del Lazio, della Sicilia, del Molise e della Basilicata, dove una limitata estensione della rete residenziale si accompagna da uno sforzo del SSN per giornata decisamente modesto rispetto al resto del Paese.

Figura 3.2 - Assistenza residenziale del SSN: livello di copertura e spesa del SSN per giornata



socio-sanitari, rispondendo a una logica di prossimità, sperimentano una mobilità tra Regioni piuttosto ridotta rispetto ad altri servizi (es. quelli ospedalieri).

⁽⁵⁾ Le giornate sono state calcolate moltiplicando l'indicatore sui posti equivalenti 2014 della Griglia LEA per 365 per la popolazione anziana residente all'1.1.2014 (diviso mille). Nel calcolo della spesa per giornata sono stati rapportati due valori riferiti ad anni diversi, non essendo ancora disponibili i dati LEA 2015.

3. Il rapporto tra servizi per favorire il mantenimento a domicilio e lo sviluppo della rete residenziale

L'assistenza delle Regioni tramite servizi si sviluppa su due diversi obiettivi: l'esigenza di favorire il mantenimento dell'anziano al proprio domicilio attraverso interventi adeguati e lo sviluppo di una rete di residenze per le situazioni in cui la risposta più appropriata è rappresentata dall'istituzionalizzazione.

Per quanto sia preferibile un'offerta che assicuri un rapporto equilibrato tra gli sforzi sui due fronti, le politiche regionali possono distinguersi per maggiore o minore importanza data a uno dei due obiettivi.

Per valutare il posizionamento delle singole Regioni è necessario ricostruire il quadro complessivo degli interventi locali sociali e socio-sanitari. In particolare l'*home care* è inteso in un'accezione ampia che comprende non solo l'assistenza domiciliare, ma anche gli altri servizi diurni che favoriscono il mantenimento a domicilio, in analogia al metodo utilizzato in Gori *et al.* (2016).

Il confronto tra gli sforzi delle Regioni per il mantenimento a domicilio e quelli per l'assistenza nelle residenze può essere effettuato considerando i volumi di utenza servita dalle due diverse tipologie di servizi. Nello specifico, per ricostruire lo sforzo assistenziale delle singole Regioni per il mantenimento a domicilio sono stati presi in considerazione innanzi tutto i servizi socio-sanitari, con riferimento, per omogeneità temporale, al 2014 (anno per cui sono disponibili entrambe le fonti):

- per l'ADI socio-sanitaria, l'indicatore di copertura riportato dalle Regioni nella griglia LEA per l'anno 2014;
- per i centri diurni per anziani non autosufficienti, la copertura del servizio è stata desunta dai dati sull'assistenza semiresidenziale rilevata dal sistema Far, i cui valori sono stati riportati nel Rapporto di verifica sugli adempimenti LEA (Ministero della salute, 2016c); nello specifico sono stati considerati il numero di ospiti dei centri diurni del 2014, includendo sia la generica assistenza semiresidenziale -SR1 che l'assistenza semiresidenziale specifica per le demenze -SR2 ⁽⁶⁾).

Oltre ai servizi domiciliari e diurni del SSN è stata considerata anche l'assistenza domiciliare erogata dai Comuni nel 2013 ⁽⁷⁾, al netto degli utenti

⁽⁶⁾ Numero di dimissioni attive/numero anziani (per 100 residenti).

⁽⁷⁾ Fonte: ISTAT, 2017a.

serviti dall'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, in quanto già compresi nel conteggio dell'utenza dell'ADI. Per le altre forme di assistenza domiciliare dei comuni non è possibile isolare la quota di utenti eventualmente già serviti dall'ADI (è possibile che uno stesso utente sia beneficiario di entrambi i servizi) e, dunque, il totale degli anziani assistiti a domicilio di una Regione potrebbe essere inferiore della somma tra utenti SAD e ADI. In ogni caso, la somma di entrambi i servizi, è indicativa dello sforzo assistenziale della Regione (nel confronto tra due Regioni, a parità di utenti serviti dall'ADI, se una delle due Regioni eroga agli stessi utenti oltre all'ADI anche il SAD, garantisce uno sforzo assistenziale maggiore rispetto alla Regione che non eroga SAD). Si parlerà, dunque, non tanto di utenza complessiva dei servizi per il mantenimento a domicilio ma di "sforzo per il mantenimento a domicilio" ⁽⁸⁾. Mediamente le Regioni oggetto di questa analisi hanno riportato uno sforzo corrispondente a 3,87 utenti ogni 100 anziani.

Per rappresentare invece lo sforzo assistenziale per garantire l'assistenza residenziale si è fatto riferimento al numero di anziani non autosufficienti accolti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari nel 2014, proprio in considerazione del fatto che l'Indagine sui presidi dell'ISTAT (2017c) esplora sia l'universo delle strutture di carattere socio-assistenziale che quello delle strutture socio-sanitarie. È risultato un valore medio di utenza servita pari a 1,33 anziani ogni 100.

L'esito del confronto, Regione per Regione, del posizionamento rispetto alle due dimensioni (Fig. 3.3) evidenzia, innanzi tutto, un rapporto positivo tra lo sforzo per il mantenimento a domicilio e il livello di assistenza residenziale. Ciò equivale a dire che tendenzialmente le Regioni più impegnate su un obiettivo sono anche più impegnate sull'altro, senza quindi relazioni di complementarità tra le due diverse politiche (non sono due obiettivi tra loro sostitutivi).

Nel primo quadrante, tra le Regioni con livelli medio alti su entrambe le dimensioni, troviamo esclusivamente le Regioni settentrionali e la Toscana. Nell'ambito di questo sottogruppo di coloro che presentano un'assistenza adeguata su entrambi i fronti, emergono comunque significative differenze: alcune Regioni mostrano un maggiore orientamento alla domiciliarità (Vene-

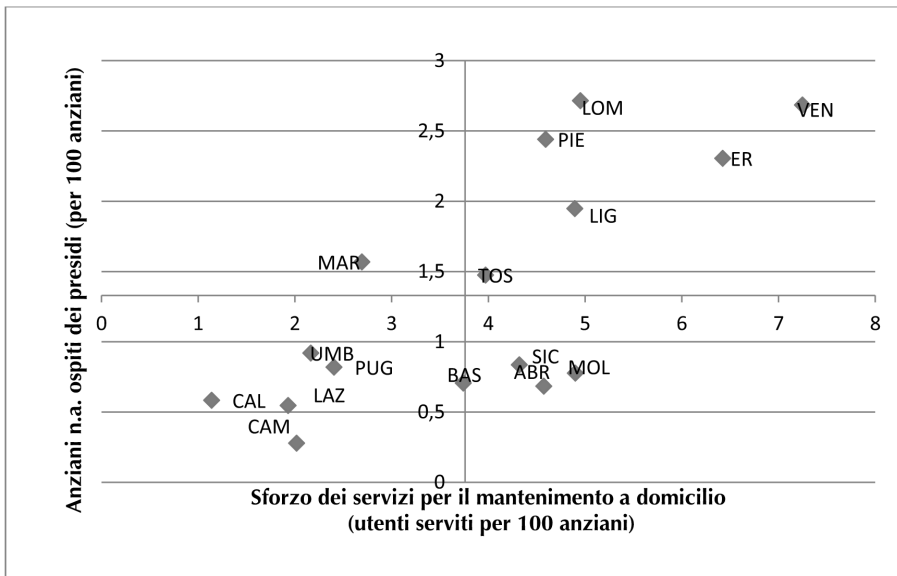
⁽⁸⁾ Da precisare inoltre che, tra i servizi per la domiciliarità, si considera anche la tipologia "voucher-assegno di cura-buono socio-sanitario": non è scontato che questa categoria possa essere considerata integralmente come "erogazione di servizi", tuttavia, nell'impossibilità di isolare questa componente, si è scelto di includere anche questa tipologia.

to e Emilia-Romagna), mentre in Piemonte e Lombardia il peso della residenzialità è relativamente più marcato.

In situazione diametralmente opposta troviamo una serie di Regioni che risultano deboli su entrambi gli obiettivi (Umbria, Puglia, Calabria, Lazio e Campania), senza privilegiarne particolarmente nessuno.

Rispetto a questi due comportamenti estremi – Regioni attive su entrambi gli obiettivi o Regioni deboli su entrambi i fronti – si individuano alcune situazioni intermedie, nelle quali l’impegno della Regione è concentrato su uno dei due fronti. È il caso delle Marche, con un sostegno alla domiciliarità degli anziani abbastanza contenuto e un livello di risposte residenziali oltre i valori medi nazionali. Invece, Sicilia, Abruzzo e Molise si caratterizzano per un’offerta residenziale decisamente limitata, accompagnata però da un adeguato sforzo per il sostegno alla domiciliarità.

Figura 3.3 - Sforzo dei servizi per il mantenimento al domicilio e diffusione dell’assistenza residenziale



4. Il rapporto tra assistenza monetaria e interventi attraverso servizi

Assistere gli anziani tramite servizi o tramite trasferimenti monetari? Sono queste le due opzioni di *policy* tra cui sono chiamati a scegliere i respon-

sabili delle politiche per la non autosufficienza ai vari livelli di governo. Dal momento che all'assistenza erogata nei vari territori concorrono enti diversi, le combinazioni tra *cash* e servizi che si osservano a livello locale rappresentano l'intersezione di questi interventi, non necessariamente coordinati.

Pur nella consapevolezza che le combinazioni tra assistenza monetaria e servizi sono il frutto della stratificazione più o meno casuale di interventi di cui sono responsabili istituzioni diverse, è utile una lettura degli esiti di tali dinamiche.

Per ciascun territorio, per ricostruire lo sforzo assistenziale attraverso i servizi, sono stati sommati:

- il complesso dello sforzo assistenziale per il mantenimento a domicilio descritto nel paragrafo precedente (ADI, Centri diurni e SAD al netto degli utenti serviti in modo congiunto dall'ADI);
- l'utenza "anziani non autosufficienti" accolta nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100 anziani residenti).

Per stimare l'assistenza tramite contributi monetari si considera il numero di pensionati over 65enni che percepiscono invalidità civile con indennità di accompagnamento oppure indennità di accompagnamento per invalidità civile nel 2015 (*Fonte*: ISTAT, 2017b). Anche in questo caso, il numero di percettori è stato rapportato alla popolazione anziana. È stato fatto riferimento all'indennità di accompagnamento in quanto trattasi della prestazione più rappresentativa degli interventi monetari fruiti dai cittadini di ciascuna Regione; è evidente che non può essere considerato un dato esaustivo, dal momento che possono esistere altre misure locali attivate dalle Regioni, anche attraverso il Fondo nazionale per la non autosufficienza (purtroppo non sono disponibili rilevazioni, a livello nazionale, degli interventi erogati tramite questo fondo). Peraltro, come già specificato nel paragrafo precedente, anche tra gli interventi erogati dai Comuni per il mantenimento a domicilio non è possibile isolare in modo univoco le prestazioni meramente monetarie dagli altri sostegni alle famiglie per acquisto di servizi per la non autosufficienza e, dunque, non è stato possibile integrare il dato delle prestazioni monetarie erogate dall'INPS con quelle erogate dal welfare locale.

Per quanto ovvio, si ricorda che l'essere beneficiari di indennità di accompagnamento è compatibile con la fruizione di servizi socio-sanitari e sociali. Pertanto, sarebbe scorretto valutare l'assistenza complessiva di ogni territorio sommando le due tipologie di beneficiari; resta valida, in ogni caso, l'utilità di una comparazione tra l'importanza delle due diverse tipologie di interventi nei singoli territori (il posizionamento nelle due diverse dimensioni).

Mediamente le Regioni del campione riportano uno sforzo assistenziale sui servizi equivalente a 5,2 beneficiari ogni 100 anziani e assistono con indennità di accompagnamento il 12,2% degli over 65enni.

Ne emerge una relazione abbastanza netta tra servizi e sussidi (Fig. 3.4): le Regioni più attive nell'erogare servizi sono quelle che fanno meno ricorso all'indennità e, viceversa, un elevato ricorso all'indennità si accompagna con una ridotta capacità di prendere in carico attraverso i servizi locali.

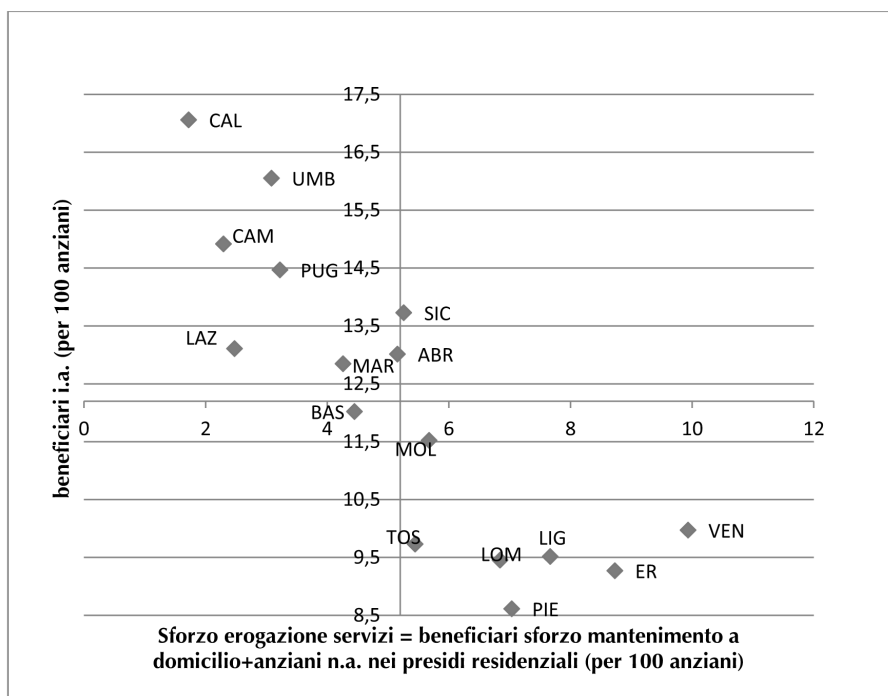
Rispetto ai valori medi nazionali, le Regioni del Nord si distinguono per la compresenza di copertura medio-alta di servizi e scarso ricorso all'indennità (sono tutte nel quarto quadrante). Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna e Lombardia sono quelle che, in assoluto, presentano la minore diffusione dell'indennità (tra l'8,6 e il 9,6%).

In una posizione simile si colloca la Toscana, con una diffusione piuttosto limitata dell'indennità e un livello dei servizi medio-alto, in ogni caso con una discreta distanza rispetto ai valori delle Regioni del Nord.

Tendenzialmente, le altre Regioni del Centro-sud si distinguono per un livello di servizi medio-basso e un elevato numero di beneficiari di trasferimenti monetari. L'apice del ricorso all'indennità si registra in Calabria, dove per ogni beneficiario di servizi ci sono 10 beneficiari di indennità; l'Umbria, l'altra Regione che si distingue per un ricorso all'indennità molto pronunciato, a confronto della Calabria presenta un migliore livello di servizi, pur confermandosi al di sotto dei valori medi nazionali.

Rispetto ai due modelli emersi – il Nord e il Centro-sud – si notano alcune posizioni singolari come quella del Molise che, rispetto alle Regioni limitrofe, presenta un buon posizionamento quanto a erogazione di servizi e una diffusione abbastanza limitata dell'indennità; la particolarità del Veneto – rispetto al proprio contesto territoriale di riferimento – è quella di essere la Regione del Nord con la maggiore diffusione dell'indennità ma, al tempo stesso, la realtà dove in assoluto sembra esserci una migliore copertura da parte dei servizi.

Figura 3.4 - Diffusione dei servizi e dell'indennità di accompagnamento



5. Il rapporto tra welfare sociale e welfare socio-sanitario

Ai servizi per gli anziani non autosufficienti erogati in ogni Regione contribuiscono sia i servizi socio-sanitari regionali che la filiera dei servizi sociali. Si tratta di due componenti che, a seconda dei territori, assumono un'importanza diversa, dando luogo a combinazioni che possono manifestare un maggiore orientamento regionale al supporto del fabbisogno clinico oppure alle esigenze tutelari.

La spesa socio-sanitaria e quella socio-assistenziale possono essere considerate come una *proxy* del livello delle risposte assistenziali assicurate dalle due diverse filiere che, in ogni territorio, rispondono a questo bisogno. La spesa socio-sanitaria per la LTC degli anziani è stata ricostruita a partire dalle specifiche voci dei servizi territoriali rivolti agli anziani rilevate con i modelli

LA 2015 ⁽⁹⁾. Per la spesa sociale è stata utilizzata la spesa sociale dei comuni per anziano sulla specifica popolazione di riferimento, rilevata dall'ISTAT per l'anno 2013 (ISTAT, 2017).

Come noto, in un settore connotato da una storica carenza di standard normativi di riferimento per entrambe le filiere, il livello di spesa socio-sanitaria per anziano e quello di spesa sociale risultano profondamente variabili da Regione a Regione:

- rispetto ad una media di 363 euro per anziano, la spesa del SSN per la non autosufficienza oscilla dai 160 euro della Campania ai 718 euro del Veneto;
- rispetto ad una media di 74 euro per anziano, la spesa sociale varia dai 20 euro della Calabria ai 122 euro della Toscana.

La lettura congiunta dei due *items* determina sostanzialmente due diversi gruppi di combinazioni, abbastanza polarizzate (Fig. 3.5):

- una serie di Regioni con un impegno medio-alto sia sul lato socio-sanitario che su quello socio-assistenziale (di fatto le Regioni del Nord e la Toscana), si veda primo quadrante;
- le Regioni meridionali che presentano un livello di spesa contenuto su entrambi i fronti (terzo quadrante).

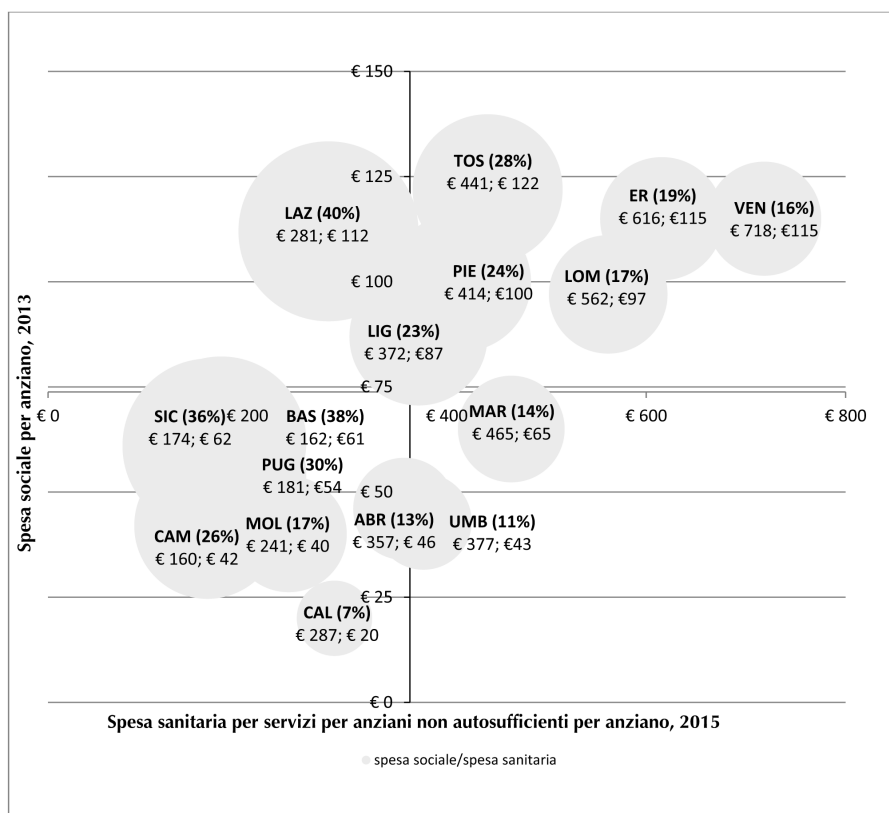
Non mancano comunque, le dovute eccezioni, come quella del Lazio, che presenta un livello di spesa socio-sanitaria modesto (281 euro), ma risulta tra le Regioni con il più elevato impegno della rete sociale (112 euro). Non a caso si tratta della Regione con il rapporto più elevato tra spesa sociale e socio-sanitaria (rappresentato dalle dimensioni delle bolle): la spesa sociale rappresenta il 40% di quella socio-sanitaria, in un panorama nazionale dove, per rispondere ai bisogni degli anziani non autosufficienti, mediamente le risorse sociali pesano poco più di un quinto delle risorse del SSN (22%).

L'Umbria e le Marche, invece, risultano orientate ad un tipo di supporto che confida su un buon apporto delle risorse socio-sanitarie, ma su un sostegno della rete sociale piuttosto debole (le risorse sociali sono il 13-14% della spesa socio-sanitaria). Altre realtà con un ruolo delle risorse sociali piuttosto limitato rispetto alle risorse di tipo sanitario (ovvero una tendenza alla "sani-

⁽⁹⁾ Somma delle voci: Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare – Assistenza programmata a domicilio (ADI); Ass. territoriale residenziale – Assistenza agli anziani; Ass. territoriale semiresidenziale – Assistenza agli anziani; Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare – Assistenza agli anziani (quest'ultima voce si riferisce non tanto alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, quanto agli sportelli di consulenza e orientamento rivolti agli anziani).

tarizzazione" delle risposte) sono la Calabria (7%), l'Abruzzo (13%), il Veneto (16%), il Molise e la Lombardia (entrambe 17%).

Figura 3.5 - Rapporto tra spesa sociale per anziano e spesa sanitaria per servizi per la non autosufficienza degli anziani



6. La centralità della non autosufficienza nei servizi sanitari regionali

I singoli sistemi sanitari regionali sono responsabili dell'erogazione dei LEA socio-sanitari, ivi compresi quelli per gli anziani non autosufficienti.

Si tratta di un ambito in cui per assenza di sostanziali standard nazionali ⁽¹⁰⁾ l'impegno delle singole Regioni può essere rivelarsi molto discre-

⁽¹⁰⁾ A differenza di altre tipologie di servizi sanitari, non esistono riferimenti normativi sulla dotazione minima o massima dell'offerta di servizi, sugli standard di personale

zionale e legato alla sensibilità/livello di attenzione che i sistemi locali riconoscono a questo tipo di bisogno rispetto alle altre esigenze a cui il sistema sanitario è chiamato a rispondere (ad esempio la prevenzione, le acuzie, ecc.).

Si ricorda che lo sforzo nel dedicare adeguate risorse ai servizi territoriali per gli anziani può essere indicativo della capacità delle Regioni:

- di prevenire utilizzi inappropriati di altre tipologie di servizi (ad esempio quelli per l'emergenza-urgenza);
- di evitare l'eccessivo prolungamento della durata delle degenze ospedaliere.

Ciò premesso può essere utile verificare l'incidenza della spesa per i servizi di LTC per gli anziani rispetto al totale della spesa corrente delle singole Regioni.

La spesa per la LTC è stata ricostruita come totale dei costi dei modelli LA 2015 per i servizi espressamente rivolti a questo bisogno (si veda nota n. 9). Per la spesa sanitaria corrente regionale si è fatto riferimento a quella ricostruita dalla Ragioneria Generale dello Stato (2017b).

La fotografia che ne risulta conferma l'estrema variabilità con cui le Regioni definiscono il peso delle risorse da investire in questo ambito (Fig. 3.6). Rispetto a una media nazionale del 4,5%, i valori regionali oscillano dall'1,7% della Campania, all'8,7% del Veneto.

Ci si potrebbe aspettare che il maggior assorbimento di risorse per la LTC dipenda dalla struttura demografica della popolazione, ovvero che a dedicare una maggiore quota di spesa ai servizi per la non autosufficienza degli anziani siano proprio le Regioni con una maggiore presenza di anziani.

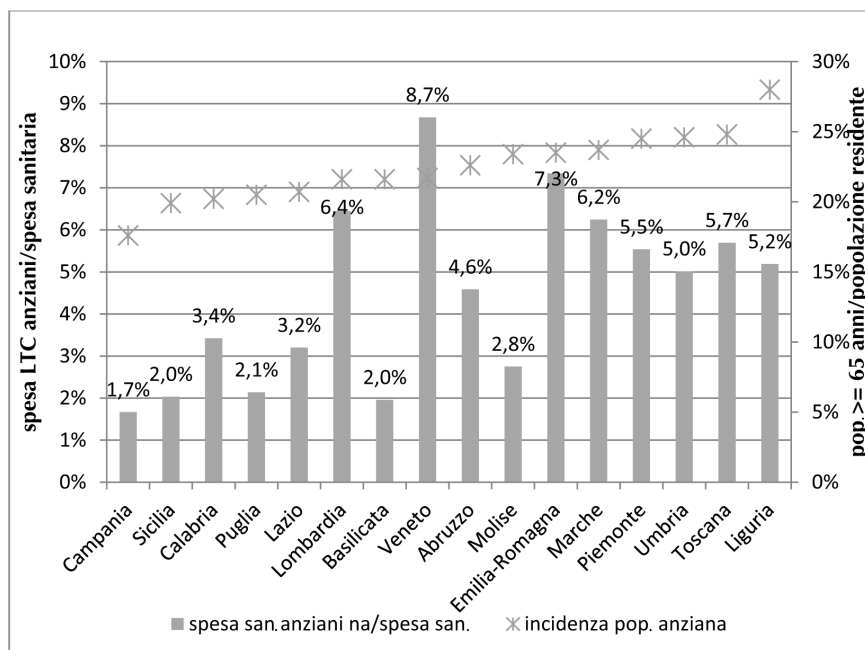
Nella Fig. 3.6 le Regioni sono ordinate da destra verso sinistra in ordine crescente per incidenza della popolazione anziana. Se tendenzialmente si riscontra un aumento dell'incidenza della spesa per LTC all'aumento del peso della popolazione anziana, sono evidenti alcune discontinuità: ad esempio, Lombardia, Basilicata e Veneto hanno una struttura demografica simile, ma in Basilicata il peso è un quarto di quello riportato dalle altre due Regioni. Le Regioni più vecchie in assoluto, Umbria, Toscana e Liguria presentano

da assicurare, sulla quota minima o massima di risorse da dedicare alla LTC. Anche dopo l'approvazione del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (nuovi LEA) questi aspetti restano perlopiù indefiniti.

un'importanza della LTC oltre la media nazionale (tra il 5 e il 5,7%), ma questo risultato è di gran lunga inferiore a quello delle Regioni con l'incidenza massima (Veneto e Emilia-Romagna).

Anche tra le Regioni con la struttura demografica più giovane (quelle sulla sinistra) ci sono differenze considerevoli (dal 2% della Sicilia al 3,4% della Calabria); il minimo assoluto riportato dalla Campania (1,7%) potrebbe essere parzialmente giustificato dalla minima incidenza degli anziani. Un'altra situazione singolare è quella del Molise che, pur essendo caratterizzato da un peso medio-alto della popolazione anziana, riconosce alla LTC una centralità decisamente modesta nel panorama nazionale (2,8%).

Figura 3.6 - Rapporto tra la spesa regionale per LTC degli anziani e la spesa sanitaria regionale, 2015



7. Il rapporto tra sistema centrale e assistenza territoriale

In un contesto istituzionale che vede coinvolti, nelle risposte al bisogno di assistenza agli anziani non autosufficienti, il sistema centrale – attraverso

le prestazioni assistenziali erogate dall'INPS ⁽¹¹⁾ – e gli enti territoriali – responsabili degli interventi socio-sanitari (servizi sanitari regionali) e di quelli socio-assistenziali (Comuni) –, un'interessante prospettiva di confronto tra le Regioni è proprio quella del grado di compartecipazione dei vari livelli di governo. Nello specifico è possibile confrontare, in ogni territorio, le risorse dedicate dallo Stato e dagli enti decentrati alla non autosufficienza degli anziani.

Un maggiore concorso alla spesa da parte sistema centrale può essere indicativo di una maggiore dipendenza dal Centro e una minore proattività degli enti territoriali nella costruzione degli interventi.

La spesa per l'indennità di accompagnamento delle singole Regioni è stata stimata a partire dal numero di beneficiari con più di 65 anni di ogni Regione del 2015 (beneficiari di invalidità civile con indennità di accompagnamento e indennità di accompagnamento per invalidità civile, Fonte ISTAT, 2017b). In assenza di disponibilità di dati sulla spesa per l'indennità degli anziani per Regione, per ottenere la stima della spesa regionale, è stata ipotizzata la fruizione da parte di tutti i beneficiari per 12 mensilità dell'importo mensile in vigore per il 2015 ⁽¹²⁾. Per quanto ovvio, esso rappresenta un'approssimazione della spesa che non necessariamente corrisponde a quella effettiva e che non tiene conto del diverso andamento del *turn over* dei beneficiari nelle singole Regioni; ai fini del presente esercizio ciò vuole semplicemente permettere un confronto dell'impegno economico dello Stato per i vari territori attraverso una metodologia per quanto possibile uniforme, dato l'assetto informativo disponibile.

La spesa del welfare territoriale per gli anziani è stata ricostruita sommando la spesa dei Comuni per anziano (Fonte: ISTAT, 2017a) alla spesa socio-sanitaria per servizi di LTC per gli anziani rapportata alla popolazione over 65 del 2015.

Mediamente, tra le Regioni analizzate ai fini di questo lavoro, il welfare locale assicura in termini di spesa il 36% degli interventi complessivi, a fronte dei quali si registra una variabilità territoriale molto pronunciata (Fig. 3.7): i casi più estremi sono quelli della Campania, dove le risorse per i servizi territoriali incidono solo per il 18,2% e il Veneto, la Regione con minore dipendenza rispetto al sistema centrale (57,8% di risorse locali).

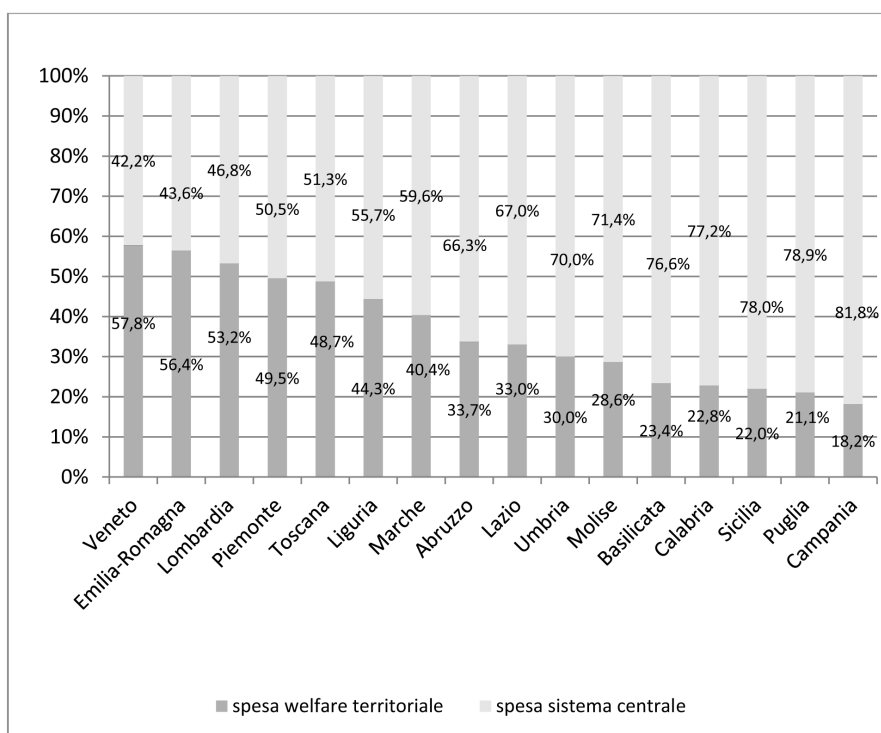
⁽¹¹⁾ Non viene preso in considerazione il Fondo nazionale per la non autosufficienza, in quanto non è possibile isolare la quota destinata agli anziani non autosufficienti rispetto a quella destinata ai disabili nei vari territori.

⁽¹²⁾ Per l'anno 2015 pari a 507,49€, (RGS, 2017a).

La geografia di questo indicatore evidenzia un progressivo aumento della dipendenza dallo Stato spostandoci da Nord a Sud. In ogni caso, anche all'interno delle varie ripartizioni territoriali, si riscontrano situazioni peculiari:

- nell'ambito delle Regioni meridionali si distingue l'Abruzzo che, rispetto al proprio contesto territoriale di riferimento, evidenzia una maggiore autonomia verso il sistema centrale (33,7% di contributo del welfare locale);
- tra le Regioni centrali le due situazioni estreme sono quelle dell'Umbria, dove la spesa statale arriva a pesare per il 70%, e quella della Toscana, dove il sistema centrale contribuisce solo per il 51,3%;
- al Nord, dove mediamente oltre la metà degli interventi è assicurato con risorse del sistema centrale, la situazione di maggiore dipendenza dallo Stato è quella della Liguria (55,7% a carico dell'INPS).

Figura 3.7 - Composizione della spesa per la LTC degli anziani per livello di governo, per Regione, 2015



8. Uno sguardo d'insieme

Abbiamo esplorato l'assistenza agli anziani non autosufficienti delle Regioni sotto diverse prospettive, secondo le dimensioni ritenute maggiormente caratterizzanti, attraverso appositi indicatori. Ciò ha permesso di ricostruire, innanzi tutto, il profilo delle singole Regioni, attraverso una fotografia delle loro caratteristiche più salienti.

Si è proceduto con una lettura per coppie di dimensioni, osservando, nelle varie Regioni, le combinazioni delle diverse caratteristiche degli interventi. In questo modo abbiamo potuto indagare anche le relazioni tra le varie dimensioni.

Ad esempio, mentre non risulta una relazione netta tra intensità e livello di copertura dell'assistenza domiciliare socio-sanitaria, nell'assistenza residenziale emerge una certa complementarità tra i due obiettivi, come dire che le Regioni scelgono se privilegiare la numerosità degli assistiti o concentrare interventi intensivi su una platea ridotta di beneficiari. Questa complementarità non viene confermata quando si confrontano gli interventi residenziali con gli interventi per favorire il mantenimento dell'anziano a domicilio, anzi, le Regioni più attive sulla domiciliarità di solito lo sono anche sulla residenzialità.

I territori con maggiore diffusione dell'indennità di accompagnamento sono generalmente quelli dove i servizi del welfare locale sono più deboli; di solito un maggior investimento da parte del servizio socio-sanitario è accompagnato da un maggiore sforzo da parte dei Comuni, anche se queste due filiere non sono sempre presenti con le stesse proporzioni (in alcune realtà i servizi sociali riescono ad avere un ruolo decisamente più marcato rispetto alle medie nazionali).

Tendenzialmente l'importanza attribuita dai singoli servizi sanitari regionali alla LTC dipende dal grado di vecchiaia della propria popolazione, ma le numerose eccezioni a questa regola inducono a pensare che l'investimento in questi servizi avvenga in maniera molto discrezionale, in base alla diversa sensibilità locale nei confronti di questo bisogno.

Infine, emerge una relazione di complementarità tra gli investimenti del welfare territoriale e quelli del sistema centrale che determina, per le Regioni con interventi locali più deboli, una maggiore dipendenza dallo Stato nelle risposte al bisogno della non autosufficienza.

Bibliografia

- CHIATTI C., BARBABELLA F., MASERA F. (2013), *Gli standard e i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- GORI C. et al. (2016), *How different countries allocate long-term care resources to older users: changes over time*, in *Long-term care reforms in Oecd countries*, Bristol, Policy press.
- ISTAT (2017a), Risultati dell'Indagine *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati. Anno 2013*, pubblicati in <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017b), Risultati delle *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici Anno 2015*, pubblicati in <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2017c), Risultati dell'Indagine, *Anno 2014, Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* pubblicati in <http://dati.istat.it/>.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio* – www.salute.gov.it.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2012), Indicatori SIAD – sistema assistenza domiciliare – www.salute.gov.it.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2016a), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2013*, Roma, Ministero della salute – www.salute.gov.it.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2016b), Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA, Metodologia e Risultati dell'anno 2014 – www.salute.gov.it.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2016c), Verifica adempimenti LEA anno 2014 – www.salute.gov.it.
- PESARESI F. (2016a), *Le tariffe delle RSA*, in *Quanto costa l'RSA*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- PESARESI F. (2016b), *La suddivisione della spesa tra sanità e sociale*, in *Quanto costa l'RSA*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- PESARESI F. (2016c), *La partecipazione alla spesa da parte dell'assistito*, in *Quanto costa l'RSA*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2017a), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario n. 18* – www.rgs.mef.gov.it.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2017b), *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 4* – www.rgs.mef.gov.it.
- VETRANO D.L., VACCARO K. (a cura di) (2017), *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come la fa* – www.italialongeva.it.

PARTE SECONDA
Nuove prospettive

4. La domiciliarità

Rosemarie Tidoli

1. Introduzione

Favorire e sostenere l'invecchiamento e la permanenza a domicilio degli anziani fragili e/o non autosufficienti è da tempo un obiettivo centrale delle politiche sociali e dei sistemi di *Long-Term-Care* occidentali. In Italia il supporto all'*ageing in place* (Oecd, 1994) si è imperniato a lungo sul SAD, Servizio di assistenza domiciliare, e sull'ADI, Assistenza domiciliare integrata, i due poli tradizionali dell'assistenza domiciliare pubblica. Tuttavia, da quando essi sono nati e si sono consolidati, una complessa serie di dinamiche ha profondamente mutato il contesto in cui perseguire il mantenimento a domicilio.

Sono cambiate le famiglie, gli anziani, i bisogni; i servizi non possono continuare a restare gli stessi. L'assistenza domiciliare classica, poco adeguata a esigenze di cura continuativa, risulta sempre più residuale, quasi "di nicchia" (Pasquinelli, 2015, a cura di) – nel caso del SAD – o comunque troppo poco intensa – nel caso dell'ADI; quando poi l'anziano si aggrava troppo per essere accudito a casa, si ricorre alla RSA. Infatti l'offerta pubblica per affrontare i molteplici problemi posti dalla non autosufficienza nei suoi vari stadi si riduce sostanzialmente all'assistenza domiciliare e alla residenzialità. Tra questi due estremi restano ampi spazi di vuoto e molti bisogni scoperti, che le famiglie spesso cercano di soddisfare da sole con il *care* privato o facendo *bricolage* assistenziale. Per rivolgersi anche alle molte situazioni che non trovano rispondenza negli interventi esistenti (cfr. Introduzione) la moderna rete di LTC deve aprirsi a strategie diverse.

Lo hanno capito sia i decisori che altri soggetti della società civile, che stanno cercando di ampliare e articolare maggiormente i sostegni per i non autosufficienti. Grazie all'azione e all'impulso combinato di vari attori, da alcuni anni il ventaglio di aiuti per il mantenimento a domicilio si sta arricchendo sia di misure per implementare i servizi tradizionali, sia di speri-

mentazioni e innovazioni che esplorano strade differenti. A questo proficuo fervore contribuisce anche il diffondersi di una nuova cultura della domiciliarità e della cura, basata sulla volontà di rispondere ai bisogni in un'ottica comunitaria e sulla progettazione partecipata degli interventi.

Questo capitolo si compone di due parti: nella prima viene analizzata la situazione dei servizi pubblici, SAD e ADI, alla luce dei più aggiornati dati quantitativi e qualitativi disponibili. Di entrambi vengono ricostruite le storie, individuate le tendenze emergenti ed evidenziati sia i miglioramenti conseguiti che le criticità presenti.

Nella seconda parte vengono invece esposte le principali direzioni, diverse per ambito e portata d'azione, verso le quali ci si sta muovendo per rafforzare e innovare il sistema della domiciliarità.

Un breve paragrafo conclusivo tira le fila del percorso compiuto, evidenziando alcuni punti di attenzione per il futuro.

2. Le tendenze in atto ⁽¹⁾

2.1. *La china discendente e la metamorfosi del SAD* ⁽²⁾

Il SAD, il servizio di assistenza domiciliare sociale dei Comuni, è il caposaldo storico della domiciliarità assistita di anziani e soggetti fragili. Tuttavia, come già emerso negli anni precedenti, numerosi riscontri quanti-

⁽¹⁾ L'intero paragrafo 2 riprende in parte i contenuti di Tidoli, 2016.

⁽²⁾ Con il termine SAD (Servizio di assistenza domiciliare) si indicano qui i servizi di responsabilità e a finanziamento comunale svolti in base a regolamenti del singolo Ente, che offrono prestazioni domiciliari socio-assistenziali e tutelari a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti. I richiedenti vi accedono previa valutazione del caso da parte del Servizio sociale comunale e, generalmente, sono tenuti a partecipare al costo. In alcuni territori regionali, tuttavia, lo stesso tipo di servizio (che esclude prestazioni sanitarie e infermieristiche e l'intervento di operatori delle Aziende sanitarie), può essere denominato in modo differente: assistenza domiciliare con prestazioni a rilevanza sociale, assistenza domiciliare sociale, cure domiciliari sociali, assistenza domiciliare per autosufficienti, ecc. L'ultima denominazione, che in realtà si riferisce a un servizio rivolto anche a anziani con limitazioni dell'autonomia, viene adottata per distinguerlo dall'ADI (ad es. in Sardegna) o da altre forme di assistenza specificatamente destinate ai non autosufficienti che prevedono anche interventi sanitari, l'accesso tramite l'Unità di valutazione multidimensionale, ecc. Questo avviene, ad es., in Piemonte, dove per le prestazioni domiciliari erogate ai sensi dell'art. 2 della legge n. 10/2010 l'ASL sostiene il 50% del costo dell'intervento.

tativi e qualitativi suggeriscono che tale unità di offerta sta man mano perdendo attrattiva per la potenziale utenza e rischia di diventare marginale. Anche per il 2013, infatti, i dati esposti nella Bussola (cap. 2) indicano che, pur con una grande variabilità nel Paese e significative eterogeneità anche a livello provinciale, la copertura di utenti ultra 65enni continua ad essere in flessione nella maggior parte delle Regioni, benché alcune evidenzino consistenti spese pro capite (indice di alta intensità assistenziale). Le minime percentuali di anziani presi in carico, irrilevanti in rapporto al crescente numero dei non autosufficienti, mostrano la sempre maggior fatica dell'assistenza domiciliare a rispondere ai molteplici bisogni di una fascia di popolazione in continua espansione. La tendenza generalizzata alla diminuzione dei tassi di copertura, che ha iniziato a manifestarsi nel 2004 dopo un periodo di crescita lenta ma ininterrotta, sembra essere diventata una costante. Nel decennio che intercorre tra il 2004 (primo anno dell'inversione di rotta, che ha visto un calo dello 0,2% e una copertura dell'1,6%) e il 2013 (in cui la percentuale è scesa fino all'1,2%), il valore nazionale si è sempre mantenuto inferiore al già modesto 1,8% del 2003. Il decremento più significativo (- 0,3%) è avvenuto tra il 2010 e il 2013 a seguito del trend negativo che ha riguardato quasi tutte le Regioni dopo le decurtazioni governative nei fondi per la spesa sociale e per la non autosufficienza.

Perché il SAD ha imboccato la china discendente sulla quale sembra proseguire inesorabilmente? Sarebbe sbagliato ritenere che la colpa sia solo della lunga congiuntura negativa e dei conseguenti tagli di spesa. Oltre una quindicina di anni fa, infatti, da vari territori hanno iniziato a emergere le avvisaglie di uno stato di difficoltà del SAD (Tidoli, 2006): alcuni dei problemi che il servizio mostra ancora oggi sono l'eredità di quel passato. Nonostante l'assistenza domiciliare sia il primo polo dell'offerta pubblica di *Long-Term Care*, la produzione di analisi qualitative e comparative su scala regionale e nazionale è molto scarsa; per capire meglio l'origine di una crisi che parte da lontano, dunque, può essere utile ripercorrere (facendo riferimento soprattutto al Nord e Centro-nord) la storia dei SAD, riconducibile a tre fasi.

Alla luce di nuove concezioni sociali e geriatriche orientate a ridurre i ricoveri e soddisfare le necessità dell'anziano nell'ambiente di vita, a metà anni '70 in alcune Regioni settentrionali esordiscono i primi servizi di assistenza domiciliare, progettati per soggetti relativamente giovani, con lieve compromissione dell'autosufficienza e bisogni "leggeri"; gli utenti ricevono aiuto domestico, compagnia o commissioni da operatori comunali non qualificati.

In questa prima fase, quasi “pionieristica” (Gori e Casanova, 2009), i SAD nascono per iniziativa autonoma di singoli Comuni (ad esempio Milano, che avvia i Centri di assistenza domiciliare anziani nel 1973). Nell’arco di circa un ventennio si diffondono, promossi dalle leggi di riforma dei servizi socio-assistenziali emanate dalla molte Regioni tra gli anni ’80 e ’90; non saranno mai, però, oggetto di normative nazionali di rilievo (Pesaresi, 2007)⁽³⁾.

La seconda fase, gli anni ’90, grazie anche a un rafforzamento della cultura della domiciliarità risulta particolarmente fertile per lo sviluppo dei servizi domiciliari. Il SAD, presente in varie Regioni, si sta consolidando e i suoi utenti lentamente aumentano; nel 1995 diventa operativo il secondo polo di offerta domiciliare, l’ADI (cfr. par. 2.3).

Proprio in questo periodo, tuttavia, comincia a “esplodere” il problema degli anziani dipendenti: nel giro di alcuni anni un insieme di cause (aumento e invecchiamento della popolazione anziana, modifiche e indebolimento delle strutture familiari) pone i servizi locali di fronte sia all’incremento numerico che al mutamento delle caratteristiche dei potenziali utenti. In diversi Comuni si rende necessario istituire liste d’attesa per l’assistenza domiciliare; i richiedenti, sempre più vecchi, sono affetti da patologie multiple e croniche, da demenze e spesso hanno necessità di cure continuative. Tra loro sono molte le persone sole, senza rete familiare o con coniugi altrettanto anziani, essendo sempre meno scontati sia l’esistenza che il supporto dei figli, assorbiti da impegni di vita e lavoro.

Per cercare di affrontare il nuovo contesto in cui il SAD si trova a operare, i decisori comunali e regionali adottano strategie su più versanti. Per potenziare il servizio, i Comuni iniziano ad affidarne l’esecuzione a cooperative sociali, mentre varie Regioni puntano a qualificarlo prevedendo standard gestionali e formazione del personale. Il SAD si espande, compiendo nel contempo un salto di qualità e una metamorfosi: quello che era considerato quasi un servizio di pulizie si trasforma in un’unità di offerta che – pur mantenendo l’identica impostazione prestazionale – si rivolge

⁽³⁾ Per i SAD l’unico riferimento legislativo nazionale di un certo peso si rintraccia nella l. n. 328/2000 di riforma dei servizi sociali che all’art. 15, dedicato al sostegno domiciliare degli anziani non autosufficienti, menziona la riserva di una quota del Fondo nazionale per le politiche sociali per favorire la loro autonomia e supportare la famiglia nell’assistenza domiciliare. All’articolo, tuttavia, non è stata data attuazione a causa della successiva modifica del titolo V della Costituzione (Pesaresi, 2007).

prevalentemente alla cura personale di anziani non autonomi, centrandosi sempre più sulla malattia (Quintavalla, 2005).

2.2. Crisi e limiti del SAD di ieri e di oggi

Nel corso di questo processo cade quasi totalmente l'originaria valenza di prevenzione, promozione del benessere e sostegno delle capacità residue. Salvo possibili differenze locali, l'offerta prevalente ora consiste in attività – circoscritte per intensità, quantità e durata – legate alle funzioni vitali (alzata, igiene personale, vestizione, mobilitazione, cure diverse, ecc.) di persone gravi e grandi anziani compromessi sul piano psicofisico e comportamentale, spesso indirizzati al servizio comunale dalle strutture sanitarie. Ben presto si constata che, in rapporto alle esigenze quotidiane di queste persone e dei loro *caregiver*, gli interventi erogati, anche se qualificati, rappresentano una “goccia nel mare”; qualunque sia il bisogno, le risposte si basano sempre sull'offerta standardizzata di alcune prestazioni svolte in orari diurni, mentre la gestione complessiva della situazione è addossata alla famiglia oppure resta precaria. Paradossalmente, nonostante il livello di professionalizzazione raggiunto, in parallelo all'incremento dei non autosufficienti cresce anche il numero di coloro ai quali SAD e ADI non riescono a garantire una permanenza a casa sicura e protetta: per le famiglie diventa indispensabile individuare nuovi adeguati strumenti di *care*.

Il resto è storia di ieri. Grazie ad una forma di auto-organizzazione senza precedenti, anche in Italia inizia il ricorso alle cure informali delle badanti, in alternativa o (più raramente) in aggiunta all'assistenza formale. Il fenomeno prende piede grazie alla debolezza del sistema pubblico e in breve tempo produce forti ripercussioni sulla rete di welfare contribuendo, tra le altre cose, a mantenere bassa la richiesta di servizi domiciliari e residenziali da parte degli anziani dipendenti⁽⁴⁾. Al periodo di crescita, spinto dalla presa in carico di casi sempre più complessi, ne subentra uno

⁽⁴⁾ A causa della diffusione del *care* privato, entrambe le unità di offerta risconterranno anche notevoli modifiche nella tipologia di persone da prendere in carico. Al SAD perverranno richieste di grandi anziani ancor più gravi, spesso in attesa di ricovero definitivo. Alle RSA, di conseguenza, arriveranno soggetti con pluripatologie complesse e demenze tanto avanzate da non essere più gestibili a casa neanche con una somma di supporti. Ciò richiederà a questi servizi di erogare cure sempre più intense e ad alta specializzazione sanitaria.

di stabilizzazione finché, intorno al 2000, il SAD inizia a perdere utenti e a “collassare” (Quintavalla, 2012). Si apre così una terza fase, nella quale si fa strada l’idea che occorra ripensarne *mission* e modalità operative.

Questa ricostruzione, benché semplificata, fa capire come i problemi del SAD nascano in primis dall’incapacità di modificare la rigida impostazione di base per rispondere alle esigenze di cura di un’utenza ormai molto diversa da quella originaria; il suo mancato decollo (Gori e Pelliccia, 2013) dopo alcuni anni promettenti, dunque, non è da attribuire solo alla venuta delle badanti. A queste criticità di fondo, nel tempo, se ne aggiungono altre che vanno a stratificarsi sulle precedenti.

Dopo tutti i cambiamenti e i fenomeni intervenuti, com’è il SAD di oggi? Le testimonianze di operatori e utenti ci aiutano a scattarne una fotografia ⁽⁵⁾.

Gli attuali fruitori sono perlopiù anziani in condizioni di salute molto precarie, spesso affetti da patologie cognitive o demenze. La complessità insita in situazioni simili, nelle quali la richiesta di aiuto non riguarda solo l’interessato ma la famiglia nel suo insieme, rende molto difficile dare risposte appropriate e tempestive.

È convinzione diffusa che ai Servizi giunga una domanda circoscritta, ben inferiore al reale bisogno; in diverse zone le già modeste percentuali ⁽⁶⁾ di persone in carico al SAD sono in calo o restano uguali nonostante l’evidente aumento dei non autosufficienti. Le liste d’attesa sono scomparse; le famiglie sembrano preferire le risposte interne al nucleo e/o il mercato pri-

⁽⁵⁾ Le osservazioni esposte nei paragrafi 2.4 e 2.5. si basano su fonti diverse: 1) le testimonianze di vari AA.SS, operatori e utenti del SAD, raccolte dall’Autrice sia nella sua precedente attività professionale di AS che nel corso di docenze e consulenze rivolte a operatori e soggetti del terzo settore; 2) un lavoro di approfondimento, condotto da IRS di Milano nell’ambito della ricerca “Costruiamo il welfare dei diritti 2016” (presentata a Milano ad aprile 2016), relativo agli ambiti lombardi di Crema, Merate e Garbagnate, al Comune di Parma e al Consorzio socio-assistenziale del Cuneese; 3) un focus group di soggetti erogatori di assistenza domiciliare in Lombardia, svoltosi a Milano a marzo 2017, coordinato dall’Autrice per conto di www.lombardiasociale.it. Si ritiene che i riscontri raccolti, benché riferiti al settentrione, siano comuni a molti altri contesti territoriali italiani e, per quanto parziali, permettano di cogliere le tendenze emergenti.

⁽⁶⁾ Tra i territori esaminati nell’ambito della ricerca IRS, a fronte di una copertura del bisogno variabile dal 2% al 6% degli ultra 65enni, fanno eccezione Parma e Cuneo, che raggiungono quote di anziani non autosufficienti superiori alla media nazionale e delle rispettive Regioni (il 14,7 dell’Emilia-Romagna e l’8,3 del Piemonte).

vato di cura, anche quando poco qualificato. I motivi che fungono da barriera d'accesso, contribuendo ad allontanare parte dei possibili utenti, sono molteplici. Nonostante notevoli differenze territoriali ⁽⁷⁾, tra i principali si rilevano: *a)* criteri d'accesso molto specifici e stringenti ⁽⁸⁾; *b)* iter burocratici complessi e necessità di presentare l'Isee per l'ammissione al servizio o per la determinazione dei costi; *c)* quote di partecipazione elevate, introdotte *ex novo* o già esistenti e ritoccate verso l'alto.

L'ultimo fattore non solo ha pesato notevolmente nel contenere i fruitori del SAD ma ne ha ulteriormente modificato e selezionato la tipologia. La conseguenza è che tra i richiedenti e le persone prese in carico aumentano soprattutto: 1) i casi "sociali", inseriti d'emergenza dai Servizi in mancanza o in attesa di altre soluzioni; 2) gli anziani soli e/o a basso reddito o indigenti. Per chi deve corrispondere contribuzioni ridotte o nulle, infatti, usufruire del SAD è più conveniente. Le famiglie in condizioni economiche migliori, invece, possono rivolgersi al *care privato* o direttamente ai gestori di assistenza domiciliare ⁽⁹⁾, talora spendendo meno che con il Comune ed evitando i relativi adempimenti.

In alcuni territori si è cercato di sviluppare prassi e forme di erogazione più articolate, ampie e flessibili ⁽¹⁰⁾, senza tuttavia riuscire ad incidere più di tanto nelle criticità intrinseche del servizio; malgrado gli sforzi compiuti, è un dato di fatto che il SAD non riesca a rispondere efficacemente alla domanda di assistenza e tutela avanzata dalle famiglie dei non autosufficienti.

⁽⁷⁾ L'estrema eterogeneità esistente nei SAD in certe Regioni (ad es. in Lombardia), non solo nelle di quote di contribuzione ma anche nei criteri di ammissione, organizzazione del servizio, modalità e strumenti di valutazione del caso, prestazioni erogate, ecc., causa una grave mancanza di equità orizzontale e verticale nei confronti degli utenti, potenziali e non.

⁽⁸⁾ Ad es. una certa percentuale di invalidità civile, la mancanza di figli o *caregiver* idonei, la presentazione di documentazione medica, reddito o Isee entro una data soglia, ecc.

⁽⁹⁾ Il sopracitato focus group di gestori di SAD lombardo, infatti, ha fatto emergere come le cooperative sociali stiano assistendo a un grande aumento delle richieste di assistenza privata, dato che le loro tariffe non di rado risultano più convenienti delle contribuzioni comunali.

⁽¹⁰⁾ Spesso ciò è stato fatto grazie alla voucherizzazione dell'assistenza domiciliare, che comporta la possibilità per l'utente di scegliere l'erogatore in una lista di fornitori accreditati da Comune o Ambito territoriale. Questa modalità dovrebbe consentire una maggiore flessibilità oraria e un ampliamento delle prestazioni offerte. Altri territori, inoltre, hanno attivato interventi di tutoring e monitoraggio delle badanti, svolti dagli operatori del SAD e promossi da varie legislazioni regionali.

In sostanza, l'assistenza domiciliare pubblica oggi viene percepita da fasce di potenziali interessati come non competitiva con altre forme di *care* e poco attrattiva. Il SAD comunale viene sempre più visto come un servizio per gli anziani poveri e soli; per evitare che diventi del tutto residuale occorre ricercarne un nuovo sviluppo (Pesaresi, 2010), imboccando direzioni differenti e provando anche ad attrarre nuovi tipi di utenza.

Tabella 4.1 - La scarsa attrattività del SAD: motivi e conseguenze

Motivo	Conseguenze
Criteri di ammissione specifici e stringenti	▪ Ritorno a cure intrafamiliari ▪ Ricorso al <i>care</i> informale (badanti) ▪ Ricorso diretto a gestori di assistenza domiciliare ▪ Aumento di casi "sociali" e indigenti tra gli utenti del SAD ▪ Il SAD visto come servizio "dei poveri"
Iter complessi e necessità di presentare l'Isee	
Costi di partecipazione elevati	

2.3. L'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

2.3.1. Il trend dell'ADI

La seconda unità di offerta domiciliare pubblica per i non autosufficienti, l'ADI, l'assistenza socio-sanitaria integrata assicurata dalle Aziende sanitarie, grazie a un insieme di servizi medici, infermieristici e riabilitativi offre continuità assistenziale a soggetti non autosufficienti o fragili, di ogni età, affetti da patologie varie (perlopiù cronico-evolutive), che abbiano difficoltà a usufruire dei servizi ambulatoriali ma per i quali non sia appropriato il ricorso all'ospedale. Per mantenere a domicilio i pazienti migliorandone la qualità di vita, il servizio eroga interventi multidisciplinari in base a un Piano di assistenza individualizzato (PAI). L'Assistenza domiciliare integrata rientra nei percorsi di cure domiciliari del SSN; fin dal 2001 costituisce un Livello essenziale di assistenza (LEA) e, contrariamente al SAD, non prevede quote di contribuzione a carico degli interessati.

L'ADI, come già accennato, comincia ad essere attiva a metà degli anni '90, periodo molto stimolante per i servizi domiciliari sia a livello di riflessione scientifica che di operatività (Gori, Casanova, 2009). La sua istituzione si deve al Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995" del 1992, con il quale inizia a imporsi il modello d'intervento a rete incen-

trato su Unità di valutazione geriatrica (UVG), progetti d'intervento personalizzati, individuazione di un responsabile del caso e azione integrata dei servizi sociali e sanitari. Il soggetto a cui è affidata la concretizzazione dei nuovi principi (nonché l'introduzione di metodologie che da allora sono diventate fondamentali, quali valutazione multidimensionale, scale e indicatori formali, PAI personalizzati) è l'unità valutativa. L'azione dell'UVG (o dell'UVM, Unità di valutazione multidimensionale)⁽¹¹⁾, che richiede a operatori di Enti e di professionalità diversa, sanitaria e sociale, di lavorare insieme su un terreno condiviso e obiettivi comuni, contribuisce a diffondere una visione integrata, sui contenuti e sul metodo, dei problemi dei non autosufficienti (Guaita, 2009).

Nel decennio successivo l'ADI, presente nella totalità delle ASL italiane, è oggetto di una costante crescita, che a metà degli anni 2000 la porta a raggiungere il 3,3% di anziani, quasi il doppio del SAD (stabilizzatosi su 1,7% prima di iniziare a calare); le coperture regionali risentono però di una spiccata eterogeneità. Tra il 2001 e il 2012 si verifica un processo di convergenza, con uno sviluppo dei tassi di utenza soprattutto nel Meridione, che consente alle varie Regioni di attestarsi su valori vicini a quello nazionale, stemperando un po' la disomogeneità (Carrino, 2015). In questo periodo non mancano miglioramenti qualitativi come l'ampliamento delle UVM e UVG, presidi pubblici del percorso di valutazione, progettazione personalizzata e presa in carico dei casi (Gori e Ghetti, 2013), che nel tempo evidenzieranno però alcuni limiti.

Il moderato trend espansivo dell'ADI prosegue anche nel triennio 2010-2013 (+ 0,6%), nel quale il SAD vive invece il calo più accentuato per effetto dei tagli governativi. Nel 2013 la percentuale di ultra 65enni raggiunti arriva al 4,8%, lo 0,6% in più del 2012, con una media di 17,1 ore di assistenza *pro capite*, in continua diminuzione nel corso degli anni. Gli ultra 65enni che usufruiscono in modo integrato sia di SAD che di ADI non superano invece lo 0,6% (ISTAT, 2017).

Malgrado l'attenuazione delle differenze verificatasi nel lungo periodo, le medie nazionali continuano a nascondere una grande disomogeneità tra le Regioni, con gruppi molto al di sopra o al di sotto dei valori sia per copertura che per intensità assistenziale. All'interno delle singole Regioni,

⁽¹¹⁾ Nelle diverse Regioni infatti si registrano infatti denominazioni e modelli di riferimento diversi.

inoltre, vi è un'elevata disparità di fruizione del servizio tra le diverse ASL, variabile nel tempo⁽¹²⁾. Benché, diversamente dal SAD, l'ADI abbia preso il via da una normativa nazionale e successivamente numerosi atti legislativi e di programmazione sanitaria ne abbiano ben delineato le caratteristiche, la sua concreta attuazione risulta notevolmente influenzata dalla marcata articolazione dei servizi sanitari regionali. I diversi processi riformatori che hanno riguardato le Aziende sanitarie locali nelle differenti Regioni, oltre ai divari economici esistenti, hanno infatti favorito il recepimento e le declinazioni regionali della legislazione nazionale, non stringente, secondo modelli organizzativi molto diversi (Vetrano e Vaccaro, 2017).

2.3.2. Le criticità dell'ADI

In questa terza fase della loro storia, dunque, i servizi domiciliari sono in bilico tra i miglioramenti conseguiti e la necessità di fare ulteriori passi in avanti (Gori e Casanova, 2009). Di seguito esponiamo i principali nodi critici dell'ADI.

- *Scarsa intensità delle risposte.* Si è visto come le percentuali di ultra 65enni seguiti siano in aumento, benché in rapporto ai potenziali utenti restino ancora basse; a titolo di esempio, basti dire che in alcuni stati del Nord Europa viene assistito a casa quasi il 20% degli anziani fragili. Il rafforzamento realizzato negli anni è ancora insufficiente, tanto più che, in parallelo all'incremento numerico, si riscontra la diminuzione delle ore di servizio pro capite. Iniziato nel periodo 2001-2005 con una media scesa da 27 a 23 ore, il calo è andato accentuandosi nel tempo e ha sottolineato ulteriormente le differenze tra Regioni. La strategia generale dei programmatori per raggiungere più anziani sembra essere quella di contrarre l'assistenza riservata ad ognuno; il modesto numero di accessi mediamente erogato, però, non basta a garantire ai casi complessi un'adeguata intensità assistenziale. È logico supporre che, per soddisfare i propri bisogni, i non autosufficienti continuo più sulle risposte attivabili per iniziativa delle famiglie che sul supporto del servizio. Nel complesso, l'odierno assetto del sistema ADI non pare in grado di rispondere

⁽¹²⁾ Per la dettagliata analisi del livello di eterogeneità tra Regioni e delle sue variazioni nel tempo si rimanda al capitolo 6 del 5° Rapporto NNA.

efficacemente alla domanda di assistenza territoriale che proviene dai pazienti con patologie cronico-degenerative.

- *Eterogeneità locale dei modelli organizzativi ed assistenziali.* Oltre alla disomogeneità presente a livello nazionale, il panorama dell'ADI risulta estremamente variegato anche all'interno delle diverse Regioni. Benché la programmazione, la valutazione ed il controllo delle attività siano sempre svolte a livello centralizzato dalle aziende sanitarie, l'erogazione del servizio ha luogo secondo le più differenti modalità (Vetrano e Vaccaro, 2017). In alcune Regioni (ad es. in Lombardia) è possibile trovarne declinazioni molteplici e così diverse da indurre a definirla "un modello senza modelli" (Giunco e Tidoli, 2016). L'eterogeneità e la diversa capacità di risposta ai bisogni presente nelle varie aree territoriali producono mancanza di equità nei confronti degli utenti e dei loro *caregiver*.
- *Ruolo prevalentemente certificatorio di UVG e UVM.* Quasi ovunque le Unità valutative costituiscono il filtro e la porta per l'accesso ai servizi sociosanitari⁽¹³⁾: grazie al loro operato, i meccanismi d'inserimento in certe unità di offerta, ad es. le RSA, sono diventati più trasparenti. Tuttavia, la necessità di ricercare la massima equità distributiva in tempi di contrazione delle risorse ha fatto sì che le équipe valutative abbiano assunto un ruolo sempre più autorizzativo e certificatorio, con il rischio di trasformarsi in strumenti burocratici.
- *Carente integrazione socio-sanitaria.* L'ADI dovrebbe, per sua stessa natura, basarsi sull'integrazione delle competenze sociali con quelle sanitarie. Invece una recente ricerca condotta da Italia Longeva⁽¹⁴⁾, network scientifico del Ministero della salute dedicato all'invecchiamento attivo, a conferma di un'opinione condivisa da tempo da operatori e studiosi, rileva nel Paese una diffusa difficoltà d'interazione ASL/Comuni. So-

⁽¹³⁾ Questo non vale per le UVG lombarde che, a causa dell'ordinamento regionale vigente dall'inizio del 2000 fino alla recente legge di riforma socio-sanitaria (l.r. n. 23/2015), non hanno mai governato la domanda di accesso alla rete. Cessata la gestione diretta di servizi socio-sanitari, hanno operato a lungo come enti di programmazione-acquisto-controllo (modello PAC) e per la formulazione dei PAI dell'ADI. Per approfondimenti sul modello lombardo rimanda al capitolo 9 del primo Rapporto NNA, anno 2009.

⁽¹⁴⁾ VETRANO D. e VACCARO K., a cura di, (2017), *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*. La ricerca, condotta in 12 Aziende sanitarie di altrettante Regioni bilanciate tra Nord e Sud, disegna una mappa dell'ADI in Italia, indaga i diversi modelli organizzativi e assistenziali e segnala buone pratiche e lacune sul territorio. La versione integrale è scaricabile da: <http://www.italialongeva.it/>.

litamente entrambi si muovono da soli, rispondendo separatamente ai bisogni sanitari o sociali degli utenti. Tranne poche eccezioni⁽¹⁵⁾, punti unici di accesso, valutazione congiunta, PAI condiviso, presa in carico integrata, monitoraggio comune del caso sembrano essere ben poco diffusi. Non è però infrequente trovare esempi di integrazione sui casi, grazie all'attitudine personale e alla buona volontà delle figure coinvolte. In ogni caso ciò non basta a garantire l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale (Tidoli, 2017c).

Box 4.1 - Le criticità dell'ADI

Le criticità dell'ADI

- Grande eterogeneità dei modelli organizzativi e dell'offerta di assistenza a livello nazionale e locale.
- Integrazione socio-sanitaria molto carente.
- Ancora esigue le percentuali di anziani seguiti.
- Calo dell'intensità assistenziale degli interventi, insufficiente per i casi più complessi.
- Assunzione di funzioni prevalentemente certificatorie e burocratiche da parte di UVM e UVG.

3. I percorsi di innovazione

3.1. Una nuova cultura della cura e della domiciliarità

I dati fin qui presentati rimandano l'immagine di un'offerta domiciliare pubblica esigua, ben lontana da quella di altri Paesi europei. SAD e ADI complessivamente hanno in carico percentuali di anziani minime, ai quali erogano soprattutto interventi prestazionali; la loro efficacia globale nel sostenere i non autosufficienti e i loro *caregiver* è marginale (Guaita e Casanova, 2010).

Preso atto di questi limiti, però, si deve anche considerare che l'assistenza domiciliare è solo uno tra i possibili strumenti per mantenere a casa i soggetti fragili e cronici. Da alcuni anni, anche grazie all'azione di Associazioni di promozione sociale e fondazioni filantropiche, si assiste a un ampliamento del concetto "culturale" di domiciliarità: sempre più si tende a farla coincidere con un sistema a rete, fondato sull'intreccio di politiche diverse e inclusive e sulla responsabilità partecipata della comunità

⁽¹⁵⁾ L'indagine ha rilevato esempi di assistenza efficacemente integrata a Reggio-Emilia, Torino 5, Umbria 1 e in alcune ATS lombarde, così come nella ULSS della Marca Trevigiana e Brindisi (non uniformemente).

locale, che accoglie l'anziano e accompagna chi lo aiuta. È infatti maturata la consapevolezza ⁽¹⁶⁾ che né le varie unità d'offerta socio-sanitarie, né le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nel luogo primario di vita e relazioni, la loro casa. Modalità nuove e più efficaci per supportare la domiciliarità, quindi, non possono limitarsi né ai servizi domiciliari né, tantomeno, a una mera "badantizzazione" del welfare (Quintavalla, 2012), ma devono esplorare prospettive più ampie.

Come si stanno muovendo, in questo quadro, i decisori regionali e locali? Molti di loro hanno capito che misurarsi con l'esigenza di diversificare e ampliare la gamma degli interventi esistenti è fondamentale per affrontare le sfide poste dalla non autosufficienza. Le soluzioni che si possono mettere in campo per farlo sono diverse (Gori, Introduzione a questo volume): in varie realtà locali, soprattutto del Nord e Centro-nord, sono in corso riflessioni e progetti nuovi e sperimentali mentre in altre sono già a regime alcuni interventi, differenti per ambito e portata d'azione.

Le vie emergenti per rafforzare e innovare il panorama dei sostegni alla domiciliarità sono sostanzialmente riconducibili a quattro aree ⁽¹⁷⁾:

- 1) Integrazione e potenziamento dei servizi domiciliari formali
- 2) Riprogettazione o rimodulazione del SAD
- 3) Sviluppo di forme di "abitare protetto" e di politiche abitative
- 4) Politiche innovative e sperimentazioni nell'ambito del welfare di comunità e di nuovi modelli di responsabilità sociale territoriale.

Le esperienze, buone prassi ⁽¹⁸⁾ e sperimentazioni che stanno interessando il Paese, sia per iniziativa pubblica che per l'importante azione diretta di alcuni soggetti del terzo settore, sono numerose e variegate, generalmente basate su progettualità ampie, impossibili da riassumere in poche righe.

⁽¹⁶⁾ Che si ricollega anche alle riflessioni in atto sulla necessità di un ripensamento complessivo del sistema di welfare di fronte all'aumento della non autosufficienza e della cronicità.

⁽¹⁷⁾ La suddivisione viene adottata ai fini della chiarezza espositiva perché, nella realtà, i casi che rientrano in un gruppo possono "sconfinare" per alcuni aspetti anche in altri.

⁽¹⁸⁾ A questo proposito si ringrazia l'Associazione "La Bottega del possibile" di Torre Pellice (TO) per aver messo a disposizione in anteprima i risultati del progetto "Tutti in rete", ricerca di buone prassi e *policy* di sostegno alla domiciliarità effettuata negli anni 2016 e 2017 in varie Regioni italiane. L'Associazione svolge un'attività di sensibilizzazione per far comprendere cos'è la domiciliarità e cosa significa applicarne la cultura e il diritto.

Nei prossimi sottoparagrafi ne proponiamo alcuni esempi non esaustivi, corredati da indicazioni di massima; per l'approfondimento di obiettivi e contenuti rimandiamo alla sitografia alla fine del capitolo.

3.2. *Integrazione e potenziamento dei servizi domiciliari formali*

Quest'obiettivo viene previsto da molti decisori con modalità differenti. Una delle più frequenti prevede l'erogazione di voucher o contributi economici finalizzati al mantenimento a domicilio, generalmente graduati secondo il livello di necessità assistenziale dell'anziano stabilito da un'unità valutativa nell'ambito di progetti d'intervento personalizzati e, a volte, anche in base all'Isee.

Da menzionare il programma regionale sardo "Ritornare a casa"; istituito nel 2006⁽¹⁹⁾, intende potenziare l'assistenza domiciliare, tutelare e socio-sanitaria, per consentire non solo la permanenza a casa ma anche il rientro dalle strutture residenziali di persone gravi e gravissime che necessitano di assistenza continuativa.

Talora il potenziamento può essere perseguito anche grazie all'azione di attori inconsueti in questa tipologia di servizi, chiamati in causa in virtù delle loro competenze. È questo il caso delle esperienze di "RSA aperta", numerose in Lombardia dove sono state istituite da una legge regionale⁽²⁰⁾ ma presenti, in misura minore e con modalità differenti, anche altrove (ad es. in Piemonte). La misura lombarda mira a supportare la domiciliarità di anziani non autosufficienti, affetti da demenze o altre patologie psicogeriatriche, e a sostenere i *caregiver* tramite la presa in carico da parte di RSA accreditate del territorio; l'ampia gamma di prestazioni erogabili (tabella 4.2) è pensata per affiancare e integrare SAD e ADI. Gli erogatori aderenti possono proporre pacchetti d'intervento diversificati (domiciliari, residenziali e semiresidenziali/diurni) a sostegno del lavoro di cura (Giunco, 2014). La misura è fruibile tramite un voucher differenziato su 3 profili, utilizzabile in modo flessibile.

I primi anni di attuazione della RSA aperta sono stati caratterizzati da luci ed ombre; spesso gli interventi si sono sovrapposti a quelli dei servizi

⁽¹⁹⁾ L.r. n. 4/2006, "Disposizioni varie in materia di entrate, riqualificazione della spesa, politiche sociali e di sviluppo".

⁽²⁰⁾ D.G.R. n. 856/2013, "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. n. 116/2013: primo provvedimento attuativo".

domiciliari anziché potenziarli (Tidoli, 2017c). Regione Lombardia ha perciò deciso di rivedere l'impianto e le caratteristiche della misura.

Tabella 4.2 - Esempi di integrazione e potenziamento dei servizi domiciliari formali

Progetto	Soggetto	Note
Programma "Ritornare a casa"	Regione Sardegna	Mirato al mantenimento a domicilio o al rientro dalle RSA di soggetti con disabilità fisiche o psichiche, demenze, pluripatologie cronico-degenerative, ecc. I progetti accolti sono finanziati fino a un massimo di 20.000 euro annui, 80% a carico della Regione e 20% del Comune di residenza.
RSA aperta	Regione Lombardia	Presa in carico da parte di RSA del territorio di anziani non autosufficienti mediante: attività di integrazione e/o sostituzione temporanea del caregiver, azioni di accompagnamento, adattamento ambienti, addestramento e formazione dei caregiver, stimolazioni cognitive, counselling, ecc.

3.3. Riprogettazione del Servizio di assistenza domiciliare ⁽²¹⁾

Alcune esperienze in atto indicano che alla tradizionale assistenza domiciliare comunale è possibile imprimere direzioni diverse; le modalità, molto variabili per impostazione e risorse impegnate, spaziano da rimodulazioni circoscritte a riprogettazioni globali del servizio (Tidoli, 2017b). Il fine è quello di rendere il SAD più rispondente ai bisogni, più inclusivo e, spesso, di aprirlo a nuovi tipi di utenza. Per gli enti pubblici una delle ipotesi percorribili è quella di fornire risposte non solo alle necessità assistenziali di persone a basso reddito, bensì d'intercettare anche la domanda pagante di una certa fascia di popolazione.

Questa è la strada seguita dal Comune di Milano, che si è posto l'obiettivo di dar vita a un "welfare di tutti", rivolto all'intera città, in grado di raggiungere un'utenza più allargata di quella tradizionale includendo anche i cittadini in condizioni di partecipare alla spesa (Pasquinelli, a cura di, 2015). Nel 2015 è stata avviata una riprogettazione complessiva del sistema di domiciliarità; in parallelo sono stati riorganizzati i Servizi sociali ed è stato adottato un nuovo sistema di accreditamento che modifica radicalmente l'assetto dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale ed educativa.

⁽²¹⁾ Questo sottoparagrafo riprende in parte Tidoli, 2017 b.

A superamento della tradizionale divisione per fasce d'età/problematica (minori, anziani, disabili, ecc.), l'intervento ora parte dal bisogno della persona. L'offerta, ampliata e innovata, è stata ricondotta a 5 "linee di prodotto": 1) interventi educativi, 2) interventi socio-assistenziali (il vecchio SAD, che segue soprattutto anziani e utenti psichiatrici offrendo prestazioni prevalenti di igiene ambientale e igiene personale, 3) aiuti familiari (colf, badanti, baby-sitter, assistenza alla contrattualistica diretta), 4) custodia sociale, 5) interventi aggiuntivi o *peripherals* (pasti a domicilio, trasporti, piccola manutenzione, iniettorato, pedicure curativa più altre proposte degli enti, ad es. consulenze psicologiche, visite specialistiche, ecc.).

Gli interventi aggiuntivi, svolti privatamente da erogatori accreditati dal Comune, si pagano sulla base di un tariffario predeterminato⁽²²⁾; tutti gli altri sono o gratuiti (dietro presentazione di Isee sotto una certa soglia) o a totale carico dell'interessato, non essendo ancora in atto le forme di compartecipazione ai costi in base all'Isee previste a livello sperimentale.

Con i *peripherals* l'Amministrazione mira specificamente ad allargare la platea di utenza raggiungendo famiglie che, grazie alla capacità economica, possono rivolgersi agli operatori privati, di cui spesso ignorano l'esistenza. L'esperienza di Milano si è recentemente arricchita anche di un'infrastruttura digitale costituita dal portale WE-MI, parte integrante del Progetto "Welfare di tutti", finanziato da Fondazione Cariplo nell'ambito del bando "Welfare in azione" (cfr. par. 3.5).

La sperimentazione del nuovo sistema milanese è troppo recente perché siano disponibili dati pubblici sull'andamento e sugli esiti. È comunque ipotizzabile che chi sceglie i *peripherals* ne ricavi almeno due vantaggi: contare su tariffe chiare e prestabilite e godere della garanzia di qualità dell'intervento fornita dall'Amministrazione.

⁽²²⁾ Tuttavia per gli anziani in carico al SAD alcuni interventi, solitamente il pasto e il trasporto, possono rientrare nel progetto personalizzato di domiciliarità (PID) steso dal Servizio sociale ed essere, quindi, gratuiti.

Tabella 4.3 - Esempi di riprogettazione del servizio di assistenza domiciliare

Progetto	Soggetto	Note
Riprogettazione complessiva del sistema di domiciliarità	Comune di Milano	Totale modifica del precedente assetto del SAD; suddivisione dell'offerta in 5 linee di prodotto. La linea "peripherals" punta specificamente ad ampliare l'utenza tradizionale dei servizi, intercettando anche la domanda pagante dei cittadini.

3.4. Sviluppo di forme intermedie di "abitare protetto" e di politiche abitative

Un dibattito allargato sul sostegno della domiciliarità non può prescindere dalle politiche abitative e dall'attenzione a quella popolazione anziana che versa in una condizione "di mezzo", non essendo più in grado di vivere sola in sicurezza ma non necessitando ancora del livello di protezione delle RSA. Per queste persone in varie zone del Paese è in atto una gamma multiforme (e diversamente denominata) di esperienze di "abitare protetto" e di soluzioni intermedie tra il domicilio e la RSA, talora promosse dai decisori (ad es. in Lombardia), talora attivate direttamente da soggetti del terzo settore. Per l'approfondimento di residenzialità leggera, case famiglia, comunità alloggio, soluzioni protesiche a favore di dementi, ecc., rimandiamo al capitolo 6. Qui menzioniamo invece politiche abitative quali portinerie sociali, badanti di condominio, punti-risorsa di caseggiato che possono fungere anche da piccoli centri diurni, ecc. (Quintavalla, 2012). Queste iniziative rientrano spesso in progetti di sviluppo sociale in un'ottica comunitaria e di promozione di reti solidali; al proposito ricordiamo l'esperienza del Comune di Reggio Emilia, gestita dall'ASP "Reggio Emilia città delle persone". Non va poi ignorata la risorsa rappresentata dal *co-housing* nelle sue varie forme, anche intergenerazionali: tra queste il progetto "Casa alla Vela" della cooperativa sociale SAD di Trento, considerato un esempio di particolare successo nell'area trentina.

Tabella 4.4 - Esempi di politiche abitative

Progetto	Soggetto	Note
Portierato Sociale Residenze Gerra, Reggio Emilia. Housing sociale per anziani	ASP "Reggio Emilia città delle persone"	L'esperienza è parte di un accordo di programma finalizzato allo sviluppo di welfare territoriale e di comunità. Il Portierato Sociale Residenze Gerra, attivo 36 ore la settimana, permette agli anziani di restare al domicilio senza ricorrere a servizi più strutturati come il CDI o il SAD. Oltre a presidiare le condizioni dei residenti e sostenerli in alcune attività, risponde a richieste di intervento di bassa complessità, attiva i servizi sociali e cura momenti di intrattenimento.
Casa alla Vela Co-housing intergenerazionale	Cooperativa sociale SAD Trento	Progetto sperimentale di "abitare collaborativo" intergenerazionale, volto a dare una risposta alla solitudine degli anziani prestando attenzione anche alla sostenibilità dei costi. 6 studenti universitari e 5 anziane, supportate da assistenti familiari, vivono sotto lo stesso tetto in appartamenti separati, condividendo gli spazi della Casa. Le ospiti dividono i costi di utenze, vitto, alloggio e delle assistenti. Gli studenti pagano un affitto agevolato in cambio di alcune ore di volontariato; possono inoltre svolgere mansioni retribuite utili alla Casa.

3.5. Politiche innovative e sperimentazioni nell'ambito del welfare di comunità

Le politiche innovative per il sostegno della domiciliarità dei soggetti fragili emergenti negli ultimi anni si rifanno a modelli quali welfare di comunità, welfare collaborativo, welfare generativo, responsabilità sociale e solidale, ecc. Nonostante le diverse denominazioni, tutti sottendono un cambio di cultura e sono accomunati dalla volontà di ripensare ai bisogni sociali in modo diverso, offrendo risposte in un'ottica comunitaria e inclusiva, che integra gli attori vecchi e nuovi del territorio. Per l'imponenza assunta dal problema dell'invecchiamento, *l'ageing in place* degli anziani fragili, pur non essendo l'unico, è un obiettivo a cui generalmente viene dedicata grande attenzione.

Il welfare comunitario si lascia alle spalle l'idea che la non autosufficienza sia un problema specifico delle istituzioni o delle famiglie che la vivono: la cura, infatti, deve diventare una responsabilità, ma anche un'opportunità, di tutti. In questa nuova prospettiva gli enti locali sono chiamati ad individuare soluzioni di medio e lungo periodo che possano contare sul sostegno della collettività, che siano efficaci ed innovative sul versante sociale e che si basino sulla progettazione partecipata degli interventi. È quindi indispensabile

adottare una forma di *governance* che, pur non rinunciando a una forte regia istituzionale, sia aperta all'apporto di tutti gli *stakeholder* (Maino e Ferrera, 2015).

I progetti ispirati alla costruzione di un nuovo welfare con la società civile rientrano sovente nell'ambito di sperimentazioni innovative/ricerche partecipate sostenute da Associazioni di promozione, istituzioni filantropiche e fondazioni di comunità, spesso di origine bancaria. La filantropia comunitaria, che ha preso il via nel 1998 grazie all'impegno e all'intuizione di Fondazione Cariplo di Milano (Bandera, 2013), è diffusa soprattutto al Nord ma comincia ad affacciarsi anche nel Mezzogiorno e nelle Isole.

L'operato e le modalità d'intervento delle fondazioni stanno contribuendo a tracciare vie nuove per i welfare regionali e per quello nazionale. L'esempio più noto è rappresentato dal progetto "Welfare di Comunità e Innovazione sociale" di Fondazione Cariplo, vero punto di svolta sul versante dei servizi alla persona, e dal bando "Welfare in azione", nel 2017 alla sua quarta edizione. Le sperimentazioni finanziate sono progetti di sistema con una logica trasformativa, che superano i confini tradizionali dell'intervento sociale; condividono la finalità di cambiare le reti di welfare grazie a processi d'innovazione, valorizzazione delle risorse comunitarie e *governance* locali forti e partecipate, che promuovono nuovi legami tra le persone e tra i diversi soggetti del territorio. Esperienze di questo tipo spesso stimolano l'emergere di imprenditorialità sociali e sostengono eventuali microprogettualità familiari già radicate e connesse con la quotidianità dei cittadini (Dodi, 2017).

Pur condividendo i tratti di fondo, le declinazioni territoriali delle singole sperimentazioni possono essere molto diverse in quanto legate a situazioni e risorse locali, oltre che a possibili peculiarità regionali ⁽²³⁾; coerentemente con la filosofia della progettazione partecipata, è frequente che la traduzione dei macro-obiettivi in azioni concrete e specifiche, riguardanti i vari temi su cui intervenire, venga affidata a laboratori progettuali divisi per contenuti.

Le esperienze innovative che fanno capo all'area delle risposte comunitarie sono molteplici e in continuo aumento; nella tabella 4.5 ne riportiamo

⁽²³⁾ In parallelo al finanziamento dei progetti, Fondazione Cariplo ne accompagna la realizzazione con un monitoraggio costante. Per ogni edizione dei bandi vengono attivate "comunità di pratica" e momenti d'incontro trasversali alle diverse annualità su tematiche di comune interesse. Essi rappresentano importanti occasioni di confronto per condividere esperienze e far diventare patrimonio comune le lezioni apprese nei diversi territori, anche al fine di individuare modelli replicabili.

alcune, già attive o in via di attuazione, centrate sugli anziani o che prevedono significative azioni nei loro confronti.

Tabella 4.5 - Esempi di progetti innovativi di welfare comunitario e generativo

Nome del progetto	Soggetto capofila o promotore e territorio	Note
La cura è di casa (la comunità che cura la propria cittadinanza)	Provincia Verbano-Cusio-Ossola. Territorio del VCO (77 comuni) più 7 del novarese	Finanziato da Fondazione Cariplo, si rivolge ad ultra 65enni bisognosi di sostegno o prossimi alla perdita di autonomia. Essi possono beneficiare di interventi di monitoraggio e prevenzione che sollevano la famiglia dalla gestione quotidiana.
Brescia città del noi	Comune di Brescia. Territorio della città di Brescia	Finanziato da Fondazione Cariplo, si propone di passare dal welfare dell'Amministrazione al welfare della comunità cittadina, con l'obiettivo che la cura degli altri diventi una responsabilità e un'occasione di tutti.
Invecchiando s'impara (a vivere). Presente e futuro nella filiera della cura In via di attuazione	Ambito di Seriate. Territorio: 19 comuni aderenti in parte all'Ambito di Seriate e in parte a quello di Grumello del Monte (BG)	Finanziato da Fondazione Cariplo, vuole offrire agli anziani la possibilità di vivere il più a lungo possibile nel proprio mondo, mantenendo la propria autonomia. Il progetto lavora su due aspetti primari: la sensibilizzazione all'invecchiamento attivo e il momento della cura, uniti al concetto dell'autonomia abitativa.
EsPR.it, la comunità genera nuovo welfare	Promotore e finanziatore: Fondazione Cariparma. Territorio di Parma e provincia	Progetto di welfare generativo volto a accompagnare e facilitare la genesi di laboratori di progettazione concertata sui problemi della comunità e sulle risorse per gestirli.
Welfare a km zero	Promotore e finanziatore: Fondazione Caritro. Territorio trentino.	Progetto volto a sostenere e rafforzare la cultura e la pratica del welfare comunitario e generativo. Si propone, tra le altre cose, di arricchire la gamma degli attori che si occupano di welfare, di intercettare nuovi destinatari e di generare risorse e valore.

4. Conclusioni

Si è visto come, di fronte al crescere della non autosufficienza, l'odierna rete di offerta pubblica mostri diversi limiti; nello scenario, però, si stanno

aprendo nuovi spiragli grazie alla volontà di imboccare vie diverse, manifestata sia dalle istituzioni che dalla società civile.

Il cambiamento viene ricercato sia ampliando e diversificando i servizi esistenti, sia provando a costruire un welfare locale e comunitario, caratterizzato da una nuova cultura della cura.

Soprattutto la seconda prospettiva, sostenuta dalla filantropia comunitaria, è al centro di un grande fermento progettuale che sfocia in molteplici esperienze sperimentali e innovative.

In questo periodo di crisi, infatti, l'innovazione viene percepita come particolarmente importante; tuttavia, senza il supporto di azioni mirate ed efficaci, rischia di restare solo uno slogan che nasconde l'incapacità di elaborare forme di protezione sociale nuove per sostituire quelle vecchie, ormai inadeguate (Maino e Ferrera, 2015).

Al momento non è possibile ipotizzare se gli (ambiziosi) obiettivi che i progetti innovativi si pongono saranno effettivamente raggiungibili, in che misura, in che tempi e con quali reali ricadute sugli anziani, sulle loro famiglie e sulla stessa rete dei servizi: oggi non siamo ancora in grado di fare un bilancio di questa recente fase di sperimentazioni. L'elemento chiave per capire se queste esperienze rimarranno isolate oppure se apporteranno cambiamenti nel sistema delle politiche è il loro livello di replicabilità ⁽²⁴⁾.

È indispensabile che le sperimentazioni basate su ipotesi innovative d'intervento, sorta di territori "inesplorati", vengano monitorate da vicino e accuratamente valutate (cosa particolarmente importante nel nostro Paese, più indietro di altri Stati europei per quanto riguarda le valutazioni di welfare sociale). I risultati, positivi e negativi, che emergeranno da questi passaggi dovranno poi essere condivisi e diffusi per diventare un patrimonio comune utile alla costruzione di modelli replicabili. Le conoscenze empiriche acquisite potranno essere proficuamente utilizzate per scegliere le esperienze su cui puntare e quelle da abbandonare (Martini e Trivellato, 2011).

La verifica degli esiti delle sperimentazioni mediante rigorose analisi dei dati dovrà perciò costituire un punto di attenzione prioritaria dei prossimi anni, sia per i soggetti promotori (le fondazioni) sia per i decisori pubblici. Nel frattempo si può iniziare a sperare che, per i sistemi di domiciliarità (così come per il welfare nel suo complesso), si stia aprendo una quarta fase, quella del rinnovamento.

⁽²⁴⁾ Oltre, naturalmente, alla capacità di autosostenersi una volta esauriti i finanziamenti.

Bibliografia

- BANDERA L. (2013), *Le fondazioni di comunità: una nuova declinazione della filantropia*, in MAINO F., FERRERA M. (a cura di), *Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 147-178.
- CARRINO L. (2015), *Le Regioni: tendenze in atto*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 123-145.
- DODI E. (2017), *Esiste un modello lombardo di welfare di comunità?*, www.lombardiasociale.it, 8 maggio.
- GIUNCO F. (2014), *Residenzialità leggera e RSA/RSD aperte. Possibili opportunità e insidie da evitare*, www.lombardiasociale.it, 13 gennaio.
- GIUNCO F., TIDOLI R. (2016), *La presa in carico nei servizi di assistenza domiciliare integrata in Lombardia – parte 2*, www.lombardiasociale.it, 18 maggio.
- GORI C., CASANOVA G. (2009), *I servizi domiciliari*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 36-38.
- GORI C., GHETTI V. (2012), *La qualità che già stiamo perdendo*, in *Welfare Oggi*, 5, pp. 15-18.
- GORI C., PELLICCIA L. (2013), *I territori davanti alla crisi*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 45-69.
- GUAITA A. (2009), *Le UVG tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 143-155.
- GUAITA A., CASANOVA G. (2010), *I bisogni e le risposte*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 167-179.
- IRS (2016), *Gli interventi e i servizi per il sostegno delle persone con non autosufficienza*, in *Costruiamo il welfare dei diritti*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2, pp. 72-78.
- ISTAT (2017), *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati. Anno 2013*, Roma.
- MAINO F., FERRERA M. (a cura di) (2013), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.
- MAINO F., FERRERA M. (a cura di) (2015), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.
- MARTINI A., TRIVELLATO U. (2011), *Sono soldi ben spesi? perché e come valutare l'efficacia delle politiche pubbliche*, Venezia, Marsilio.
- OECD (1994), *Caring for frail elderly people*, Parigi, Oecd.
- PASQUINELLI S. (a cura di) (2015), *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. Gli anziani non autosufficienti*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- PASQUINELLI S. (2016), *Servizi condivisi: dove si gioca l'innovazione*, in *Qualificare*, marzo – www.qualificare.info/home.php?list=archivio&id=794.

- PESARESI F. (2007), *Il SAD per anziani in Italia*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 18, pp. 1-5.
- PESARESI F. (2010), *Dove va la realtà italiana*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 141-165.
- PESARESI F. (2015), *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 7, pp. 1-6.
- QUINTAVALLA E. (2005), *Il sostegno al lavoro di cura delle donne immigrate*, in *Animazione Sociale*, aprile.
- QUINTAVALLA E. (2012), relazione per il convegno "Verso una nuova domiciliarità: la cura e l'assistenza familiare nelle politiche di welfare", Reggio Emilia, 27 giugno 2012.
- TIDOLI R. (2006), *Le metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2, pp. 6-10.
- TIDOLI R. (2016), *Il SAD anziani. Un servizio da ripensare?* – www.lombardiasociale.it – 17 marzo.
- TIDOLI R. (2017a), *Il grande puzzle del SAD lombardo – 1ª parte*, www.lombardiasociale.it – 26 aprile.
- TIDOLI R. (2017b), *Pensare a un SAD diverso è possibile – 2* – www.lombardiasociale.it – 9 giugno.
- TIDOLI R. (2017c), *La rete dei sostegni alla domiciliarità in Lombardia – 3* – www.lombardiasociale.it – 26 giugno.
- VETRANO D., VACCARO K. (a cura di) (2017), *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, scaricabile da <http://www.italialongeva.it/>.

Sitografia relativa ai progetti citati

Brescia città del noi, Brescia

<http://bresciacittadelnoi.it/>

<http://welfareinazione.fondazionecariplo.it/it/project/brescia-citta-del-noi/18/>

Casa alla Vela, Trento

<http://www.cooperativasad.it/servizi/servizi-privati/casa-alla-vela/>

EsPR.it, la comunità genera nuovo welfare, Parma

<http://www.es-pr.it/>

La cura è di casa, Provincia Verbano-Cusio-Ossola

<http://www.lacuraedicasa.org/>

<http://welfareinazione.fondazionecariplo.it/it/project/la-cura-e-di-casa/12/>

Invecchiando s'impara (a vivere), Ambito di Seriate (BG)

http://www.comune.seriate.bg.it/servizi/comunicatistampa/ricerca_fase02.aspx?ID=696

<http://welfareinazione.fondazionecariplo.it/it/project/invecchiando-simpara-a-vivere/20/>

Portierato sociale Residenze Gerra, Reggio Emilia

<http://www.asp.re.it/Struttura.jsp?id=39>

Tutti in rete, La Bottega del possibile, Torre Pellice (TO)

<http://www.bottegadelpossibile.it/>

Welfare in azione, Fondazione Cariplo

<http://www.fondazionecariplo.it/it/progetti/servizi/welfare-di-comunita/index.html>

<http://welfareinazione.fondazionecariplo.it/it/>

Welfare km zero, area trentina

<http://www.welfarekmzero.it/>

Welfare di tutti, Milano

<http://wemi.milano.it/>

<http://www.fondazionecariplo.it/it/progetti/servizi/welfare-di-comunita/welfare-di-tutti.html>.

5. Le cure intermedie

Franco Pesaresi

1. Introduzione

La comunità internazionale non ha ancora raggiunto una definizione univoca di “cure intermedie” (Bartoli *et al.*, 2012; Melis *et al.*, 2004). Ci sono interpretazioni molto diverse in campo. Taluni Paesi le considerano delle soluzioni strutturali ben individuate o unità operative, mentre altri, come l’Inghilterra, le ritengono una modalità di intervento, un processo assistenziale da realizzare attraverso il concorso di molteplici servizi (Bartoli *et al.*, 2012; Comodo e Maciocco, 2004).

Le esperienze internazionali sinora realizzate non sono dunque in grado di fornire punti di riferimento condivisi. In Inghilterra il processo delle Cure intermedie coinvolge il servizio di ospedalizzazione domiciliare o di altra assistenza domiciliare, le strutture residenziali o semiresidenziali e i servizi di riabilitazione domiciliari o residenziali. In sostanza tutti i servizi territoriali. Invece, l’esperienza scozzese ha affidato alle cure intermedie l’obiettivo di mantenere al domicilio il paziente il più a lungo possibile, attraverso una pluralità di servizi di comunità, attivati in funzione del bisogno. Ancora, la sperimentazione spagnola della Catalogna di cure intermedie è stata avviata con la realizzazione di posti letto territoriali ottenuti dalla riconversione dei piccoli ospedali, ma con una organizzazione più vicina alla nostra lungodegenza post-acuzie con la conduzione affidata alla geriatria o alla medicina interna (Morando e Tozzi, 2016) ⁽¹⁾.

I diversi Paesi sono partiti dalla volontà di garantire una migliore continuità assistenziale ed una assistenza territoriale più appropriata, ma hanno

⁽¹⁾ Inoltre, è bene ricordare che in molti Paesi del mondo, dal punto di vista terminologico, per *Intermediate Care Units* si intendono delle unità di degenza ospedaliera che si collocano fra le unità di cura intensiva e i reparti di degenza ordinari (Plate *et al.*, 2017). Parliamo cioè di unità operative ospedaliere di terapia subintensiva.

poi sviluppato in modo diverso il concetto di cure intermedie adattandolo alla propria preesistente organizzazione e alle proprie necessità.

In assenza di modelli europei condivisi, anche l'Italia ha avviato il percorso di introduzione delle cure intermedie collocandosi sulla traccia delle precedenti esperienze europee, ma con una sua specifica caratterizzazione organizzativa.

La letteratura prodotta in questi ultimi anni è in parte fuorviante per interpretare il fenomeno delle cure intermedie in Italia. Molti hanno inserito all'interno delle cure intermedie una serie molto ampia di servizi che comprendono, a seconda dei casi, tutti i servizi residenziali e semiresidenziali o, in alternativa, tutti i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

In realtà le norme nazionali hanno identificato nelle cure intermedie un nuovo *setting* assistenziale residenziale sanitario.

La motivazione che ha indotto lo Stato italiano a introdurre nel sistema una nuova struttura residenziale va ricercata nella difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta (Pesaresi, 2014). L'Agenzia sanitaria nazionale ha spiegato che le strutture residenziali rispondono solamente in minima parte a questo tipo di esigenze, e quindi impediscono, anche nelle Regioni in cui sono numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore (Agenas, 2011).

Le strutture di cure intermedie italiane, nonostante la pluralità di definizioni e di articolazioni organizzative che in questi anni sono state proposte, sono caratterizzate dalla condivisione di alcuni elementi. Innanzitutto i destinatari nelle diverse Regioni italiane sono generalmente rappresentati da:

- a) pazienti che, superata la fase acuta della malattia, risultano stabilizzati clinicamente, ma necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa;
- b) pazienti per i quali vi siano le premesse per un recupero funzionale;
- c) pazienti che necessitano di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità assistenziale.

L'altro elemento comune è costituito dalle finalità, che il più delle volte consistono nel:

- a) garantire una continuità di cure ospedale-territorio;
- b) ridurre le riammissioni ospedaliere;
- c) riportare il paziente al domicilio o in strutture territoriali (Bartoli *et al.*, 2012).

2. Le tendenze in atto: la normativa nazionale

Negli ultimissimi anni, prima l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e poi il Ministero della salute con il decreto ministeriale n. 70/2015, hanno identificato la “struttura per le cure intermedie” (SCI) quale nuova struttura residenziale sanitaria extraospedaliera, con le caratteristiche indicate nella tabella 5.1 (Pesaresi, 2015). All'interno di tale tipologia, secondo il d.m. n. 70/2015, è il cosiddetto ospedale di comunità.

Tabella 5.1 - Le strutture di cure intermedie secondo il d.m. n. 70/2015 e l'Agenas

Caratteristiche	Descrizione
Definizione	Per struttura intermedia si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza. Una di queste è l'ospedale di comunità.
Posti letto	Obiettivo: 0,4 p.l. ogni 1000 abitanti. Modulo da 15-20 posti letto.
Assistenza medica	È assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.
Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale	Fa capo al distretto ed è gestita da personale infermieristico.
Standard di personale	L'assistenza viene garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi: - 1 coordinatore infermieristico; - 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari a: - 1 infermiere ogni 8 ospiti; - 1 OSS ogni 2 ospiti; - 1 terapeuta/logopedista o altra figura professionale ogni 20 ospiti.
Pazienti	- Pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario: - consolidare le condizioni fisiche; - continuare il processo di recupero funzionale; - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero. - Pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera. - Pazienti che necessitano di interventi sanitari erogabili a domicilio, che non dispongono di un domicilio idoneo (strutturale e familiare). - Pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa.

segue

Caratteristiche	Descrizione
Modalità di remunerazione	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera la quale può essere o meno a carico dell'utente.
Durata del ricovero	La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.
Accesso	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'ingresso è regolato attraverso l'Unità di valutazione multidimensionale, attivata dal medico selettore cui partecipano medico curante, caposala, responsabile UVMD, infermiere delle cure primarie titolari del percorso di dimissioni protette, assistente sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la famiglia. L'ingresso è subordinato alla compilazione: - della scheda di valutazione multidimensionale; - della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa della descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto al domicilio); - del piano di assistenza personalizzato (PAI) che preveda il successivo rientro a domicilio o la collocazione in altra struttura.
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale. Per tutti i pazienti la definizione del PAI, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare.
Esplicitazione dei risultati attesi	Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di valutazione multidimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso (dalla UVMD).
Sede fisica	Allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

Fonte: decreto Ministero della salute n. 70/2015 e Agenas (2011).

Le strutture per le cure intermedie vanno ad intercettare un bisogno effettivo del sistema sanitario italiano perché continuano a permanere le difficoltà di dimissione dei pazienti dall'ospedale e di garanzia della continuità assistenziale.

Infatti, le strutture residenziali attuali non rispondono, se non in parte, a questo tipo di esigenze perché sono organizzate soprattutto per gestire la fase lungodegenza, e molto meno per gestire la fase di transizione fra l'ospedale e il domicilio sia per quantità che per qualità (intensità dell'assistenza) delle strutture. Inoltre, considerato il numero, l'età e la multiproblematicità dei pazienti post acuti, è emersa la necessità di un approccio multidimensionale con una presa in carico globale, con la finalità di curare la non autosufficienza e i pazienti fragili con maggiore efficacia (Agenas, 2011) e ad un costo minore di quello ospedaliero.

A tutt'oggi dunque, ci sono bisogni non pienamente soddisfatti nei percorsi di continuità assistenziale e nella costruzione dei *setting* assistenziali che portano ad affermare l'utilità di una nuova struttura assistenziale che è "intermedia" fra ospedale e territorio. Nel senso che è intermedia fra ospedale ed altre strutture residenziali ma anche intermedia fra ospedale e domicilio. Il problema è che tale nuovo *setting* assistenziale va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede una attenta regolamentazione.

3. Le tendenze in atto: l'organizzazione delle cure intermedie nelle Regioni

Le Regioni italiane hanno avviato l'attuazione di queste nuove indicazioni ministeriali con un'ampia variabilità.

3.1. Cosa significa "cure intermedie"?

Tutte le norme regionali hanno identificato nelle cure intermedie un nuovo *setting* assistenziale residenziale sanitario che in talune Regioni può svilupparsi in due diversi modelli organizzativi.

Le denominazioni identificate dalla normativa nazionale – strutture di cure intermedie ed ospedali di comunità – sono state utilizzate dalla maggioranza delle Regioni. Alcune hanno invece utilizzato una terminologia diversa per indicare strutture che hanno caratteristiche assimilabili a quelle del primo e maggioritario gruppo di Regioni. Per questo motivo anch'esse sono state inserite tra le 15 Regioni che hanno regolato l'attivazione delle cure intermedie, indicate nella tabella 5.2.

La denominazione che ricorre con maggiore frequenza è quella di ospedale di comunità, segue quella di cure intermedie e poi una pluralità di altre denominazioni (cfr. Tab. 5.2).

Tabella 5.2 - Le denominazioni delle strutture di cure intermedie

Regioni	Denominazioni delle strutture di cure intermedie
Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Molise, Puglia, Sardegna	Ospedali di comunità
Lombardia, Umbria	Cure intermedie
Liguria	Strutture di cure intermedie (SCI)
Lazio	Unità di degenza (a gestione) infermieristica
Friuli Venezia Giulia	RSA livello di assistenza medio (per trattamenti assistenziali intensivi)
Marche	Cure intermedie: 1) Country hospital (CH) 2) Struttura intermedia integrata (SII)
Piemonte	Continuità assistenziale a valenza sanitaria
Toscana	a) Low care (setting 1); b) Residenzialità sanitaria intermedia (setting 2) c) Residenzialità assistenziale intermedia (setting 3)
Veneto	Strutture di ricovero intermedie: a) Ospedale di comunità b) Unità riabilitativa territoriale

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

Le diverse definizioni che le Regioni hanno stilato per le cure intermedie non ci aiutano a sintetizzare le caratteristiche di queste strutture.

Pur nella varietà delle diverse esperienze regionali, esse si configurano come strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera, ad alta intensità assistenziale, a vocazione internistica (e in qualche caso anche riabilitativa: Piemonte, Veneto), da utilizzare quando l'ospedale, il domicilio e la residenzialità socio-sanitaria risultano inappropriate. Le Strutture di cure intermedie sono caratterizzate dall'accesso attraverso l'unità valutativa multidimensionale (UVM), dalla redazione del piano assistenziale individualizzato (PAI) e dalla temporaneità della degenza. Gli obiettivi prevalenti sono quelli della stabilizzazione/recupero funzionale del paziente fragile unitamente alla gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriate, garantire la continuità assistenziale in uscita dall'ospedale).

3.2. L'utenza

La maggioranza delle Regioni ritiene che le cure intermedie siano il luogo di cura appropriato per le seguenti tipologie di pazienti:

- 1) pazienti provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili da ospedali per acuti, ma non in condizione di essere adeguatamente assistiti a casa;
- 2) persone dimissibili per cure a domicilio, ma con contesti socio-familiari "fragili o inadeguati" che non consentono il rientro se non dopo un periodo di cure finalizzato alla acquisizione di autonomie, anche supportate, compatibili con il rientro a domicilio oppure con l'accoglienza/rientro in strutture residenziali socio-sanitarie;
- 3) pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una instabilità clinica (ad esempio riacutizzazione di patologia cronica preesistente o monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi) che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare;
- 4) soggetti che hanno la necessità di un'assistenza continuativa di tipo infermieristico sulle 24 ore (cfr. Tab. 5.4).

Nelle singole Regioni sono poi previste numerose altre possibilità (stati vegetativi, comi prolungati, pazienti dimessi dal Pronto soccorso, pazienti con necessità di terapia con farmaci che si possono dispensare solo in ospedale (farmaci H), persone con patologia neurodegenerativa o dementigena o con disabilità neuro psicomotoria o con patologie correlate all'area delle dipendenze, terminali, soggetti che necessitano di assistenza medica sulle 24 ore, ecc.) che non trovano però la condivisione nelle altre Regioni, per questo motivo sono state omesse dalla tabella 5.3. Non solo. Alcune Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto) hanno indicato anche i criteri di esclusione per il ricovero nelle cure intermedie individuando molte delle condizioni che invece sono eleggibili secondo altre Regioni. In queste cinque Regioni trovano infatti abbastanza consenso i criteri che prevedono l'esclusione dal ricovero delle patologie psichiatriche attive, dei pazienti terminali, dei pazienti con demenza, dei pazienti con instabilità clinica e dei pazienti che necessitano di completare l'inquadramento diagnostico) (cfr. Tab. 5.4).

Per le cure intermedie si tratta pertanto di accogliere più tipologie di pazienti, in condizioni diverse, unite dalla necessità di avere una assistenza continua non ospedaliera, ma di media-alta intensità, per un periodo di tempo determinato, prima di poter tornare al domicilio o ad altra struttura residenziale per una degenza prolungata.

Tabella 5.3 - Pazienti eleggibili per le cure intermedie nelle diverse Regioni

Regioni	Pazienti eleggibili (sintesi)
Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto	Pazienti provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili da ospedali per acuti, ma non in condizione di essere adeguatamente assistiti a casa .
Lazio, Lombardia, Veneto, Piemonte, Puglia, Sardegna	Persone dimissibili per cure a domicilio, ma con contesti socio-familiari “fragili o inadeguati” che non consentono il rientro se non dopo un periodo di cure finalizzato alla acquisizione di autonomie, anche supportate, compatibili con il rientro a domicilio oppure con l'accoglienza/rientro in strutture residenziali socio-sanitarie.
Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Toscana	Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una instabilità clinica (ad esempio riacutizzazione di patologia cronica preesistente o monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi) che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare.
Lazio, Puglia, Sardegna, Toscana	Pazienti dimissibili dall'ospedale per acuti che hanno bisogno di mantenere (e completare) la stabilizzazione clinica e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima di rientrare a domicilio o in altra struttura.
Marche, Veneto (in parte in Unità riabilitativa territoriale)	Pazienti afferenti al profilo R1 (stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative, etc) (nelle Marche nel massimo del 10% dei posti letto del modulo).
Lazio, Marche	Pazienti caratterizzati da non autosufficienza , anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore.
Emilia-Romagna, Toscana	Pazienti che necessitano di riattivazione motoria o di supporto riabilitativo-rieducativo respiratorio o di altro organo/distretto o di recuperare la cura del sé.

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

Tabella 5.4 - Criteri di esclusione dei pazienti nelle cure intermedie delle diverse Regioni

Regioni	Criteri di esclusione
Emilia-Romagna	- <u>Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica;</u> - <u>pazienti in fase di terminalità;</u> - <u>pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;</u> - <u>pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.</u>
Lombardia	- <u>Patologie psichiatriche attive;</u> - <u>condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);</u> - <u>condizioni di instabilità in corso o non completamente superate;</u> - <u>acuzie non risolte;</u> - <u>diagnosi incomplete o in corso di definizione.</u>

segue

Regioni	Criteri di esclusione
Marche	- <u>Pazienti con instabilità clinica;</u> - <u>paziente con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito;</u> - <u>paziente terminale proveniente da altra struttura ;</u> - <u>paziente psichiatrico o con demenza con severi disturbi del comportamento non controllati con le terapie;</u> - paziente assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare o caregiver.
Toscana (nel modulo Continuità as- sistenziale/Cure intermedie)	- <u>Pazienti terminali;</u> - pazienti con ragioni sociali che prolungano il ricovero - lungodegenti; - pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi; - <u>pazienti psichiatrici;</u> - pazienti affetti da malattie infettive diffuse; - <u>pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali.</u>
Veneto	- Ospedale di comunità: <u>pazienti con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia.</u> - Unità riabilitativa territoriale: <u>i profili SVAMA 16 e 17 (pazienti con decadimento cognitivo e gravi disturbi del comportamento) non possono essere adeguatamente protetti in queste strutture.</u>

Nota di lettura: le condizioni indicate da almeno 2 Regioni sono state sottolineate.

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

Dati regionali sull'utenza effettiva delle strutture per le cure intermedie non sono ancora disponibili. L'unica ricerca è stata reperita nell'ambito di una tesi di dottorato, e riguarda una casistica di 236 pazienti ricoverati nei primi 9 mesi del 2015 in tre ospedali di comunità dell'Emilia-Romagna (Pieri, 2016). I pazienti sono per il 95% anziani, in particolare grandi anziani, essendo l'età media alla dimissione pari a 83,1 anni. Tra i motivi ricorrenti di ricovero figurano la necessità di sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa (40% dei casi) e la necessità di un monitoraggio clinico e la stabilizzazione terapeutica (22%). Non risultano quale possibile causa di ricovero negli ospedali di comunità dell'Emilia-Romagna i problemi sociali o la situazione socio-familiare dei pazienti. Sostanzialmente tutti i pazienti (98,3%) provengono dall'ospedale, precisamente dalle unità operative di medicina generale (34%), di ortopedia e traumatologia (27%), di medicina d'urgenza (18%) e di geriatria (11%). I gruppi di diagnosi principali dei ricoverati nelle cure intermedie sono stati in ordine di frequenza: fratture di femore o di spalla (28% dei casi), patologia infettive di organi e apparati (23,3%), tumori non metastatici, inclusi linfomi e leucemie (8,9%) e la malnutrizione/deperimento (7,6%). La degenza media è stata di 18,1 giorni, compresa nel 55,5% dei casi all'interno di un *range* di 11 e 30 giorni, e solo nel 13,6% dei casi la degenza

ha superato i 30 giorni. All'interno di tale studio è poi importante soffermarsi sulla destinazione dei pazienti alla dimissione dalle cure intermedie, abbiamo che: il 72% dei pazienti è tornato al domicilio (dimissione ordinaria o protetta), l'11% è stato trasferito ad altra struttura residenziale, il 5,9% è rientrato in una struttura per acuti mentre il 5,9% dei pazienti è deceduto in struttura. Da ciò emerge che il gruppo principale di pazienti necessita di assistenza prevalentemente infermieristica, per condizioni però relativamente complesse che richiedono la presenza di personale infermieristico addestrato e consulenze mediche anche di tipo specialistico. C'è anche un secondo gruppo di pazienti, molto meno numeroso che ha invece bisogni di tipo riabilitativo e fisioterapico.

Questo quadro ci aiuta a comprendere il modello delle cure intermedie dell'Emilia-Romagna ma, stanti le differenze significative fra le Regioni, non può essere considerato indicativo di altre realtà territoriali.

3.3. *I posti letto*

Allo stato attuale solo una minoranza di Regioni ha individuato gli obiettivi di sviluppo e diffusione delle strutture di cure intermedie. In media sono stati previsti 0,22 posti letto per 1.000 abitanti, una percentuale lontana dall'obiettivo indicato dall'Agenas che ne prevede 0,40 (cfr. Tab. 5.5). Oltre alla solita grande varietà regionale, merita di essere attenzionata la Regione Veneto che ha previsto uno straordinario sviluppo delle cure intermedie con una diffusione pari a 0,62 posti letto per mille abitanti.

Tutto questo sembra confermare l'ipotesi che la definizione del fabbisogno di posti letto sia legata non tanto alle reali necessità, quanto ai processi di riconversione della rete ospedaliera in atto nelle singole Regioni. In buona sostanza, il fabbisogno di strutture di cure intermedie viene stabilito essenzialmente in base al numero di piccoli ospedali da riconvertire. Non a caso, a livello regionale la costruzione e l'implementazione di questo nuovo *setting* assistenziale non viene accompagnata da nuove risorse.

Non ci sono ancora dati, invece, sui posti letto di cure intermedie attivati.

Tabella 5.5 - I posti letto previsti per le cure intermedie nelle diverse Regioni

Ente	Popolazione all'1.1.2017	Posti letto previsti	p.l. per 1.000 abitanti
Emilia-Romagna	4.448.841	232	0,05
Abruzzo	1.322.247	90-120	0,07 – 0,09
Lombardia	10.019.166	800	0,08
Puglia	4.063.888	356	0,09
Molise	310.449	30-40	0,10-0,13
Marche	1.538.055	371	0,24
Piemonte	4.392.526	1.293	0,29
AGENAS	60.589.445	24.318	0,40
Toscana	3.742.437	1.604	0,43
Veneto	4.907.529	1.775+1.263 = 3.038	0,36+0,26 = 0,62

Note: i posti letto dell'Abruzzo sono stimati tenendo conto che sono previsti 6 ospedali di comunità con 15/20 posti letto. I posti letto dell'Emilia-Romagna sono quelli esistenti nel 2015. I posti letto della Lombardia sono stimati. Il primo dato della Regione Veneto si riferisce agli ospedali di comunità, il secondo dato alle unità di riabilitazione territoriale ed il terzo dato al totale.

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

La dimensione minima di ogni singola struttura è prevista prevalentemente nell'intervallo 20-30 posti letto ma si segnala che tre Regioni, sorprendentemente, individuano in 20 posti letto anche la dimensione massima di tali strutture. Per quanto attiene poi la dimensione dei singoli moduli c'è ampia varietà (da 8 a 30 posti letto) anche se la maggior parte delle Regioni si orienta su moduli da 20 posti letto.

3.4. La durata della degenza

Una grande variabilità si registra nella definizione della durata della degenza, a conferma della diversità di idee sulla tipologia di pazienti da ospitare nelle strutture. Generalmente nelle diverse Regioni la degenza media oscilla fra i 15 e i 30 giorni; mentre le differenze più ampie riguardano la durata massima che può arrivare fino a 90 giorni, anche se la maggioranza delle Regioni la definisce nell'intervallo 30-60 giorni (cfr. Tab. 5.6). Infine, va ricordato che Emilia-Romagna, Liguria e Veneto hanno definito la degenza massima in 40-42 giornate, analogamente a quanto accade per le *intermediate care* inglesi.

Tabella 5.6 - La degenza prevista nelle strutture di cure intermedie

Ente	Durata max degenza (giorni)	Degenza media (giorni)
AGENAS	60 prorogabile a 90	25
Abruzzo		15-20
Emilia-Romagna	42	15
Friuli Venezia Giulia	30	
Lazio	20 se in Casa della Salute 4 se in sede ospedaliera	
Liguria	40	22-30
Lombardia	40 (profilo 1); 60 (altri profili) +15 (per fragilità sociali)	
Marche	60	30
Piemonte	30+30	
Sardegna	60+30	15-20
Toscana	20	
Veneto	42 (ospedale di comunità); 48 (unità riabilitativa territoriale)	

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

3.5. La collocazione

Le strutture di cure intermedie sono collocate in larghissima prevalenza in ospedali in riconversione extra-ospedaliera. In pochi casi possono essere previste anche all'interno di strutture ospedaliere o di RSA (queste ultime in riconversione).

Proprio per questo le Regioni Liguria, Sardegna e Veneto pongono l'accento sulla necessità di prevedere un collegamento con la continuità assistenziale e con l'ospedale di riferimento, nonché con la rete dell'emergenza 118, per garantire ai pazienti delle strutture un accesso tempestivo e facilitato alle cure ospedaliere.

3.6. L'accesso

In tutte le Regioni italiane le fasi dell'accesso sono tre (salvo la Regione Liguria che aggiunge una interessante ulteriore azione):

- 1) la *prima fase* è quella della richiesta di ricovero del paziente che, in quasi tutte le Regioni, avviene a cura delle strutture ospedaliere o residenziali al

momento della dimissione; per i pazienti provenienti dal domicilio la proposta può essere inoltrata dal medico di medicina generale (MMG) (con qualche limitazione in alcune Regioni). In Puglia e in Sardegna l'invio del paziente può essere effettuato anche dal Pronto soccorso;

- 2) la *seconda fase* consiste nella valutazione della unità di valutazione multidimensionale, in base alla quale viene definito l'accesso alle cure intermedie secondo criteri di appropriatezza; con l'eccezione della Regione Lombardia che mantiene la valutazione multidimensionale ma la esegue dopo il ricovero. La valutazione viene effettuata con gli strumenti già utilizzati in passato dalle UVM, ad esclusione di quattro Regioni che hanno adottato delle nuove scale di valutazione specifiche per i pazienti da accogliere nelle Cure intermedie. La Regione Lazio ha adottato il MEWS (*Modified Early Warning Score*), da usare insieme all'IDA (Indice di dipendenza assistenziale); la Regione Lombardia che ha adottato una nuova scheda che identifica cinque Profili di intensità di cura; la Regione Toscana ha adottato il NEWS (*National Early Warning Score* – Misurazione standardizzata della gravità della malattia); infine la Regione Emilia-Romagna ha affidato la definizione del profilo assistenziale dei ricoverati al flusso informativo SIRCO. A questo proposito è da sottolineare che la Toscana ha individuato con molta puntualità ed efficacia i pazienti eleggibili per le cure intermedie utilizzando il NEWS (*Low care* NEWS 3-4; Residenzialità sanitaria intermedia NEWS 2-3; Residenzialità assistenziale intermedia NEWS 0-1), procedura assolutamente necessaria per evitare inapproprietezze nei ricoveri all'interno dei tre *setting* delle cure intermedie previsti nella Regione;
- 3) ancora, la *terza fase* consiste nella redazione del Piano di assistenza individualizzato (PAI) o altro progetto assistenziale, che metà delle Regioni fa eseguire prima dell'accoglienza e l'altra metà dopo il ricovero.

Infine, la Liguria prevede che prima del ricovero venga definito anche il percorso successivo alla dimissione dalla struttura di cure intermedie, in accordo con la famiglia del paziente.

A ben vedere il percorso di accesso alle strutture di cure intermedie prevede delle innovazioni solo parziali. Anche in precedenza era possibile accedere alle strutture residenziali dal domicilio, così come erano previste le valutazioni multidimensionali ed il PAI per gli anziani non autosufficienti ed i disabili. Nel caso però delle cure intermedie le valutazioni multidimensionali vengono allargate a tutti i pazienti, anche a quelli che non rientrano nelle categorie citate. Non sfugge però che la grande maggioranza di utenti

delle strutture di cure intermedie sono comunque anziani fragili spesso non autosufficienti almeno temporaneamente.

L'attenzione posta alla valutazione multidimensionale e alla redazione del PAI è pertanto decisamente apprezzabile dato che questa metodologia, figlia consolidata dell'esperienza geriatrica, garantisce una presa in carico globale che dà la possibilità di usufruire di cure più appropriate per i pazienti anziani o con maggiore fragilità complessiva.

Tre Regioni – Emilia-Romagna, Lazio e Veneto – hanno previsto la presenza dell'infermiere *case manager* all'interno delle strutture di cure intermedie, con il compito di partecipare alla valutazione multidisciplinare dei pazienti e alla stesura del PAI, di coordinare l'attuazione del PAI e verificarne l'attuazione e l'efficacia per i pazienti assegnati. Si tratta di un numero ancora minoritario di Regioni ma sicuramente in crescita.

3.7. La responsabilità gestionale e clinica

Una delle novità delle cure intermedie è l'introduzione, all'interno della funzione di direzione della struttura, della distinzione fra responsabilità gestionale/organizzativa e responsabilità clinica. Un gruppo maggioritario di Regioni ha deciso di affidare la responsabilità organizzativa e gestionale delle strutture di cure intermedie ad un infermiere, mentre una minoranza ha affidato tali funzioni ad un medico.

L'affidamento della responsabilità gestionale ad un infermiere non va confusa con la funzione clinica o con la sovrapposizione con altri compiti medici. In questi casi la responsabilità del modulo di cure intermedie è in carico ad un dirigente infermieristico con funzioni gestionali, organizzative e di programmazione delle figure professionali necessarie per rispondere ai programmi individuali di assistenza (ad esempio: fisioterapisti, psicologi, infermieri referenti sul territorio del paziente come infermieri di comunità o *case manager* delle cure domiciliari, assistenti sociali, *caregiver*, ecc.), oltre che MMG o specialisti che hanno inviato i pazienti nella struttura. Dal canto suo il Lazio ha precisato le responsabilità del coordinatore infermieristico con grande dettaglio ⁽²⁾. Si tratta

(2) La Regione Lazio ha stabilito che la gestione dell'unità di degenza infermieristica (UDI) è affidata ad un coordinatore infermieristico il quale:

- è responsabile dell'organizzazione dell'UDI, garantendo una congrua organizzazione

in sostanza di una funzione organizzativa che non intacca la funzione clinica, che deve rimanere centrale.

In tutte le Regioni la responsabilità clinica viene affidata ad un medico, la cui provenienza può però essere assai diversa. Due Regioni affidano la responsabilità clinica dei pazienti ad un medico di medicina generale (MMG); quattro Regioni ad un medico dipendente del Distretto sanitario (o dell'ospedale in Toscana), mentre ben cinque Regioni prevedono indifferentemente di affidare tale responsabilità al MMG o ad altro medico dipendente dell'ASL (cfr. Tab. 5.7).

Tabella 5.7 - Responsabilità gestionale e clinica

RESPONSABILITÀ GESTIONALE/ORGANIZZATIVA		
Affidata a medici di famiglia	Affidata ad un infermiere	Affidata ad un medico del distretto
	- Emilia-Romagna - Lazio - Marche - Molise - Puglia	- Friuli Venezia Giulia - Veneto
RESPONSABILITÀ CLINICA		
Affidata a medici di famiglia	Affidata a medici di famiglia (MMG) o altro medico dipendente	Affidata ad un medico del distretto
- Marche - Toscana (<i>nella Residenzialità assistenziale intermedia</i>)	- Emilia-Romagna - Molise - Puglia - Sardegna - Umbria	- Friuli-Venezia Giulia (<i>RSA livello medio</i>) - Marche (<i>Strutture intermedie integrate</i>) - Toscana (<i>medico di struttura nelle Low Care; medico specialista in stretto raccordo con la medicina generale nelle Residenze sanitarie intermedie</i>) - Veneto (<i>medico pubblico o privato</i>)

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

-
- e gestione delle risorse professionali ivi assegnate; dipende gerarchicamente dalla Direzione assistenziale infermieristica;
- garantisce un'adeguata gestione del rischio clinico attivando sistemi e procedure per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali secondo le procedure aziendali vigenti;

Nel complesso, si tratta di innovazioni incisive che hanno portato all'individuazione di modelli organizzativi diversi. Troviamo infatti un modello organizzativo che vede un infermiere alla direzione gestionale ed organizzativa dell'ospedale di comunità, ed (in genere) un MMG avente la responsabilità clinica dei pazienti ricoverati (per esempio Emilia-Romagna) ed un modello più tradizionale che prevede l'affidamento della responsabilità gestionale/organizzativa e clinica ad un medico dipendente dell'ASL (per esempio il Veneto). Infine abbiamo delle situazioni ibride, con alcune Regioni che hanno previsto, distinguendoli, ambedue i modelli (per esempio le Marche).

Il primo modello, a gestione infermieristica e con assistenza medica del MMG, nasce per accompagnare la riconversione dei piccoli ospedali in strutture territoriali e per evitare che nelle nuove strutture si riproducano gli stessi costi della precedente struttura ospedaliera a vocazione lungodegenziale o internistica. Inoltre in tale modello, forse per la prima volta, viene affidata la funzione di direzione gestionale ed organizzativa di singole strutture ad una professionalità infermieristica. Questo ultimo aspetto, in alcune Regioni, ha incontrato l'opposizione delle rappresentanze sindacali dei medici che hanno intravisto un tentativo di ridimensionare il ruolo del medico a favore dell'infermiere. In Umbria, per esempio, su ricorso dei sindacati medici Cimo e Aaroi-Emac, il TAR (sentenza n. 704/2016) ha annullato la d.G.R. Umbria n. 1084/2015, che appunto prevedeva l'attivazione sperimentale dell'Unità di degenza infermieristica (UDI), struttura assimilabile alle cure intermedie.

Si tratta dunque di un modello che rimette in discussione le relazioni tra professioni sanitarie e classe medica, ricco di grandi potenzialità e da promuovere, ma allo stesso tempo foriero di conflitti reali o potenziali. Pertanto per poter salvaguardare tale impostazione da prevedibili opposizioni profes-

-
- definisce gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività assistenziale e organizzativa;
 - garantisce la continuità delle attività assistenziali e dei relativi percorsi assistenziali;
 - è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale assistenziale;
 - assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione ed implementazione di linee guida e protocolli specifici secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM);
 - assicura i rapporti funzionali con le diverse strutture organizzative aziendali coinvolte nel funzionamento dell'UDI.

sionali diviene indispensabile un quadro normativo di supporto più solido e percorsi formativi per tutti gli operatori coinvolti.

3.8. Il personale

Tutte le Regioni prevedono presso le strutture di cure intermedie un'assistenza medica di 10-20 minuti giornalieri per paziente; l'unica eccezione è data dalla Toscana che prevede tempi più lunghi (32 minuti al giorno per paziente nelle RSI ed assistenza medica h24 nelle *Low Care*).

Poco più di un terzo delle Regioni affida l'assistenza medica ai medici dipendenti dell'ASL, soprattutto geriatri; mentre un terzo delle Regioni prevede che l'assistenza medica venga fornita dai MMG con l'ausilio della continuità assistenziale nelle ore festive, prefestive e notturne. Il gruppo rimanente di Regioni delega indifferentemente l'assistenza medica ai MMG (con l'aiuto della continuità assistenziale) o ai medici dipendenti (soprattutto geriatri) (cfr. Tab. 5.8).

Tabella 5.8 - L'assistenza medica nelle strutture di cure intermedie

Regioni	Assistenza medica (10-20 minuti die/paziente)
Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Veneto	Garantita da medici dipendenti soprattutto geriatri.
Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria	Garantita da MMG. Nella maggioranza dei casi con l'ausilio della continuità assistenziale.
Lazio, Marche, Molise, Sardegna	Garantita da MMG o da medici dipendenti soprattutto geriatri. Spesso con rinforzo della Guardia medica.

Note: in Toscana l'assistenza medica è superiore ai 10-20 minuti al giorno per paziente delle altre Regioni.

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

Occorre qui sottolineare che la sistematica disponibilità di funzioni cliniche, anche se ovviamente ridotte rispetto a quelle della fase acuta, è resa ancor più necessaria dalla documentata elevata variabilità individuale della condizione dell'anziano; variabilità che richiede frequenti rivalutazioni e aggiustamenti dei piani di cura (Salsi e Calogero, 2010).

Gli standard assistenziali garantiti dal personale sanitario di cura sono estremamente disomogenei nelle diverse Regioni. Si passa dall'Emilia-Romagna che assicura 309 minuti di assistenza al giorno per ogni paziente, alle Marche che ne garantisce solo 175 con un mix di infermieri, OSS e terapisti

della riabilitazione (cfr. Tab. 5.9), escludendo dal conteggio la presenza del coordinatore infermieristico.

Oltre all'estrema variabilità colpisce che metà delle Regioni avrebbero degli standard assistenziali inferiori a quelli indicati dall'Agenas (2011).

Tabella 5.9 - Standard assistenziali nelle strutture di cure intermedie (minuti al giorno per paziente)

Regione	Coordinatore infermiere	Infermieri	OSS	Terapisti	Totale (escluso coordinatore)	Presenza h24
Emilia-Romagna	15	103	206	Sì, riducendo gli infermieri	309	Infermieri
Veneto OdC	15	100	154	10	264	Infermieri
Veneto URT	10	96	154	26	276	Infermieri
Friuli Venezia Giulia	Sì	110	130	13	253	Infermieri
Liguria		60	140	20	240	Infermieri e copertura medica
Lombardia (5 profili)		34 43			160-189-200 (media)-231-231	Infermieri e reperibilità medica
Lazio	16	81+16 (case manager)	81	16	194	Infermieri e OSS
Piemonte (2 livelli)		60 80	110		170 190	Infermieri e OSS
Marche		160		15	175	Infermieri e OSS

Nota di lettura: gli standard assistenziali sono indicati in modo diverso dalle singole Regioni; alcune esprimono lo standard nel rapporto operatore/utenti ed altre in minuti/paziente/die. Per permettere la comparazione fra le varie Regioni i dati sull'assistenza del personale sono stati tutti trasformati nel medesimo indicatore dei minuti/paziente/die.

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

Inoltre lasciano perplessi anche le grandi differenze previste per le singole figure professionali. Abbiamo infatti da un lato la Lombardia che prevede 34 minuti al giorno di assistenza infermieristica, e dall'altro il Friuli-Vene-

zia Giulia con 110 minuti al giorno; mentre l'assistenza dell'OSS varia tra gli 81 minuti al giorno per paziente del Lazio contro i 206 dell'Emilia-Romagna. Risultano altresì molto più contenute le differenze relative alla presenza dei terapisti della riabilitazione. Tali differenze prefigurano tipologie diverse di pazienti da accogliere ed obiettivi assistenziali non omogenei nel territorio nazionale.

La lettura di questi dati fa emergere con forza due aspetti. Il primo è dato dal ruolo strategico che viene affidato durante il periodo di degenza al MMG del paziente. Nei modelli orientati all'ospedale di comunità, infatti, il MMG rimane il responsabile clinico del paziente per tutto il periodo di degenza, accede alla struttura per monitorare la gestione del paziente, garantendo la continuità della presa in carico, o come consulente clinico di riferimento, per cui oltre alla responsabilità sul paziente assolve alla funzione di assistenza clinica durante la degenza (Morando e Tozzi, 2016).

Il secondo aspetto riguarda invece la grande disomogeneità negli standard assistenziali che denota l'assenza di modelli organizzativi di riferimento. Le singole Regioni hanno condiviso un percorso ed un obiettivo, ma poi la fase realizzativa è stata portata avanti in modo assai diversificato.

3.9. Le tariffe

Le Regioni hanno previsto tariffe giornaliere che vanno dai 119 euro delle Residenze assistenziali intermedie della Toscana ai 154 euro delle *Low Care* sempre della Toscana, mentre la media nazionale risulta pari a 133 euro (cfr. Tab. 5.10).

Tabella 5.10 - Le tariffe delle strutture di cure intermedie

Ente	Tariffa giornaliera in euro	Note
AGENAS	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture residenziali (103-154).	Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.
Lombardia	120	
Piemonte*	120 130 +20	120 euro per i pazienti con moderata/lieve complessità clinico-assistenziale; 130 euro per i pazienti con alta complessità clinico-assistenziale; + 20 euro di tariffa aggiuntiva per pacchetto riabilitativo. Quota alberghiera dopo il 30° giorno.
Veneto	130 (OdC) 135 (URT)	La quota alberghiera dell'OdC a carico dell'utente è di 25 euro a partire dal 31° giorno e di 45 euro dopo il 60° giorno di presenza. La quota alberghiera dell'URT a carico dell'utente è di 25 euro a partire dal 16° giorno e di 45 euro dopo il 60° giorno di presenza.
Friuli -Venezia Giulia	134	Superati 30 gg. di degenza il cittadino contribuisce con il 50% della tariffa giornaliera.
Toscana	119 132 154	119 residenze assistenziali intermedie 132 residenze sanitarie intermedie 154 <i>low care</i> Nessuna compartecipazione dell'utente.
Sardegna*	138	La quota alberghiera a carico della persona accolta: nessuna quota sino al 10° giorno e per i pazienti con prognosi in <i>exitus</i> , in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo, di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie; successivamente, dall'11° giorno o dal termine del completamento delle terapie iniziate in fase di acuzie sino al 40° giorno di permanenza incluso, euro 15 <i>pro die</i> . Il protrarsi della degenza oltre tali termini comporta il pagamento del 50% della tariffa.
Lazio	144	
Marche	145	Superati 60 gg. di degenza il cittadino contribuisce per la quota alberghiera pari a 42,50 euro/die.

Note *: in Piemonte è previsto che tutti gli esami erogati dalle cure intermedie siano scalati dalla fatturazione complessiva, quindi dalla tariffa giornaliera. Sardegna: non avendo trovato la normativa di livello regionale, la tariffa fa riferimento a quanto disciplinato dalla ASL di Olbia per il proprio territorio.

Fonte: nostra ricerca nelle deliberazioni di Giunta delle diverse Regioni.

Tutte le Regioni hanno stabilito le tariffe delle strutture di cure intermedie nel rispetto delle indicazioni nazionali, che fissavano il costo giornaliero in un valore compreso tra la tariffa della lungodegenza ospedaliera e quella delle strutture residenziali. Questo significa che le tariffe regionali andavano individuate all'interno del *range* compreso fra 103 euro, che rappresenta la media del costo delle RSA italiane (Pesaresi, 2016), e 154 euro, ovvero la tariffa prevista per la lungodegenza post acuzie (codice 60). Ciononostante, in ben 8 Regioni per alcune tipologie di RSA sono state previste tariffe più elevate di quella più bassa definita per le strutture di cure intermedie (119 euro previste dalla Toscana) (Pesaresi, 2016).

Il costo del personale non sempre è il *driver* più importante nel determinare le tariffe regionali, dato che le tariffe più elevate si registrano in due delle Regioni che hanno gli standard assistenziali più bassi (Marche e Lazio).

La tariffa regionale stabilita è integralmente a carico del servizio sanitario, con esclusione delle Regioni Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna e Veneto, che hanno previsto (con posizioni molto diverse tra loro) una quota alberghiera a carico dell'utente. L'unico aspetto che accomuna queste cinque Regioni riguarda la previsione di un periodo in cui non ci sono oneri per l'utenza (di 10 giorni in Sardegna ma che arriva a 60 giorni nelle Marche). Superato tale periodo viene applicata una quota alberghiera che è di 15 euro al giorno in Sardegna, ma che arriva a 67 euro in Friuli Venezia Giulia o che cresce in alcune Regioni al prolungarsi della degenza (Veneto e Sardegna) (cfr. Tab. 5.10).

La logica di questo sistema di compartecipazione è finalizzato a produrre un incentivo anche nell'utente e nella sua famiglia verso una degenza di durata determinata e di consenso (o di bassa contrarietà) verso il successivo avvio alle forme di cure domiciliari o agli altri *setting* assistenziali territoriali.

Le differenze tariffarie fra le varie Regioni sono meno intense rispetto ad altre comparazioni regionali, probabilmente perché in questo caso sono stati predefiniti i limiti entro i quali potevano esplicitarsi; ciononostante, dopo le prime sperimentazioni, le tariffe regionali dovrebbero tendere verso una maggiore omogeneizzazione.

4. Rischi ed opportunità

Non è ancora possibile presentare un quadro complessivo su come ed in che misura le indicazioni nazionali e regionali sono state attuate, in quan-

to non ci sono dati ed in molti contesti l'esperienza delle cure intermedie è troppo recente.

Sin da ora appare invece plausibile fornire un primo quadro di alcuni aspetti di rischio e di opportunità connessi all'introduzione delle strutture di cure intermedie.

Il nuovo setting assistenziale: un'opportunità

Pur nella varietà della terminologia e delle diverse esperienze regionali, le strutture di cure intermedie si configurano, comunque, come strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera, ad alta intensità assistenziale, a vocazione internistica (e in qualche caso anche riabilitativa: Piemonte, Veneto) da utilizzare quando l'ospedale, il domicilio e la residenzialità socio-sanitaria risultano inappropriate. Gli obiettivi prevalenti sono quelli del recupero funzionale del paziente fragile, della preparazione dell'ambiente familiare al ritorno al domicilio del paziente e della gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriate o il loro prolungamento, garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio).

Gli elementi distintivi delle strutture di cure intermedie sono:

- a) *Target*: si tratta di più tipologie di pazienti fragili, in condizioni diverse, per i quali si registrano difficoltà nella dimissione, o che necessitano di avere una assistenza continua non ospedaliera ma di media-alta intensità, per un periodo di tempo determinato prima di poter tornare al domicilio o ad altra struttura residenziale per una degenza prolungata.
- b) *Valutazione multidimensionale e Progetto assistenziale individuale*: l'attenzione posta alla valutazione multidimensionale e alla redazione del PAI è finalizzata ad una presa in carico globale al fine di usufruire di cure più appropriate per i pazienti anziani o con maggiore fragilità complessiva.
- c) *Durata*: la degenza nelle cure intermedie è sempre temporanea e, in genere, non può superare i 30-60 giorni. La temporaneità della degenza esplicita la duplice funzione di transizione di questi servizi che: a) traghettano il paziente dall'ospedale al domicilio; b) evitano l'accesso inappropriate in ospedale o il ricovero prolungato in altre strutture residenziali attraverso interventi clinico-assistenziali per ripristinare condizioni di autonomia per i pazienti provenienti dal domicilio (Morando, Tozzi, 2016).
- d) *Il ruolo gestionale degli infermieri e clinico dei MMG*: molte Regioni hanno deciso di affidare la responsabilità organizzativa e gestionale delle cure intermedie ad un infermiere e la responsabilità clinica ai MMG. Questi

due soli elementi sono in grado di definire un nuovo modello organizzativo che intende caratterizzarsi per il saldo legame con il territorio e per un medio-alto livello assistenziale.

Nel diversificato panorama nazionale sono emersi due diversi modelli organizzativi: un primo modello che assume spesso la denominazione di ospedale di comunità in cui la gestione organizzativa viene affidata agli infermieri e la gestione clinica dei pazienti viene affidata ai MMG; un secondo modello più tradizionale con direzione della struttura e gestione clinica dei pazienti affidata ad un medico dipendente della ASL, che in qualche caso ha uno specifico orientamento specialistico (per esempio riabilitativo).

L'introduzione di elementi di innovazione, la presenza di due modelli principali di riferimento che dovrebbe garantire la necessaria flessibilità del sistema e l'esplicita missione della garanzia della continuità assistenziale dei pazienti mette le cure intermedie in condizione di rappresentare una possibile soluzione ad alcune criticità del sistema sanitario.

L'organizzazione delle cure intermedie: un rischio

Ma se quelli appena visti sono gli elementi prevalenti emergenti che caratterizzano le cure intermedie, altra cosa è la loro attuazione nelle singole Regioni.

La "giovinezza" dell'esperienza e la tendenza delle Regioni italiane a muoversi in ordine sparso non hanno favorito la creazione di modelli organizzativi di riferimento. Diversi elementi contribuiscono a definire un modello organizzativo per le strutture di cure intermedie: per esempio la durata della degenza (breve-lunga); la responsabilità organizzativa (infermiere-medico); la responsabilità clinica e l'assistenza medica (MMG-medico dipendente); gli standard assistenziali (alti-bassi).

Le Regioni su questi ed altri aspetti hanno fatto scelte molto diversificate e disomogenee che, per ora, hanno prodotto tanti modelli regionali quante sono le Regioni che si sono misurate con le cure intermedie.

Adesso occorre sperimentare le strutture per le cure intermedie per arrivare alla definizione di un piccolissimo numero di modelli organizzativi condivisi ed efficaci perché certo non si può ipotizzare che, a regime, le medesime strutture in Regioni diverse erogino, per esempio, il doppio dell'assistenza (in minuti di assistenza giornalieri per paziente) di altre.

Le risorse: un rischio

Le cure intermedie sono state introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di ridurre i costi sanitari legati ad un'impropria occupazione

dei posti letto nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa. È così anche per l'Italia?

In buona parte si può rispondere di sì. L'introduzione in Italia delle strutture di cure intermedie sono la risposta a due spinte contrapposte: da un lato la spinta al contenimento della spesa sanitaria che ha portato ad una costante riduzione dei posti letto ospedalieri e ad una ridefinizione della loro attività, e dall'altro lato la spinta proveniente dai mutati bisogni della popolazione italiana che invecchiando chiede al sistema di far fronte in modo crescente alla gestione delle condizioni croniche (specie ad alta complessità) e della non autosufficienza.

Le risorse sono dunque uno dei *driver* della scelta politica ma senza risorse non si può innovare il sistema. Eppure le Regioni, in genere, hanno previsto la realizzazione delle strutture di cure intermedie senza stanziare risorse aggiuntive per la loro realizzazione. Dato che le cure intermedie sono ottenute dalla riconversione di strutture ospedaliere, secondo quasi tutte le Regioni, le risorse da utilizzare sono le stesse che si liberano dalla riconversione ospedaliera.

Questo orientamento ha rallentato il processo di sviluppo delle strutture di cure intermedie e non ne ha permesso un avvio davvero originale e di qualità, dovendo fare i conti con i modelli organizzativi e strutturali preesistenti. La disponibilità di risorse aggiuntive, anche solo nella fase iniziale di avvio, è invece indispensabile per far partire nel modo giusto un nuovo modello assistenziale ed organizzativo anche laddove sono disponibili delle risorse da riconvertire.

Il rischio delle sovrapposizioni

La creazione di un nuovo *setting* assistenziale crea rischi significativi di sovrapposizione. Le strutture di cure intermedie vanno a collocarsi fra la lungodegenza post-acuzie e le RSA (ed altre strutture residenziali similari) sovrapponendosi per taluni aspetti all'una e all'altra tipologia.

A ben guardare, in termini assistenziali le cure intermedie si differenziano dalla Lungodegenza post-acuzie per una minore presenza medica e dalle RSA per una maggiore assistenza infermieristica e dell'OSS. Non sfugge però che i livelli di assistenza infermieristica e di OSS garantiti dalle strutture di cure intermedie di alcune Regioni sono assimilabili a quelli previsti per le RSA in altre Regioni (Chiatti *et al.*, 2013; Masera *et al.*, 2011) per cui occorrerà ridefinire i modelli assistenziali e gli standard assistenziali per utilizzare al

meglio le risorse messe in campo e per assegnare ad ogni struttura una specifica funzione.

Molti altri valori e standard delle strutture di cure intermedie sono intermedi rispetto alla lungodegenza post-acuzie e alle RSA, come la degenza media che si colloca solo lievemente al di sopra di quella dei reparti ospedalieri post-acuzie e molto al di sotto delle RSA, o come la tariffa di riferimento che, addirittura in base alla norma, deve collocarsi fra le due strutture.

Le cure intermedie, per la loro collocazione, presentano rischi significativi di utilizzo inappropriato sia in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) che in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero). Eppure poche Regioni hanno posto la dovuta attenzione sul sistema di valutazione dei pazienti e su un adeguato sistema informativo per verificare il corretto funzionamento delle strutture.

Per questo occorre definire bene funzione ed organizzazione delle strutture di cure intermedie ma anche delle RSA e delle unità ospedaliere di lungodegenza per evitare sovrapposizioni e confusioni che mettano in discussione l'efficacia del sistema. L'appropriatezza si persegue solo se sono chiari i ruoli, la tipologia dei pazienti, gli obiettivi delle diverse unità operative e le differenze che su questi aspetti caratterizzano l'una o l'altra struttura. Il rischio è che i pazienti possano indifferentemente essere accolti nell'una o nell'altra tipologia di struttura indipendentemente dalle loro condizioni e necessità, o che si registrino diatribe opportunistiche tra i professionisti su quale debba essere la struttura di ricovero per i pazienti più impegnativi, rendendo del tutto inutile l'introduzione della struttura di cure intermedie.

I rischi per la lungodegenza post-acuzie

L'altro nodo riguarda il rapporto fra lungodegenza ospedaliera post-acuzie e le strutture di cure intermedie. Queste ultime sono destinate a sostituire le lungodegenze ospedaliere?

Negli ultimi 20 anni la programmazione sanitaria nazionale ha ridotto da 0,50 ad almeno 0,20 i posti letto per mille abitanti per la lungodegenza post-acuzie mentre i posti letto attivi sono passati da 0,20 a 0,17 posti letto per mille abitanti. Nel contempo, il programmatore nazionale propone le strutture per le cure intermedie che pur mantenendo la caratteristica di struttura extraospedaliera presenta uno standard assistenziale più importante, capace di intercettare ed assistere un target di pazienti che, in parte, oggi fanno capo alle lungodegenze. Per le cure intermedie si propone una dotazione di posti letto che è di 0,40 per mille abitanti, addirittura doppia di quella oggi indicata

per la lungodegenza post-acuzie. C'è da chiedersi se le strutture per le cure intermedie, nel tempo, soppianderanno le lungodegenze ospedaliere che oggi sono in riduzione o se si affiancheranno ad esse.

Il ridimensionamento delle lungodegenze ospedaliere post-acuzie costituisce un rischio per l'organizzazione ospedaliera e per il mantenimento della completezza della rete dell'assistenza post-acuzie. Le cure intermedie non sono in grado di sostituirsi ad esse. Le unità di lungodegenza post-acuzie sono necessarie per le situazioni più instabili che hanno bisogno di una presenza medica prolungata e della possibilità di accedere tempestivamente ad una pluralità di servizi ospedalieri, da quelli diagnostici alle cure specialistiche. Peraltro, proprio la stabilizzazione dei pazienti, in genere, viene esclusa tra le attività cliniche delle cure intermedie. Ecco dunque che per garantire l'appropriatezza e l'efficacia delle cure e la continuità dell'assistenza dei pazienti occorre mantenere una presenza significativa delle lungodegenze ospedaliere post-acuzie che sono chiamate a svolgere un'attività non delegabile ad altri.

L'educazione terapeutica: un'opportunità

Solo due Regioni (Emilia-Romagna, Marche) sottolineano la necessità di garantire un'attività di educazione terapeutica nei confronti del paziente e dei *caregiver* familiari in prospettiva della dimissione al domicilio.

L'educazione terapeutica, come è noto, è un processo educativo che si propone di aiutare la persona malata ed i suoi familiari ad acquisire e mantenere le conoscenze e le competenze per la gestione ottimale della sua vita con la malattia. È necessario che l'educazione terapeutica diventi un'attività ordinaria delle strutture per le cure intermedie. Ne trarranno un grande vantaggio soprattutto i pazienti con malattie croniche sin dal momento della loro dimissione. L'educazione terapeutica, preceduta da una valutazione operata dal personale della struttura, prevede che i *caregiver* ritenuti "idonei" vengano successivamente sensibilizzati e addestrati a uno o più specifici compiti assistenziali che possano essere gestiti in autonomia a livello domiciliare per migliorare la qualità della vita del paziente. Assistenza ai pasti, mobilitazione attiva e passiva, gestione del catetere vescicale e dell'alimentazione artificiale enterale, somministrazione di insulina ed eparina sottocute sono alcuni esempi indicativi del valore aggiunto che l'educazione terapeutica può garantire sia al paziente sia al sistema. Per raggiungere lo scopo occorre che anche il personale di assistenza sia preliminarmente sensibilizzato e formato all'analisi del contesto relazionale che caratterizza ogni singola situazione

oltre che a fornire le corrette istruzioni per la trasmissione efficace della mansione delegabile (Salsi e Calogero, 2010).

Box 5.1 - Introduzione delle Cure intermedie: opportunità e rischi

Opportunità	Rischi
▪ Prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati o il loro prolungamento. ▪ Garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio. ▪ Permettere risparmi di spesa rispetto ai costi dell'ospedale. ▪ Favorire l'innovazione organizzativa nella direzione di una maggiore efficienza ed efficacia. ▪ Rafforzare il legame con il territorio (in particolare con il MMG). ▪ Favorire l'educazione terapeutica del paziente e dei suoi caregiver. ▪ Rispondere al bisogno crescente di gestione delle condizioni croniche e della non autosufficienza. ▪ In sostanza, le cure intermedie possono rappresentare la soluzione a diverse criticità del sistema sanitario.	▪ Scelte regionali eccessivamente diversificate. ▪ Il mancato stanziamento di risorse aggiuntive può condizionare l'avvio del nuovo modello assistenziale. ▪ Sovrapposizioni con la lungodegenza post-acuzie e le RSA, tali da mettere in discussione l'efficacia del sistema: necessità di ridefinire con chiarezza modelli e standard assistenziali. ▪ Utilizzo inappropriato in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) o in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero): necessità di porre attenzione al sistema di valutazione. ▪ Le cure intermedie, di fatto, si sostituiranno alle lungodegenze post-acuzie, a danno dei pazienti più instabili?

Bibliografia

- AGENAS (2011), *Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in piano di rientro*, in *Monitor*, 27, pp. 12-86.
- BARTOLI S., FERRO S., DE PALMA R. (2012), *Le cure intermedie come soluzione per affrontare le malattie croniche: il programma Stoke Care*, in *Italian Journal of Medicine*, 6, pp. 139-143.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., MASERA F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 71-91.
- COMODO N., MACIOCCO G. (2004), *Cure intermedie: basi concettuali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, pp. 1-3.
- MASERA F., CHIATTI C., ROCCHETTI C. (2011), *Gli standard di qualità e di personale nelle residenze*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 103-122.
- MELIS R.J., OLDE RIKKERT M.G., PARKER S.G., VAN EIJKEN M.L. (2004), *What is intermediate care?*, in *British Medical Journal*, 329, pp. 360-361.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Decreto 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione

degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

MORANDO V., TOZZI V.D. (2016), *Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali, in Italia e in Europa*, in CERGAS BOCCONI (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea, pp. 509-547.

PESARESI F. (2016), *Quanto costa l'RSA*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

PESARESI F. (2015), *I servizi per le cure intermedie*, in *Welfare Oggi*, 1, pp. 48-53.

PESARESI F. (2014), *Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie*, in BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (a cura di), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

PIERI G. (2016) *L'ospedale di comunità nella regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza*, Tesi del dottorato di ricerca, Università di Bologna.

PLATE J.D.J., LEENEN L.P.H., HOUWERT M., HIETBRINK F. (2017), *Utilization of intermediate care units: a systematic review*, in *Critical care research and practice*, July, pp. 8-17.

SALSI A., CALOGERO P. (2010), *Le cure intermedie*, in *Italian Journal of Medicine*, 4, pp. 57-62.

Per ragioni di spazio si omette l'elenco dei 43 atti regionali che costituiscono la fonte principale del presente capitolo. Tale elenco può essere richiesto a: franco.pesaresi@gmail.com

6. La residenzialità

Antonio Guaita, Marco Trabucchi

1. Introduzione

Il tema della residenzialità è stato trattato da NNA in quasi tutte le sue pubblicazioni e da diversi punti di vista. Nel primo rapporto, del 2009, se ne è scritto per fare presente come in Italia la quota dei residenti fosse stabile ormai da molti anni; nel rapporto 2010 si sono commentati i dati sulla variazione delle tipologie delle residenze, mettendo in evidenza come vi fosse un aumento di quelle a più alta valenza sanitaria; nel 2011, quindi più di 6 anni fa, NNA fa sì è occupato di “fare il punto” sulla residenzialità degli anziani non autosufficienti, affrontando il tema dell’eterogeneità delle definizioni regionali ⁽¹⁾ e sottolineando la necessità e l’importanza di procedere ad una standardizzazione dei flussi informativi nel settore.

Il lavoro di omogeneizzazione della terminologia e dei flussi informativi aveva gettato le basi proprio in quegli anni, in particolare con i lavori del progetto ministeriale Mattone 12 volto a costruire un flusso informativo nazionale basato su un sistema di classificazione omogeneo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali ⁽²⁾, e con il successivo decreto 17 dicembre 2008 “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali”, che definiva le tipologie delle residenze per non autosufficienti (intensive, estensive con elevata e bassa necessità sanitarie e riabilitative, per le persone con demenza) ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Scrivevamo allora: “Dietro una medesima classificazione delle strutture, le cosiddette RSA, spesso si celano modelli assistenziali assai diversi tra loro, organizzati più sulla base delle singole dotazioni finanziarie a livello regionale che sulle effettive esigenze della popolazione anziana non autosufficiente” (NNA, 2011).

⁽²⁾ Il progetto, conclusosi a febbraio del 2007, aveva proposto l’istituzione del flusso FAR (Flusso assistenza residenziale) e quindi di un relativo debito informativo a livello regionale.

⁽³⁾ Nella stesura del provvedimento era stato tenuto conto anche del documento *Pre-*

Negli anni recenti, quindi, è stato avviato un programma legislativo teso ad unificare le denominazioni e le tipologie delle residenze, che ha prodotto dei dati nazionali rilevati dal Ministero della salute, sicuramente più omogenei ma per ora non accessibili. In molte Regioni è già stata deliberata l'adozione delle definizioni indicate, ma in molti casi non ne è ancora stata data concreta attuazione e la variabilità della terminologia in uso resta alta ⁽⁴⁾.

Oggi, la necessità di condividere una medesima terminologia per descrivere le stesse cose si ripropone con maggior forza, in considerazione delle nuove e diversificate forme di assistenza residenziale per gli anziani che vantano ormai sperimentazioni in diverse Regioni d'Italia.

Le prossime pagine intendono da un lato fare il punto sulle residenze, gli anziani assistiti e l'assistenza loro assicurata, sulla base dei dati ufficiali attualmente disponibili (ossia i dati ISTAT, che al momento in cui il volume va in stampa arrivano al 2014) e dall'altro vogliono offrire degli spunti di riflessione sulle nuove tipologie di strutture per anziani, iniziando così un discorso che merita di essere approfondito in future e più ampie trattazioni.

stazioni residenziali e semiresidenziali, approvato a maggio del 2007 dalla Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

⁽⁴⁾ Qualche esempio. Per il Piemonte, chi accede al programma di ricerca della Regione trova ancora tutte le denominazioni stratificate dal 1992 (RSA, RAA, RAF) nonostante la d.G.R. n. 45-4248/2012 abbia definito due sole tipologie: RSA (con 6 livelli di intensità) e NAT – Nucleo Alzheimer temporaneo, per malati di Alzheimer (<http://www.regione.piemonte.it/cgi-bin/polso/ricerca/presidi/index.cgi?>).

In Veneto, la denominazione è ora "Centri Servizi Anziani", con due livelli, SAPA = Sezioni Alta Protezione Alzheimer limitata nel tempo e SVP, stati vegetativi persistenti (<https://www.regione.veneto.it/web/sociale/anziani>).

In Emilia-Romagna: si definiscono "Case residenza per anziani non autosufficienti", (vedi: salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/autorizzazione-e-accreditamento/servizi-socio-sanitari-e-sociali/accreditamento-socio-sanitario-casa-residenza-per-anziani-non-autosufficienti-ex-rsa-casa-protetta).

In Umbria: Residenza protetta (per NA o per Alzheimer) ma anche le "Case protette" (<http://www.regione.umbria.it/documents/18/3401110/Strutture+per+anziani+accreditate+al+03-07-2015.pdf/dc34d2c7-f4bb-4207-ad29-d1a95afe1410>).

In Puglia: Residenza socio sanitaria assistenziale (RSSA) e RSA e Casa di riposo (per autosufficienti) (vedi in: *L'offerta assistenziale per anziani e disabili in Puglia*, 2013, <https://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/investimenti/145.pdf>).

In Sardegna: per gli anziani non autosufficienti si istituiscono le "Comunità integrate per anziani ex case protette" (https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_73_20101020110411.pdf).

2. L'assistenza nelle residenze "tradizionali"

Nell'analizzare le tendenze che attraversano l'assistenza residenziale delle persone anziane utilizzeremo i dati ISTAT dal 2009 all'ultima annualità disponibile, cioè il 2014. Non è possibile l'analisi di un periodo più esteso in quanto l'ISTAT ha modificato la modalità di raccolta dei dati, a partire dal 2009, registrando tutte le strutture sotto la voce "Presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali", intesi come le strutture pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno (sono quindi escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private) ⁽⁵⁾.

Noi utilizzeremo il termine "residenze" nello stesso senso, cercando di ridefinire i contenuti del servizio laddove si è costretti a citare classificazioni che usano altre definizioni (RSA, RA). Inoltre per cercare di catturare le tendenze, dovremo con gli opportuni aggiustamenti riferirci in qualche caso a dati precedenti ⁽⁶⁾.

2.1. I posti letto: stabili, in aumento o in diminuzione?

Fra il 2009 e il 2014 i posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, sia pubblici che privati, sono diminuiti (cfr. cap. 2, par. 3). Il numero totale di posti letto è calato di circa 30mila unità, mentre quelli per gli anziani (65 anni e più) sono diminuiti all'incirca di 23mila unità (Tab. 6.1). Sembra dunque proseguire un *trend* che viene da lontano, se già una diminuzione era stata rilevata fra il 2001 e il 2006 ⁽⁷⁾. Osservando i dati anno per anno, tuttavia, si osserva che il calo ha un andamento piuttosto lineare fino al 2012 per i posti letto totali e fino al 2013 per quelli dedicati agli an-

⁽⁵⁾ Precisa l'ISTAT: "A partire dal 2009 l'analisi dell'offerta residenziale viene condotta a livello di «unità di servizio» che, all'interno di ciascun presidio, eroga diverse tipologie di assistenza. Come previsto dal «Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali», le «unità di servizio» vengono classificate secondo quattro livelli: la funzione di protezione sociale, il livello di assistenza sanitaria erogata, il carattere della residenzialità e il target d'utenza prevalente. L'obiettivo della classificazione è quello di consentire una descrizione dell'offerta residenziale che non risenta dei diversi criteri definitivi e classificatori adottati a livello regionale." (ISTAT, *Statistiche report*, 17 dicembre 2015, nota a p. 2).

⁽⁶⁾ Per ulteriori analisi riguardanti l'assistenza residenziale si rimanda al capitolo 3, §§ 2.2 e 3.

⁽⁷⁾ NNA, a cura di, 2011, p. 21.

ziani, mentre successivamente il numero di posti letto ricomincia a crescere. L'aumento, però, non è sufficiente a riportare ai valori del periodo iniziale di osservazione. Fra il 2012 e il 2014 i posti letto totali aumentano di circa 15 mila unità, mentre in un solo anno, fra 2013 e 2014, quelli per anziani crescono di oltre 50 mila posti, anche se il dato del 2013 appare sottostimato e l'aumento nel 2014 rispetto al 2012 sarebbe di 12.983 posti per ultra 65enni, un dato certamente più realistico (Tab. 6.1).

Tabella 6.1 - I posti letto per anziani (65 anni e più) e i posti letto totali nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anni 2009 – 2014. (Valori assoluti e % di posti letto per gli anziani sul totale di p.l.)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Posti letto per anziani	314.061	310.469	285.540	278.392	240.044	291.375
Posti letto totali	429.220	424.705	386.803	372.962	384.450	399.626
% posti letto per anziani	73,2	73,1	73,8	74,6	62,4	72,9

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Durante il periodo considerato, la titolarità dei posti letto è un po' cambiata. Si è assistito, infatti ad una crescita della gestione "profit" e "non profit" e ad una diminuzione della gestione pubblica. La presenza pubblica nel settore, all'origine largamente prevalente, aveva già mostrato una netta riduzione soprattutto in certe Regioni, come la Lombardia, legata soprattutto alla trasformazione delle IIPPAB (Gori, 2011). Negli anni considerati questa tendenza si è confermata e consolidata. I posti letto a titolarità pubblica passano dal 32% del 2009 al 28% del 2014, mentre negli stessi anni quelli gestiti da organizzazioni non profit e profit aumentano ciascuno di circa 2 punti percentuali (Tab. 6.2).

Tabella 6.2 - Posti letto totali nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per natura giuridica del titolare. (Valori percentuali)

Natura giuridica	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pubblica	31,6	31,3	29,7	29,1	29,4	27,8
Non profit	44,4	46,2	46,0	45,3	45,3	46,1
Profit	24,1	22,5	24,3	25,7	25,3	26,0
Totale	100	100	100	100	100	100

Nota: il calcolo è stato effettuato al netto dei posti letto senza indicazione della natura giuridica del titolare.

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

I dati, nel complesso, confermano che la risposta “residenziale” ai bisogni degli anziani è andata costantemente diminuendo in questi anni, salvo un aumento nell’ultimo anno, che però non riporta ai livelli del 2009. Occorrerà vedere se questo dato diventerà una tendenza o porterà solamente all’interruzione della diminuzione registrata precedentemente.

2.2. *Gli ospiti anziani: caratteristiche e tendenze*

L’offerta di posti letto nei presidi residenziali, un po’ calata nel periodo considerato, non ha dunque tenuto il passo con l’aumento consistente del numero di anziani. Se nel 2009 gli ultra 65enni in residenza erano il 2,5% del totale, nel 2014 erano scesi al 2,2% (sebbene in aumento rispetto all’annualità precedente) (Tab. 6.3) ⁽⁸⁾.

Tabella 6.3 - Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre. Anni 2009-2014. (% di anziani residenti rispetto alla popolazione 65+)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N. di ultra 65enni nelle residenze	301.049	294.913	279.343	269.384	278.652	289.941
% di ultra 65enni nelle residenze	2,5	2,4	2,3	2,1	2,1	2,2

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Ad impattare sulla richiesta di assistenza residenziale ci sono diversi fattori come la minor disponibilità economica delle famiglie legata alla crisi, la presenza all’interno di molti nuclei familiari di persone senza occupazione che possono accudire la persona anziana al domicilio, la disponibilità di personale economicamente conveniente rispetto al ricovero (le badanti). Inoltre, nelle situazioni di particolare criticità economica, la presenza dell’anziano con pensione e assegno di cura rappresenta una fonte di reddito non irrilevante. Nel complesso, si tratta di un insieme di fattori che durante gli anni della crisi hanno spinto verso la rifamilizzazione del *care* ⁽⁹⁾.

⁽⁸⁾ Il dati ISTAT fanno riferimento al numero di anziani presenti in struttura al 31 dicembre. Quelli accolti durante l’anno sono circa il 120% di quelli che vengono registrati al 31 dicembre (cfr. cap. 2, par. 3).

⁽⁹⁾ Su questa e altre tendenze relative all’accesso ai servizi si rimanda a Gori e Rusmini, 2015.

L'incrocio tra elevato importo delle quote sociali e ridotte disponibilità economiche delle famiglie spinge verso l'aggravamento delle condizioni di chi arriva a chiedere il ricovero. I dati ISTAT confermano che fra gli anziani ospiti nelle strutture residenziali è andata leggermente aumentando la già rilevante quota dei non autosufficienti (Tab. 6.4).

Tabella 6.4 - Anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre. Anni 2009-2014. (Valori assoluti e percentuali sul totale degli anziani ospiti in struttura)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N. anziani n.a.	225.182	218.851	209.945	205.258	210.854	218.576
% anziani n.a. su totale ospiti 65+	74,8	74,2	75,2	76,2	75,7	75,4

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Tre anziani su quattro nelle strutture residenziali sono quindi non autosufficienti, confermando una tendenza che si origina da lontano.

In parallelo a questa tendenza, si conferma quella che vede ricoverati “sempre più anziani”. Già nel 2011 scrivevamo: “Nelle residenze questa tendenza è in atto da molti anni, ma si sta profilando una situazione in cui anche i 75enni sono ‘giovani’ per questa area di assistenza che si rivolge ormai quasi solo agli ultra ottantenni”⁽¹⁰⁾. Negli anni 2009-2014 il dato sulla presenza preponderante degli ultraottantenni si è ulteriormente consolidato, stabilizzandosi al 74% (Tab. 6.5).

Tabella 6.5 - Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre, per classe d'età. Anni 2009-2014. (Valori percentuali)

Classi di età	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65-74 anni	13,5	13,3	12,9	12,8	12,5	12,3
75-79 anni	14,5	14,1	13,5	13,4	13,5	13,5
80-84 anni	23,8	22,9	22,5	22,5	22,4	22,0
85 anni e più	48,2	49,8	51,0	51,3	51,6	52,2
Totale (65 anni e più)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

⁽¹⁰⁾ NNA, 2011, pp. 87-88.

La tendenza è quindi sempre e ancora ad un aumento dell'età dei residenti, con ormai più della metà di essi al di sopra degli 85 anni.

Un elemento rilevante nell'analisi degli anziani ospitati nelle strutture residenziali è il genere. La prevalenza della popolazione femminile è da sempre una caratteristica delle persone residenti nei presidi assistenziali. Già nel 3° Rapporto NNA avevamo riportato, per il 2006, che il 76% dei residenti era di sesso femminile. La cosa non sorprende, vista la maggiore presenza femminile fra gli anziani in generale, specie dopo i 75 anni⁽¹¹⁾. I dati più recenti indicano che questa distribuzione permane, con il genere femminile stabilmente attorno al 75% dei ricoverati ultra65enni.

Tale prevalenza delle donne si evince anche dalla percentuale di donne e uomini anziani ricoverati rispetto alle rispettive popolazioni di riferimento, che mostra valori più che doppi per le femmine rispetto ai maschi (Tab. 6.6). Va tuttavia sottolineato che la distanza fra le due popolazioni è andata leggermente riducendosi.

Tabella 6.6 - Anziani ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre, per genere. Anni 2009-2014. (Valori percentuali rispetto alla popolazione di riferimento)

Genere	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maschi	1,5	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3
Femmine	3,2	3,2	2,9	2,8	2,8	2,9

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Si conferma quindi l'assoluta preponderanza del genere femminile, pur essendo i maschi in aumento negli ultimi anni, probabilmente in relazione alla loro maggiore speranza di vita.

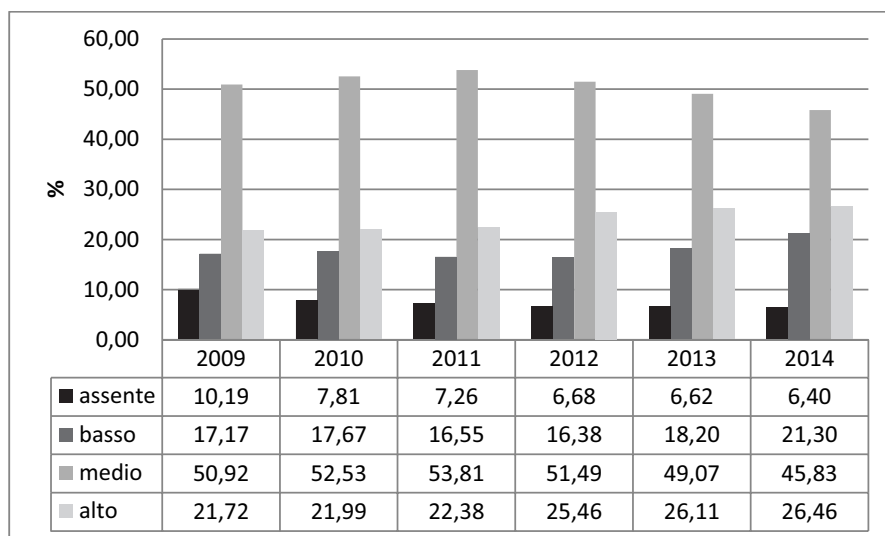
2.3. L'assistenza sanitaria e specializzata: come va cambiando?

In passato si è registrato un sensibile aumento di residenze sanitarie rispetto a quelle solo assistenziali. Secondo la nuova classificazione adottata dall'ISTAT, è possibile verificare l'andamento dei posti letto per anziani rispetto all'intensità dell'attività sanitaria assicurata (assente, bassa, media,

⁽¹¹⁾ Avevamo trovato anche una maggior incidenza di ricoveri della popolazione femminile rispetto a quella maschile, più del doppio: l'11,1% rispetto al 2,6% (NNA, 2010, p. 89).

alta). Nella figura 6.1 si può vedere come la tendenza all'aumento percentuale dei posti letto ad alta attività sanitaria si sia mantenuta, passando dal 21,72% del 2009 al 26,46% del 2014.

Figura 6.1 - Posti letto per anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari secondo l'intensità sanitaria. Anni 2009-2014. (Valori percentuali)



Nota: il calcolo è stato effettuato al netto dei posti non indicati.

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

La tendenza si mantiene quindi verso i posti a più alta intensità sanitaria, pur se l'aumento percentuale registrato tende a essere meno alto nel 2013-2014 rispetto al 2011-2012. Quindi non solo si registra, nella diminuzione dei posti, una maggior selettività per le situazioni di grave non autosufficienza ma vi è anche un aumento delle necessità sanitarie.

L'aumento della quota di anziani non autosufficienti ricoverati e l'innalzamento ulteriore della loro età non può non comportare un aumento della fragilità e della presenza del disturbo neurocognitivo maggiore (termine con il quale il *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* definisce la demenza). A quale tendenza si assiste nella specializzazione dell'assistenza residenziale delle persone anziane con demenza?

La classificazione nazionale per la raccolta dei dati sulle residenze del Ministero della salute, prevede la tipologia specifica per i posti letto per le persone con demenza. Tali dati però, come già scritto, non sono al momento

disponibili. Anche l'annuario statistico del Ministero salute del 2016 (riferito al 2013) non riporta questo dato⁽¹²⁾. Nel 2011 avevamo potuto fare una analisi della comorbidità e della prevalenza delle persone con demenza nelle strutture di ricovero, essenzialmente grazie allo studio "Ulisse", poiché non vi erano dati ISTAT al riguardo⁽¹³⁾. Da allora non vi è stata nessuna produzione scientifico-epidemiologica sul tema e non si è quindi in grado di reperire dati nazionali aggiornati.

Se dunque mancano dati sulla specializzazione dell'assistenza residenziale delle persone anziane con demenza, vi è invece qualche informazione riguardante la prevalenza del deterioramento neurocognitivo fra i ricoverati nelle residenze in specifici contesti territoriali. Lo studio "Progetto nazionale CCM: la qualità dell'assistenza in RSA" mostra come nelle RSA della Toscana le persone con deterioramento cognitivo grave fossero il 47% nel 2012 (ma le persone con risposte normali al test cognitivo SPMSQ risultavano essere solo il 17%⁽¹⁴⁾); in provincia di Bergamo nel 2012 il 51% dei pazienti in RSA presentava una diagnosi di demenza (Schiavina *et al.*, 2012), mentre in uno studio su 494 residenti di 5 RSA pavesi, pubblicato nel 2013, la diagnosi di demenza era presente nel 52% dei casi (Panigati *et al.*, 2013).

La necessità di "specializzare" i nuclei in RSA è stata quindi riconosciuta per i malati di demenza, specie per coloro che hanno disturbi del comportamento. Ma la possibilità di specializzare i nuclei è stata attuata anche per malati terminali e per stati vegetativi persistenti. L'analisi puntuale di questi servizi esula dagli scopi di questo capitolo. Tuttavia, pur limitati nel numero, si vanno diffondendo e costituiscono una importante evoluzione e valorizzazione delle capacità assistenziali delle RSA che sarà interessante seguire nel tempo.

2.4. Riflessioni conclusive

Il quadro che esce dall'analisi dei dati ufficiali sui servizi residenziali per gli ultra 65enni è di sostanziale conferma delle linee di tendenza già individuate negli anni recenti. La persona che accede alle residenze è sempre

⁽¹²⁾ www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2536_allegato.pdf.

⁽¹³⁾ NNA, 2011, pp. 96-98.

⁽¹⁴⁾ www.ars.toscana.it/files/eventi/eventi_2012/RSA_dic_2012/presentazioni/3.zaffarana.pdf.

più anziana, di genere femminile, gravemente non autosufficiente, con alte necessità sanitarie e con problemi cognitivi. La gestione pubblica dei posti letto in struttura è in diminuzione. Un dato da seguire nel tempo è quello dell'andamento numerico dell'offerta di posti letto che, dopo aver registrato una costante diminuzione, nell'ultimo anno considerato, il 2014, mostra un aumento, che non sappiamo ancora interpretare.

3. I nuovi modelli di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti

La non autosufficienza copre un ventaglio ampio di gravità, con conseguenti richieste assistenziali molto diverse in termini di intensità.

La presenza di questa eterogeneità ha portato a pensare a soluzioni diverse per le situazioni ove la non autosufficienza non sia totale e riguardi solo alcune delle attività della vita quotidiana, con prevalenza di quelle strumentali. Queste soluzioni di "residenzialità leggera" hanno denominazioni e modalità di funzionamento diverse: ad esempio gli appartamenti o i mini alloggi protetti (*housing sociale*) si rivolgono prevalentemente a persone autosufficienti, mentre le case famiglia e le comunità alloggio⁽¹⁵⁾ accolgono anche persone più bisognose di assistenza.

Le innovazioni nell'ambito dell'assistenza residenziale arrivano a toccare anche gli anziani con demenza, per i quali sono in corso di realizzazione interessanti progetti basati su una tipologia abitativo-residenziale meno "istituzionale" e più simile alla casa (ad es. i cosiddetti "villaggi").

Nelle prossime pagine tratteremo queste nuove tipologie di struttura senza l'intento di giungere ad un bilancio, ma per iniziare un discorso che dovrà essere approfondito in più ampie trattazioni.

(15) "La Comunità alloggio è una residenza collettiva destinata a persone anziane in condizioni di ridotta autonomia, prive di supporto familiare che non sono in grado, anche solo per un periodo limitato, di continuare a vivere al proprio domicilio, ma conservano la capacità di partecipare attivamente alle scelte quotidiane della vita e possono giovare di una soluzione abitativa di tipo familiare. Questi anziani solitamente 8 o 10 trovano nella comunità alloggio uno spazio di vita individuale (la camera da letto con il servizio igienico collegato), una serie di spazi e di servizi in comune con gli altri residenti e il supporto di personale di assistenza presente 24 ore. L'ambiente è amichevole e domestico, eventuali familiari possono partecipare alle decisioni inerenti la cura delle persone ed all'organizzazione delle attività giornaliere" (Giunco e Guerrini, 2011).

3.1. La residenzialità leggera

La comparsa di nuove modalità di offerta per i servizi residenziali rivolti agli anziani non autosufficienti si può datare nel 1979, con la realizzazione del modello *Assisted Living* di Keren Wilson. Da allora l'idea di una residenzialità non istituzionale, ma centrata sulla persona e con un modello strutturale e operativo derivato dalla normale vita quotidiana di una famiglia, ha conosciuto negli USA e in altre parti del mondo momenti di grande sviluppo. Spesso, però, le realizzazioni hanno tradito lo spirito originario, pur adottandone il nome, come ha denunciato la stessa ideatrice (Wilson, 2007).

In Italia vi sono state interessanti iniziative e realizzazioni in ambito locale e regionale, che sono state studiate soprattutto in Lombardia. Il progetto "Abitare Leggero" – realizzato dalla cooperativa La Meridiana e dalla Fondazione Housing Sociale con il contributo di Fondazione Cariplo – ha analizzato i modelli di sostegno abitativo e di residenzialità non istituzionale, orientati a favorire la vita indipendente o sostenere le prime esigenze di vita assistita in contesti amichevoli e fortemente integrati con i normali servizi di comunità (Giunco *et al.*, 2013).

Gli autori dello studio hanno selezionato e analizzato 52 strutture attive in Lombardia, che offrono complessivamente 467 appartamenti, 352 posti di residenzialità comunitaria e 167 di tipo semiresidenziale. Si tratta per lo più di strutture di dimensioni contenute (meno di 30 posti residenziali), gestite da cooperative sociali, comuni o enti no profit, riconducibili a due tipologie di accoglienza: le strutture abitative (Ab) e le soluzioni di residenzialità comunitaria (Rc)⁽¹⁶⁾.

Gli ospiti delle soluzioni abitative considerate nello studio sono persone di 70-75 anni al momento dell'ingresso, in genere sole e con scarsa rete parentale, autonome o semi autonome nelle attività di base della vita quotidiana (BADL – Basic Activities of Daily Living), ma con diverse compromissioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL – Instrumental Activities of Daily Living); la motivazione del loro trasferimento in queste strutture è per lo più legata all'inadeguatezza della situazione abitativa precedente. Nelle residenze comunitarie, gli ospiti sono più spesso limitati nelle BADL, e del tutto dipendenti nelle IADL, oltre che più anziani (80-85 anni); per costoro

⁽¹⁶⁾ Le due tipologie individuate nella ricerca *Abitare leggero* si avvicinano ai due modelli di letteratura adottati come riferimento: quello delle soluzioni per la vita indipendente e quello delle soluzioni per la vita assistita.

la motivazione dell'accoglienza è maggiormente legata a necessità assistenziali e a motivi di salute; rispetto al primo gruppo di ospiti essi mantengono più spesso la disponibilità/proprietà della casa precedente e in quota rilevante lasciano la comunità dopo 3-6 mesi per tornare al domicilio. L'analisi su un campione di 300 anziani ospiti ha mostrato che la maggioranza (68,7%) si colloca nel RUG 44 – Funzione Fisica Ridotta, quello minimo. Di costoro il 75% non avrebbe bisogno dei minuti di assistenza previsti per le RSA lombarde, già molto bassi (901 minuti settimanali di assistenza per ospite).

La popolazione accolta nel campione di "Abitare Leggero" appare dunque in gran parte inappropriata per l'accoglienza in RSA e compatibile con i modelli organizzativi delle realtà analizzate. Nelle residenze sanitarie è presente una quota non piccola di anziani residenti che potrebbero meglio essere accolti in soluzioni di questo tipo (Brizioli, 2013). La conclusione da questi dati, condivisa dagli autori della ricerca, è chiara: "Le nuove soluzioni per la vita indipendente integrate da servizi accessori e ben integrate nei servizi di comunità affrontano il tema della facilitazione della vita quotidiana di anziani in difficoltà soprattutto abitative e di interazione con i difficili contesti di vita urbana" (Giunco *et al.*, 2013). Si tratta quindi di servizi che non hanno per ora un ruolo specifico per gli anziani gravemente non autosufficienti, ma che certamente possono aiutare a rendere più appropriato il ricovero nelle strutture residenziali solo per coloro che richiedono una forte assistenza sanitario-assistenziale.

3.2. Considerazioni generali sulle soluzioni "leggere"

Le possibili ed evidenti storture che si stanno realizzando – come nel caso delle Case famiglia⁽¹⁷⁾ – invitano ancor di più a promuovere soluzio-

(17) Il termine Case famiglia, accattivante e fortunato, viene usato per soluzioni estremamente diverse tra loro: da vere e proprie case di riposo, a tipologie simili a "bed and breakfast" che accolgono spesso anziani con bisogni che meriterebbero ben altra assistenza. Le cosiddette "Case famiglia", che mostrano oggi un'ampia diffusione, sconosciuta nelle sue reali proporzioni, sono un fenomeno che dovrebbe essere indagato da chi vuol conoscere ciò che accade nel mondo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (ecco, ad esempio, come viene presentata la costituzione di una casa famiglia-comunità alloggio per anziani sul web: "(...) aprire una casa famiglia – comunità alloggio, nella propria abitazione e con pochi semplici accorgimenti strutturali, è un business di successo e socialmente utile. Per avviare quest'attività non è necessario possedere particolari requisiti").

ni alternative alla RSA che siano concettualmente fondate e operativamente sorvegliate. Questo innanzi tutto riguarda il riconoscimento del ventaglio di situazioni che la condizione anziana comporta, passando dalla fragilità lieve alla grave dipendenza fisica e alla demenza; una diversità che non può non riflettersi nelle soluzioni che una società cosciente dei suoi problemi e delle sue possibilità deve considerare, se non altro per finalizzazione appropriata della spesa. Come evidenziato da Predazzi (2013), “la progettazione dell’habitat è al crocevia delle diverse problematiche del welfare, rappresentando una variabile determinante per la sostenibilità economica di ogni progetto futuribile per l’invecchiamento demografico, una prospettiva che l’attuale sistema, imperniato sulla proliferazione di modelli costosi e complessi come le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) non potrà a lungo sostenere”. Analizzando la situazione delle migliori soluzioni fra i Paesi europei, Predazzi individua tre “punti chiave”: 1) la libertà di scelta, possibile solo se esiste 2) un “ventaglio” di soluzioni possibili, meglio se in una rete strutturata di offerta (*home pad*, una piattaforma di abitabilità) e 3) la progettazione di abitazioni che tengano conto del ciclo di vita, quindi adattabili a diverse soluzioni interne che seguano plasticamente le modificazioni (prevedibili) del nucleo familiare.

Sostenute dalla programmazione politica internazionale, le diverse forme di sostegno abitativo protetto – gradite da anziani e famiglie, ma anche dai gestori e dai decisori politici, perché meno costose e più facili da gestire rispetto alle soluzioni più tradizionali – sono cresciute enormemente, superando la dotazione di queste ultime (Wilson, 2007). Si sono quindi sviluppati sistemi professionali e certificati adatti a garantire la necessaria tutela ad anziani fragili o vulnerabili con autonomie residue, ben integrati con i tradizionali servizi domiciliari, capaci di valorizzare il lavoro privato di cura e di contenere il ricorso inappropriato all’ospedalizzazione o all’istituzionalizzazione. In Lombardia, invece, le rigidità della normativa e il ridotto riconoscimento istituzionale hanno finora contenuto lo sviluppo significativo di soluzioni abitative protette e di vita assistita (Giunco, 2016).

Mancano, ad oggi, analisi economiche serie sulla realtà attuale e il possibile impatto economico di una politica di sviluppo delle soluzioni “leggere”, oltre ad analisi della tipologia di non autosufficienza per la quale sarebbero appropriate, e con quali normative. Questa mancanza è tanto più grave, perché certamente le residenzialità leggere incrociano bisogni reali e possono prospettare soluzioni interessanti e innovative. Il loro stesso proliferare, poco controllato, ne rende testimonianza.

3.3. Due esempi di innovazione realizzata: i “villaggi” per le persone con demenza

È nota, anche per i numerosi articoli presenti su media e social network, l’esperienza olandese del “villaggio” “Hogewyck” a Weesp⁽¹⁸⁾. Ispirati agli stessi principi e orientati ai medesimi obiettivi, stanno nascendo progetti e realizzazioni anche in Italia, con soluzioni però assai diversificate che possiamo così riassumere:

- fornire una tipologia abitativo-residenziale che tenga conto delle necessità “protesiche” dell’ambiente per le persone con demenza, ma in un contesto non istituzionale e più simile alla casa;
- risolvere nel modo più ampio e meno costringente possibile il problema della sicurezza, dal momento che la costruzione di uno spazio sicuro è la condizione che consente la libertà di movimento, evita la contenzione e riduce al minimo le necessità di sorveglianza, passiva e frustrante, per il personale e per i famigliari;
- essere accogliente per famigliari e visitatori, renderli il più possibile parte della vita del villaggio, fino ad allargare a tutta la comunità la possibilità di fruire dei servizi da esso offerti;
- promuovere una “terapia della normalità”, costruendo un quotidiano che sia il più possibile simile a quello di una casa e non a quello di una istituzione di cura.

A titolo di esempio si riportano nelle prossime pagine due progetti in fase di realizzazione in Lombardia, che rappresentano due versanti interpretativi architettonicamente e organizzativamente diversi del “villaggio”, ma entrambi innovativi e interessanti. Si tratta de “Il Paese Ritrovato” e del “Villaggio A”, in corso di realizzazione rispettivamente a Monza e a Cardano al Campo (Varese).

Il Paese Ritrovato a Monza⁽¹⁹⁾

La Cooperativa sociale La Meridiana ha messo a punto un nuovo progetto finalizzato alla realizzazione di un centro riservato all’accoglienza di persone affette da Alzheimer o altre forme di demenza. Il centro è stato pensato come un piccolo paese, così da permettere agli ospiti di condurre una

⁽¹⁸⁾ www.corriere.it/salute/neuroscienze/14_giugno_18/olanda-centro-modello-normalita-chi-ha-l-alzheimer-165ee01c-f6cb-11e3-a606-b69b7fae23a1.shtml.

⁽¹⁹⁾ A cura di Alberto Attanasio per il gruppo di lavoro de “La Meridiana”.

vita “normale” e di sentirsi a casa, ricevendo nel contempo le cure necessarie. L’idea è quella di realizzare un vero e proprio villaggio con appartamenti e servizi comuni, quali teatro, bar, minimarket, cappella, parrucchiere, palestra, laboratori ecc. In tutti gli spazi sono previsti controlli non invasivi per monitorare i pazienti, mentre tutto il personale, grazie ad una costante e specifica formazione, sarà in grado di riconoscere prontamente i bisogni degli ospiti e garantire interventi mirati pur nel rispetto dell’autonomia residua. Un luogo reale che vuole rallentare il decadimento cognitivo e ridurre al minimo le disabilità nella vita quotidiana; un modello di cura che ha l’obiettivo di ridurre lo stress, le forme di aggressività e l’utilizzo di farmaci. Il progetto ha un costo stimato di 8,5 milioni di euro, l’apertura è prevista nella primavera 2018. Una ricerca scientifica, che coinvolgerà il Politecnico di Milano, l’Università di Castellanza (LIUC), il CNR e la Fondazione Golgi Cenci, garantirà l’effettivo monitoraggio dei risultati, al fine di esportarne i risultati sull’intero territorio nazionale.

L’idea progettuale. La ricerca de La Meridiana si è concentrata da tempo su come rendere il più normale possibile la vita di persone con demenza all’interno dei Nuclei dedicati (*Gentlecare*⁽²⁰⁾ è stato e continua ad essere, per la cooperativa, metodo di ispirazione e riferimento). Nei primi mesi del 2015, dopo una attenta ricognizione dei modelli esistenti nel mondo, si è iniziato a pensare ad un luogo fisico dove poter trasferire le conoscenze e le esperienze accumulate nel corso degli anni. Si è così iniziato a progettare una soluzione gestionale e abitativa adeguata alla persona con demenza, alternativa e unica rispetto a quelle esistenti.

Dimensioni. Il Paese Ritrovato ha a disposizione una superficie di 13.400 mq, con 4.300 mq calpestabili per 64 ospiti. Lo spazio coperto è composto da 8 appartamenti e da un polo centrale, costruito con il concetto della piazza rovesciata; questa soluzione architettonica consente il libero movimento circolare dei residenti all’interno di un percorso gradevole, vario e stimolante. Sono presenti, inoltre, giardini e orti realizzati secondo i criteri più innovativi dell’architettura del verde. Parallelamente il centro si orienta al supporto diurno, con la presenza di un Centro diurno integrato (CDI) che può accogliere 30 ospiti e un polo per l’orientamento ai servizi presenti sul territorio. Ogni appartamento di 420 mq ospita 8 persone ed è composto da 8 stanze

⁽²⁰⁾ Per il metodo *Gentlecare* si veda: JONES M. (2005), *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l’Alzheimer*, Roma, Carocci Faber.

singole con bagno, una cucina, un soggiorno e due salottini. Nell'organizzazione dell'appartamento si è tenuto conto dell'equilibrio tra gli spazi privati e quelli sociali. Questa scelta consente ad ogni residente di vivere liberamente gli spazi, decidendo con quali persone dividerli.

Collocazione istituzionale. Il progetto darà vita ad un nuovo modello sperimentale; sono in corso di definizione, con l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza, le nuove "regole" da proporre a Regione Lombardia, con la speranza che da questa esperienza possa nascere una nuova unità di offerta espressamente indirizzata alla prima fase della demenza non più gestibile al domicilio.

I servizi del villaggio. I servizi saranno veri e propri negozi e luoghi definiti e riconoscibili per la propria funzione, ci sarà un cinema-teatro destinato anche ad eventi ed attività musicale, una palestra adibita anche a luogo per i *training* di stimolazione cognitiva, una piccola chiesa, un ufficio informazioni /proloco e diversi negozi (merceria, ferramenta/bricolage, parrucchiere, market/piccolo emporio, bar). Tutti i servizi, negozi e attività saranno gestiti interamente dallo staff de "Il Paese Ritrovato" con il sostegno di volontari opportunamente formati.

Sicurezza e monitoraggio. La serenità e la sicurezza degli operatori sono state il punto di partenza per la valutazione e la scelta delle soluzioni ambientali affrontate e di quelle tecnologiche: "Staff in sicurezza = residente più sereno e sicuro". Dal punto di vista ambientale è stata data grande cura alla scelta dei colori, della luce, delle infrastrutture di orientamento, mentre dal punto di vista tecnologico la priorità è stata data alla localizzazione di ospiti e operatori e alla profilazione delle giornate dei residenti.

Operatori. L'impianto organizzativo è totalmente differente da quello del classico nucleo Alzheimer; l'asse portante della metodologia sarà la libertà e l'autodeterminazione del residente, con una presenza dello staff assolutamente discreta e di supporto non invasivo; una tecnologia invisibile permetterà un costante monitoraggio del residente, con un beneficio di ricaduta sui costi di gestione (un numero più ridotto di personale non significa una diminuzione della qualità di vita, bensì un invito ai residenti ad organizzare in piena autonomia la propria giornata). In termini di minutaggio, la presenza del personale a standard potrà variare da un minimo di 1.340 ad un massimo di 1.580 minuti/settimana/ospite, in funzione delle risorse economiche a disposizione.

Innovazione. La grande innovazione de "Il Paese Ritrovato" sta nel proporre un modo differente di affrontare il tema della demenza, partendo dalla

visione del mondo di queste donne e uomini che stanno perdendo il filo del loro racconto. Non si tratta quindi di creare una nuova struttura residenziale, di declinare in modo più creativo la classica RSA, ma di proporre un luogo nuovo, costituito da ritmi individuali e sociali dedicati e nello stesso tempo un luogo aperto, uno spazio di ricerca e di innovazione che si apre alla città, a chi a casa soffre di mancanza di soluzioni, a tutti coloro i quali credono ad una società inclusiva, *Dementia friendly*.

Il "Villaggio A" di Cardano al Campo ⁽²¹⁾

L'idea progettuale. L'idea del "villaggio" inizia il suo iter progettuale nel 2013, sulla scorta di una serie di considerazioni convergenti: evidenze sperimentali, criticità della logistica RSA, coerenza con la metodologia "protesica", esigenza di de-ghettizzare la demenza.

La sperimentazione di un modello assistenziale fondato sui ritmi e le attività topiche della vita quotidiana ⁽²²⁾ ha mostrato, nei primi due anni di percorso, una grande potenzialità nei processi di presa in carico delle persone anziane coinvolte, sia in termini di motivazione che di riattivazione prassico-cognitiva, con una significativa differenza positiva rispetto alla vita di reparto (peraltro uno dei più curati sul piano dell'animazione e della relazionalità). Da queste prime esperienze si è sviluppata una particolare attenzione verso le potenzialità attivanti dei gesti della vita quotidiana se opportunamente "protesizzati", cercando nel tempo di definire un nuovo modello metodologico di "attivazione del quotidiano" applicabile ai percorsi di lungo periodo delle sindromi dementigene al fine di renderne più "fisiologici" e "partecipativi" i processi di *care*.

Dopo la storica introduzione dei reparti Alzheimer in RSA è apparsa in breve evidente la criticità strutturale di dover ospitare in un stesso ambito persone con manifestazioni cliniche e comportamentali, livelli cognitivi ed esigenze motorie, biografie personali e fasi di malattia quanto mai diversificate e spesso confliggenti. L'esigenza di avere a disposizione spazi il più possibile differenziati e adeguati alla particolare intrinseca "biodiversità" della malattia è stato sicuramente uno degli elementi determinanti nell'ab-

⁽²¹⁾ A cura del dr. Marco Predazzi.

⁽²²⁾ Il modello è quello dei "Cantou" della tradizione francofona (strutture in cui otto-dieci persone condividono la vita di una casa reale, con il supporto di un operatore residente) applicato a titolo sperimentale ad un gruppo di residenti di reparto Alzheimer di RSA, raccolti in un grande appartamento confinante ma separato dalla struttura.

bracciare la logica multipolare del villaggio, un arcipelago in cui ogni “casa” rappresenta un’isola con una propria caratteristica e identità, il più possibile adeguata all’irriducibile complessità dell’utenza.

La metodologia “protesica”, di cui va dato riconoscimento alla scuola gerontologica dell’Istituto Golgi, prima che un insieme di suggerimenti e buone prassi rappresenta una cultura, un orizzonte di riferimento che attende sempre nuove e più estese interpretazioni. L’idea di poter disegnare da zero in senso protesico le case, invece di adattarsi a reparti nati con altre logiche e finalità di cura, ed ancor più la sfida di rendere altrettanto protesico lo spazio aperto oltre la porta di casa sono stati elementi di grande suggestione progettuale ma anche di coerenza intellettuale con una visione che in questi anni ha illuminato la scena sottraendo la cura della demenza agli opposti poli dell’abbandono terapeutico e dell’assistenzialismo pervasivo.

Grande è la sfida di un villaggio Alzheimer, chiamato ad una progettazione “speciale” per persone “speciali” e purtuttavia intenzionato a non diventare un ghetto più o meno felice, ma un motore di socialità e servizi osmoticamente aperto e interagente con la comunità sociale, non un corpo estraneo del territorio, ma l’inizio di una vera *dementia friendly community*.

Dimensioni. Complessivamente il lotto è di 21.000 mq, di questi 6.000 mq sono destinati a parco urbano in cessione al Comune e a residenze private, mentre il villaggio vero e proprio occupa un’area di 15.100 mq. Di questi ultimi, 10.600 mq sono edificati (3.673 mq come superficie coperta e 6.927 mq come zone lasciate a verde all’interno delle quali si snodano anche i diversi percorsi circolari, integrati in un sistema organico che riconduce sempre al punto nodale della piazza) e 4.500 mq sono adibiti a parco attrezzato aperto al pubblico che, oltre alle serre coperte e al bar-sala gioco, prevede al suo interno anche una piccola arena per ospitare eventi all’aperto.

Il *Cantou* tipo ha una superficie di 382 mq e si sviluppa su due livelli. Il piano terra è organizzato in: sala living-zona pranzo, piccola cucina, servizi igienici riservati al personale, servizi igienici per visitatori, zona lavanderia e stireria (ad uso terapeutico), 2 camere doppie con bagno, ascensore. Il primo piano, che si affaccia direttamente sulla zona giorno del piano terra, è riservato a zona notte con 2 camere doppie e 2 singole. Il piano è servito sia da scale che da ascensore interno.

Il villaggio ospita 9 *Cantou*, ognuno dei quali può ospitare fino a 10 persone. I posti letto totali sono 96, inclusi i 7 posti letto dell’astanteria all’interno della zona sanitaria.

Collocazione istituzionale. Il progetto si colloca nel contesto delle sperimentazioni ex d.G.R. n. 856/2013 con le precisazioni normative della d.G.R. n. 2942/2014 e successive, che ne hanno ridefinito requisiti di esercizio, modalità di accesso degli utenti e relative contribuzioni. Una sufficiente sostenibilità economica dovrebbe essere garantita dall'adozione di rette di mercato delle RSA e dalla contribuzione istituzionale per la residenzialità leggera previste da Regione Lombardia (24 euro/die). Sono tuttavia allo studio ulteriori possibili opzioni di gestione che escludano il finanziamento regionale (e il carico burocratico che ne deriverebbe).

I servizi del villaggio. Oltre alla cura e all'accompagnamento della persona nella vita quotidiana, il villaggio prevede una serie di opportunità finalizzate a rendere ancora più "fisiologica" la partecipazione alla vita reale da parte dei residenti (possibilità di cucinare parte dei pasti nelle abitazioni, uscire "a fare la spesa", fare una sosta in chiesa o al bar, passare dal parrucchiere, partecipare al lavoro in serra, uscire a cena al ristorante, frequentare la palestra o i servizi di diagnosi e cura del polo sanitario). La scelta progettuale è quella di non ricorrere a limitate simulazioni, ma di coinvolgere veri professionisti disposti a trasferire i loro esercizi e relativa clientela nel contesto del villaggio.

Sicurezza e monitoraggio. La logistica del villaggio prevede una naturale separazione tra aree a libera fruizione (con percorsi in piano, pavimentazioni antinfortunistiche e facilitazioni ergonomiche) e spazi fruibili con adeguato accompagnamento da parte di operatori e/o familiari. La separazione tra le due aree è data dalla barriera naturale delle balze collinari – ove sono collocati gli spazi più aperti a libera fruizione pubblica che richiedono un adeguato accompagnamento – e il grande pianoro delle case e dei negozi su cui si sviluppano i percorsi liberi su tracciati in piano, che pur offrendo diverse opzioni e deviazioni di percorrenza, ritornano sempre sulla piazza principale del villaggio. Per i residenti con maggiore mobilità e compulsioni centrifughe si pensa ad un monitoraggio GSM, con refertazione sullo *smartphone* dell'operatore. Per la notte è prevista una centrale di monitoraggio con telecamere, sensori ambientali delle singole case e operatori sul campo come nei reparti di RSA.

Operatori. È prevista la presenza continuativa diurna di un operatore per casa, che in due turni di lavoro garantisca referenzialità e continuità relazionale alla piccola comunità, supportato da operatori assistenziali aggiuntivi nelle fasce orarie critiche e da operatori di tessuto connettivo (hostess per i trasporti, custodi di spazi comuni e servizi, tecnici dei laboratori ergoterapici ed animativi). Sul piano sanitario i residenti, come da normativa propria del-

la residenzialità leggera, resteranno a carico del SSN, ma troveranno in loco un infermiere professionale 24/24 ore e un medico di villaggio con funzioni di supervisione, coordinamento e reperibilità per consultazioni 24/24 ore. Il minutaggio generale del set assistenziale si avvicina molto, senza superarlo, a quello classico della RSA, con una sostanziale differenza compositiva legata al risparmio in personale sanitario, interamente reinvestito in operatori dell'area relazionale-assistenziale e al contributo indiretto derivante dal reclutamento informale dei professionisti dei servizi terziari.

Innovazione. Il villaggio-Alzheimer, così definito, non è una più o meno apprezzabile utopia progettuale per smuovere interessi mediatici, ma può davvero dar vita ad un percorso innovativo in campo gestionale, logistico e sociale, a beneficio non solo dei malati di demenza, ma dell'intera progettazione residenziale gerontologica dei prossimi anni.

Sul piano gestionale, si passa dall'organizzazione standard della giornata tipica di un reparto di struttura comunitaria sanitarizzata ad un progetto di vita assistita fondata sui ritmi naturali della quotidianità, il che comporta liberalizzazione di alzate e tempi assistenziali, condivisione ravvicinata dei gesti tipici della vita della casa e della preparazione-consumazione dei pasti, massima riduzione del *turn over* degli operatori, con conseguente implementazione di referenzialità e fidelizzazione di relazioni: è una piccola rivoluzione di tempi e modi della presa in carico della persona dipendente.

La logistica del villaggio si avvale della possibilità di progettare per la prima volta *ex novo* un ambiente con speranza di "protesicità" integrale: si sostituiscono i reparti con le case, abitazioni in cui aspetto architettonico e strategie d'arredo ripropongono in modo fedele e riconoscibile l'archetipo della casa, mentre il tessuto connettivo comunitario, rappresentato in RSA dai classici saloni da pranzo e soggiorno, viene convertito in vie, piazze, cortili di un paese reale, all'occorrenza supportati da ausili e facilitazioni e ove necessario da protezioni termiche per la fruizione nei mesi invernali.

Sotto il profilo più strettamente sociale, il villaggio rappresenta per il futuro prossimo un importante esperimento di inclusività, particolarmente significativo in un contesto socio-culturale ancora dominato dallo stigma. La collocazione "a ponte" con il contesto territoriale, l'offerta di punti di libera fruizione e interscambio, il coinvolgimento di professionalità artigiane e commerciali nel cuore operativo dell'insediamento, la presenza permanente di famiglie *caregiver*, la possibilità per i familiari di accedere alle foresterie per soggiorni temporanei, sono tutti elementi di grande valore strategico sulla strada dell'integrazione di un'intera comunità "amica della demenza".

3.4. Considerazioni finali sui “Villaggi”

I due progetti presentati si trovano in fase avanzata di realizzazione. Si tratta di due progetti diversi, ma accumulati dalla necessità di sperimentare nuove vie per i più fragili fra i non autosufficienti: le persone con demenza. In entrambi i casi il tema di fondo è avvicinare il più possibile la vita quotidiana di questi malati ad una dimensione normale, dove la struttura e l'organizzazione consentano di trovare la miglior soluzione a quella contraddizione fra sicurezza e libertà che caratterizza l'assistenza a queste persone, ma che è anche un tema dominante nelle nostre società.

In entrambi i progetti si allarga il perimetro di autonomia, consentendo l'uscita dalla logica di “reparto” e dando la percezione di uno spazio di vita. Nel caso del “Paese ritrovato”, di Monza, con una situazione più “costruita” (anche tecnologicamente) che reale, mentre nel caso del “Villaggio A”, di Cardano al Campo, con una maggior tensione verso la riproduzione della vita reale e l'integrazione con il territorio.

Si tratta certamente di modelli interessanti che anche altri stanno progettando, speriamo non “gattopardescamente” utilizzando il nuovo nome per proporre il solito modello della casa di riposo.

Bibliografia

- BRIZIOLI E. (2013), *La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG*, in PESARESI F., *RSA – Residenze sanitarie assistenziali*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 177-197.
- GIUNCO F. (2016), *Le RSA in Lombardia. Un modello ancora attuale?*, <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/05/le-rsa-in-lombardia-un-modello-ancora-attuale/>
- GIUNCO F., GUERRINI G.B. (2011), *Modelli di residenzialità sociale in Lombardia: le Comunità alloggio*, in *I luoghi della cura*, 3, pp. 10-16.
- GIUNCO F., PREDAZZI M., COSTA G. (2013), *Verso nuovi modelli di residenzialità. Il progetto Abitare Leggero*, in *I luoghi della cura*, 4, pp. 13-20.
- GORI C. (a cura di) (2011), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- GORI C., RUSMINI G. (2015), *La rete dei servizi sotto pressione*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 57-85.
- NNA (a cura di) (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

- NNA (a cura di) (2010), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- NNA (a cura di) (2011), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto, Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- PANIGATI R., VANINI B., BALLERIO M., EMANUELE E., POLITI P. (2013), *Prevalenza di demenza e disturbi psichiatrici in anziani ricoverati presso cinque RSA lombarde: comorbidità e terapia psicofarmacologica. Risultati di uno studio trasversale*, in *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 126 (3), pp. 593-599.
- PREDAZZI M. (2013), *L'habitat protetto per l'invecchiamento in Europa. Buone prassi internazionali e realtà sperimentali in Lombardia*, in *I luoghi della cura*, pp. 7-11.
- SCHIAVINA E., BRESCIANI R., ZUCCHI A. (2012), *Documento di programmazione 2012 area Anziani – Asl Bergamo*, come riportato in: Relazione Zucchi, convegno XIX Giornata Alzheimer (<http://webstorage.mediaon.it/media/attach/2012/09/Alzheimer.pdf>).
- WILSON K.B. (2007), *Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present*, in *Gerontologist*, 47, Issue suppl. 1, pp. 8-22.

7. Il welfare aziendale e le fondazioni

Anna Banchemo

1. Il welfare aziendale

1.1. Le tendenze in atto nel sistema sociale ed economico

Il sistema di aiuto sociale, come tutti i sistemi produttivi, richiede organizzazione e finanziamenti. Nel momento attuale le risorse finanziarie dedicate al welfare sono sempre più ridotte e disarticolate: permane il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), che nel 2017 ammontava a 311 milioni di euro, a cui si aggiungono altre dotazioni per la non autosufficienza e per interventi specifici collegati ai fenomeni della violenza di genere, tratta, ecc. Il complesso delle risorse, comunque, non arriva ad importanti somme che possano garantire stabilità e ampiezza di azione al complesso delle politiche sociali. Anche la recente misura contro la povertà, il “Reddito di inclusione” (legge 15 marzo 2017, n. 33) è un punto di partenza per contrastare le povertà assolute. Sul fronte delle Amministrazioni regionali e delle Autonomie locali si rendono disponibili ulteriori finanziamenti che hanno portato nel complesso la spesa sociale a circa 7,5 miliardi di euro, per offrire una risposta a famiglie e persone che versano in condizioni di grave disagio o di povertà, lontano da un sistema organizzato di *welfare delle opportunità* come auspicato dalle più recenti teorie del benessere sociale.

In questo panorama, anche per la illuminata capacità contrattuale dei lavoratori del settore metalmeccanico, sono sorte altre risorse che – se ben gestite – possono rappresentare, insieme ad ulteriori disponibilità finanziarie, supporti alle politiche sociali. Si tratta del welfare aziendale, innovazione di grande interesse soprattutto per i lavoratori dato che, purtroppo, la platea dei possibili fruitori è ristretta a chi lavora. Il welfare aziendale è comunque una delle principali novità del nostro sistema di sicurezza sociale. Le iniziative dei datori di lavoro – volute fortemente dai sindacati del settore metalmeccanico per incrementare il benessere personale e familiare dei lavoratori – sono,

peraltro, in costante aumento e fino al 2019 andranno a sostenere oltre 1,6 milioni di lavoratori (settore metalmeccanico) con una quota di partenza di 100 euro in ciascuna busta paga che diverranno 150 euro nel 2018 e 200 euro nel 2019. Nel complesso ci troviamo di fronte a circa 1,6 miliardi di euro come dotazione economica per queste attività.

Trattare nella sede del Rapporto sulla Non Autosufficienza questi aspetti potrebbe apparire fuori luogo ma, nell'attuale situazione socio-economica del Paese, dobbiamo comprendere che il tema del welfare deve assumere un carattere molto più globale; in pratica, non siamo più alle azioni riparative di un danno, tipiche dell'atteggiamento assistenziale oggi obsoleto, ma in un'epoca in cui il welfare deve essere individuato anche come sede positiva per lo sviluppo socio-economico, con l'offerta di posti di lavoro, soprattutto per giovani e per chi ha disponibilità a creare impresa nel settore sociale. Tutto questo deve avere, come punto di riferimento, l'innalzamento delle condizioni di vita di tutti i cittadini, non solo dei più svantaggiati.

1.2. *Il welfare aziendale*

Il welfare aziendale (di seguito WA) è stato introdotto dalla legge di stabilità 2016 (regime fiscale di favore per i premi di produttività e di risultato) ed è costituito dai benefici di tipo "reale" (diversi dalla normale retribuzione monetaria) forniti da un'impresa al proprio personale, frutto di scelte volontarie e azioni programmate. Il WA comprende:

- a) beni e servizi (finali, o intermedi);
- b) trasferimenti in *ticket*, *voucher* e simili;
- c) vantaggi legati a *specifiche* scelte organizzative.

La destinazione dei benefici da parte dell'impresa non è necessariamente esclusiva per i dipendenti, ma può essere accessibile anche ad altre persone legate da rapporti familiari al lavoratore. L'impresa rende disponibili delle risorse ed il personale può essere chiamato, o meno, a forme di contribuzione. Le iniziative possono essere unilaterali da parte dell'impresa o contrattate con i lavoratori. Questa esperienza è molto diversa dal ruolo che le aziende avevano ricoperto un decennio fa, quando impiegavano parte delle loro risorse, insieme a dotazioni statali e regionali per i così detti "nidi aziendali", esperienza in larga parte positiva soprattutto dove il nido si apriva al quartiere.

Per quanto attiene l'attuale articolazione delle iniziative di WA, possiamo suddividere gli interventi per "aree di vita quotidiana" comprendenti:

- responsabilità familiari (servizi di cura e interventi sull'organizzazione del lavoro);
- casa;
- salute e previdenza;
- mobilità;
- istruzione, cultura, sport, turismo;
- consumo alimentari;
- altri consumi e incombenze.

Il quadro indica la varietà e la ricchezza delle esperienze di WA. Sviluppi recenti hanno portato a forme anche più evolute l'organizzazione dell'offerta. Ci si riferisce in particolare alla realizzazione di "portali" che presentano ai lavoratori il complesso dei benefici previsti dall'impresa: veri e propri "menù" di scelta, concepiti anche per facilitare le transazioni (prenotazioni, pagamenti, certificazioni fiscali, ecc.). Esperienze molto interessanti, che spesso contemplano anche l'idea di un *budget* individuale spendibile sull'intera gamma delle prestazioni, consentendo quindi elevati livelli di flessibilità e di personalizzazione dei servizi resi.

Da parte delle lavoratrici e dei lavoratori si registra un apprezzamento per le iniziative di WA, non solo perché rallentano lo stress derivante dall'attuale crisi sui problemi più pressanti della convivenza familiare (non autosufficienza, disabilità, minori problematici, ecc.), ma perché, di fatto il WA si percepisce come un'integrazione salariale ed una facilitazione di fronte alle carenze dei servizi pubblici, con l'offerta di opportunità che possono migliorare lo stile di vita della famiglia. Infatti, oltre alla redistribuzione del tempo di lavoro tra donne e uomini, molto apprezzata anche nelle imprese dove i dipendenti sono a prevalenza maschile, gli interventi di WA che attengono alle responsabilità familiari sono quelli maggiormente richiesti.

Un problema da registrare su questa esperienza innovativa per l'Italia (in Francia e Germania le iniziative di WA sono già diffuse) è la scarsa informazione, particolarmente da parte dei servizi pubblici, sulla diffusione e sull'impatto del WA. Sporadicamente l'attenzione si concentra sulle esperienze di successo che fanno notizia, ma a tutt'oggi le conoscenze sulla consistenza di questo tipo di welfare sono assai meno diffuse e chiare del desiderabile. Il deficit informativo piuttosto rilevante deve essere rapidamente colmato anche per una maggiore fruizione dei benefici ed un coordinamento con le iniziative delle politiche sociali tradizionali.

Su può affermare senza timore di essere smentiti, che le pratiche di WA improntate ad uno stile di gestione delle risorse umane particolarmente re-

sponsabile sono ancora circoscritte⁽¹⁾. Poche sono le iniziative nelle piccole aziende e, se si considerano tutte le esperienze di WA, i benefici risultano molto differenziati sia in termini di intensità che di qualità. In proposito, va anche sottolineata la differenziazione dell'accesso ai benefici in ordine ai profili dei lavoratori (sia donne che uomini), perché all'interno della stessa impresa possono accedere agli interventi di WA personalizzati coloro che sono strutturati, mentre chi ha contratti precari (lavoratori a tempo, co.co.pro, partite IVA, ecc.) ne è escluso.

L'insorgere di nuove disuguaglianze, le difficoltà di accesso ai servizi pubblici da parte di persone che sono in possesso di redditi medio bassi, così come l'insorgere di rilevanti questioni culturali quali ad esempio la maternità da rinviare per giovani donne "in carriera" ci ripropongono vecchi modelli della lavoratrice a "una dimensione", citata da Chiara Saraceno⁽²⁾ trattando casi emersi dalla letteratura o nella pratica clinica, dove il tema complesso è quello di riconoscere alla donna *il valore e il diritto a dare e ricevere cura*, senza perdere il diritto ad essere anche "altro", cioè colei che non esaurisce la sua funzione di madre nell'amore e nell'accudimento dei figli, ma è anche capace di pensieri e progetti su di sé, quando è opportunamente aiutata e coadiuvata nelle cure familiari. È proprio in questi casi che la presenza di un welfare sicuro, all'interno dei diritti di lavoratrice, migliora notevolmente la situazione e quindi la tranquillità della donna e del nucleo familiare, facilitando la stessa decisione di maternità.

La nostra attenzione va ora centrata sui possibili sviluppi del WA, soprattutto sotto il profilo della qualità. Come abbiamo potuto constatare, la maggioranza dei sostegni alle cure familiari si realizza tramite *voucher* e ciò potrebbe non facilitare la qualità delle prestazioni: pensiamo ad esempio ad un'assistenza per non autosufficienti, in particolare persone con Alzheimer, in cui la scelta della persona è effettuata dalla famiglia o per segnalazioni da parte di amici o per trattative dirette con persone di assistenza che si offrono

(¹) L'indagine condotta in Emilia-Romagna da "Servizi Nuovi" per conto di Unioncamere Emilia-Romagna (2013), rileva che il WA si sta estendendo e coinvolge prevalentemente le imprese più innovative chiamate a reggere la competizione sul mercato internazionale. In prima approssimazione si può affermare che nella Regione il WA è promosso da un terzo delle aziende e comprende multinazionali, imprese cooperative e medie imprese. Sono altresì in atto esperienze (poche) di piccole imprese organizzate in rete.

(²) Cfr. "vecchio modello di lavoratore a una dimensione" da Chiara Saraceno (Repubblica 20 ottobre 2014).

sul mercato. Lo stesso può dirsi per l'assistenza a minori con autismo o con gravi disabilità, dove chi assiste dovrebbe possedere conoscenze e competenze per trattare queste persone, mentre la ricerca non orientata non sempre offre persone capaci di affrontare casi complessi.

Questo significa che, anche per il WA, si deve procedere ad un collegamento con il pubblico, cioè con chi si occupa di "regolare" e fornire qualità alla rete dei servizi. Tale regolazione può permettere di attingere ad una scelta di personale qualificato che può essere offerto da Agenzie o può appartenere anche al libero mercato, ma deve essere in possesso di competenze valutate dal pubblico, anche tramite un'offerta formativa che consente l'iscrizione ad "albi" o il possesso di certificazioni che garantiscono competenze o particolari qualificazioni come quelle delle tutela delle persone fragili o con patologie degenerative. In questi termini i servizi pubblici debbono offrire a questa platea di liberi professionisti anche un sostegno all'acquisizione di conoscenze che è garanzia per chi fruisce delle loro prestazioni di aiuto.

In questo modo il WA esce dal suo isolamento, o da essere servizio "fai da te", per inserirsi anch'esso nella rete delle risorse e opportunità di aiuto. Potenzialità e sviluppi del WA devono necessariamente misurarsi con i *motivi di interesse* che questa esperienza ci propone. Il primo motivo di interesse è ciò che avviene nel mondo delle imprese nell'attuale configurazione dei mercati, il secondo è invece costituito dalle esigenze di rinnovamento e di *ricalibratura* dell'intero sistema di welfare che non è più monolitico e statale, ma si avvale dell'offerta proveniente anche da altri soggetti del mondo economico (le imprese).

Il presidente della BCE, Mario Draghi, ha recentemente affermato a proposito della crisi nella quale siamo immersi: "Il problema non è licenziare, il problema è quello che nei modi possibili si creino nuovi posti di lavoro aumentando la produttività del sistema delle imprese, la formazione dei giovani e un sostegno che mantenga l'equità⁽³⁾". Questo ci sembra l'approccio giusto e ci chiediamo: quali sono gli specifici profili di interesse delle imprese per investire nel WA? Sappiamo che il merito delle iniziative di WA è riconosciuto da *agevolazioni fiscali* (di cui godono molti dei benefici che possono essere previsti)⁽⁴⁾ e sappiamo altresì che tali agevolazioni, in genere, derivano dagli stati di benessere che il WA può indurre, quali la riduzione dell'assen-

⁽³⁾ Dall'intervento del 9 ottobre 2014 al Brookings Institute di Washington.

⁽⁴⁾ Cfr. TUIR, artt. 51 e 100.

teismo e, talvolta, anche degli infortuni sul lavoro, ma l'aspetto centrale per l'azienda è migliorare la *produttività del lavoro* e ciò è tutt'altro che negativo nella globalizzazione della produzione.

Si è dimostrato, infatti, che l'apporto più significativo del WA per le imprese va ricercato nell'aumento dell'impegno del lavoratore. A riprova si cita un recente studio della McKinsey, dal quale risulta un aumento dell'*engagement index* (indice di impegno) pari al 30%, con un aumento di un ulteriore 15% con l'introduzione del WA e con l'offerta di nuovi benefici in aggiunta agli esistenti. Si tratta in pratica di un aumento rilevante dell'efficienza nei comportamenti di lavoro, variabile cruciale del funzionamento di ciascuna organizzazione.

Pare utile osservare, anche, come il WA sia una strategia coerente con il livello di radicamento nella produzione dei lavoratori che interagisce con il loro grado di identificazione nelle attività che svolgono (in particolare sulla *qualità* dei prodotti). Interagisce nella misura in cui ogni lavoratore attribuisce valore umano e sociale alle opportunità di aiuto offerte dall'ambiente di lavoro.

Deve poi essere considerato che nell'attuale regime competitivo e turbolento dei mercati, si pongono domande pressanti da parte delle imprese al lavoratore quali la "flessibilità", le capacità innovative e l'impiego di tutti i saperi accumulati nel tempo, pertanto le attività produttive sono diventate sempre più dipendenti dall'impiego di risorse di tipo cognitivo, difficili da attivare se si esercitano solo controlli e non si fa leva sul senso di appartenenza all'azienda che spinge a migliorare il proprio prodotto.

Anche queste esemplificazioni ci fanno affermare che il WA può essere interpretato come una *strategia di incentivazione* che fornisce un valido contributo alla competitività positiva di un mercato globale particolarmente esigente. In questi termini si può affermare che i maggiori investimenti in materia di WA sono effettuati dalle aziende maggiormente competitive e più forti nel campo dell'innovazione e della tecnologia⁽⁵⁾.

In sintesi, si può quindi affermare che gli obiettivi del WA si arricchiscono non solo sotto il profilo di mezzi orientati ad aumentare il benessere sociale dei lavoratori, ma accrescono anche la produttività/competitività aziendale, condizione per rilanciare crescita e occupazione.

(5) Si veda la crescente tendenza all'ingresso nei Consigli di amministrazione dei 'manager della *social responsibility*'.

1.3. *Gli scenari futuri: interesse del WA per i produttori di prestazioni sociali*

Da tempo, i produttori di servizi non sono più gli Enti pubblici, il cui compito è piuttosto quello di regolare e facilitare le reti assistenziali. La grande maggioranza delle prestazioni sociali di aiuto alla persona o di assistenza residenziale è oggi affidata a soggetti del terzo settore o a privati. Tra questi, emergono particolarmente le cooperative e le imprese sociali. È ovvio che un qualsiasi datore di lavoro che offre servizi di WA non intende gestirli direttamente, privilegiando quindi contribuzioni e voucher, anche per dar modo ai lavoratori di scegliere il servizio più consono alle proprie esigenze. In questa prospettiva potrebbe apparire quasi *lapalissiano* l'interesse del terzo settore ad interloquire con le aziende, i lavoratori e le pubbliche amministrazioni per candidarsi ad offrire le prestazioni contemplate nel WA.

Purtroppo ciò non è avvenuto agli esordi di questa opportunità. Ciò si lega alla "gracilità" del terzo settore, nonostante la legge di riforma approvata il 6 giugno 2016 ed i decreti attuativi di qualche mese fa irrobustiscano la *struttura aziendale* di questi soggetti che – a differenza degli auspici di J. Delors degli anni 2000 – nel nostro Paese, diversamente da quanto avviene in altri Paesi europei, sono ancora molto legati alla "veicolazione di lavoro" da parte del pubblico e le persone con bisogni di aiuto familiare si rivolgono al mercato individuale⁽⁶⁾. In questi termini, attualmente, il soggetto attuatore del WA è soprattutto il privato e ancora più spesso l'offerta individuale.

L'aspetto da studiare e da organizzare da parte del terzo settore dovrebbe essere quello dell'offerta, che prendendo a riferimento le aree del WA potrebbe sviluppare "pacchetti di iniziative" da offrire ai lavoratori soprattutto per le cure familiari (assistenza ad anziani, minori e persone con disabilità e fragilità). Ciò potrebbe facilitare anche i datori di lavoro che potrebbero offrire non solo i voucher, ma anche un *catalogo* di gestori dei servizi, con una maggiore stabilità e qualità dell'offerta. Il radicamento delle cooperative/imprese sociali, come soggetti produttori di servizi e soprattutto di nuove opportunità di lavoro e di capitale sociale, interagirebbe positivamente con lo sviluppo delle iniziative di WA.

⁽⁶⁾ La gran parte della domanda delle famiglie che non trovano risposta nel sistema regolato dal pubblico, si riversa nel lavoro di cura sommerso. Stime ormai ampiamente confermate attestano la presenza di 2 milioni di lavoratrici (le cosiddette badanti) mentre il numero di lavoratori/rici impegnati nelle imprese sociali non supera le 800.000 unità.

Le stesse Organizzazioni sindacali che hanno promosso il WA dovrebbero procedere ad una raccolta ordinata degli accordi *contrattuali* riferiti al welfare che a livello italiano ammontano a diverse decine, giungendo ad una riflessione sulla rilevanza delle risorse (finanziarie e umane) che il welfare aziendale può raggruppare e quindi comprendere come una modalità contrattuale “originale” riesce ad incidere non solo sull’organizzazione del lavoro in azienda, ma riesce ad aggregare risorse finanziarie, servizi e nuova offerta di lavoro.

1.4. *Gli scenari futuri in materia di rinnovamento del sistema di welfare*

Fino ad ora non abbiamo sufficientemente sottolineato come il grande assente in questo nuovo evento nell’ambito del welfare sia l’Ente pubblico (Regioni, Comuni, Ambiti territoriali, ecc.). Molti indicano già il WA come una via innovativa del sistema sociale che può prefigurare nel tempo il superamento di un *sistema pubblico* irrigidito e obsoleto. Chi scrive non la pensa in questo modo, ma certamente è vero che le strategie del WA non possono totalmente prescindere dalle reti assistenziali in essere, pur obsolete e rigide; ma per non consegnare il welfare pubblico ai ridimensionamenti delle leggi di stabilità, lasciando “nicchie” come il WA unicamente alle contrattazioni aziendali, è necessario un avvicinamento ed un approfondimento della materia da parte del pubblico, cui comunque competono una regolazione ed una regia dei servizi.

Si potrà obiettare che alle garanzie sociali per la generalità dei cittadini italiani debbono pensare i livelli essenziali delle prestazioni (discussione lontana e assopita da alcuni anni), purtroppo questa discussione si colloca in un sistema assai complesso che dopo il referendum del 4 dicembre 2016 sembra aver cessato d’attualità. Si potrà anche obiettare che le scelte compiute dai contratti aziendali sono materia che non tocca lo “Stato” nelle sue declinazioni regionali e locali, ma riguardando anche solo una parte dei cittadini non può essere ignorata, soprattutto per quegli aspetti relativi alla *tutela della persona*, almeno per il motivo di proteggere i cittadini più fragili da incompetenze e danni.

Nei termini illustrati, è evidente il ruolo dell’intervento pubblico anche nel WA e lo stesso può essere esemplificato sotto due profili:

- a) la tutela delle misure di WA nei confronti dell’assistito;
- b) le funzioni che possono essere attribuite all’intervento pubblico nell’ambito di questa nuova risorsa.

Rispetto al profilo *a)*, il pubblico non può permettersi l'investimento di risorse umane non qualificate che svolgono attività di tutela e di aiuto ai più fragili, quindi dovrebbe essere sufficientemente ampliata e diffusa l'offerta formativa per chi intende esercitare (anche in maniera privata) attività di aiuto/assistenza personale. Molte norme dello Stato e delle Regioni promuovono l'assistenza personale come alternativa o supporto che possa evitare i "segreganti ricoveri"; si tratta di un welfare inclusivo, che però deve essere svolto con competenza e professionalità.

Sotto il profilo *b)*, il rapporto tra intervento pubblico e WA può essere impostato nei termini di una rinnovata e moderna *articolazione* delle strategie di welfare. L'accesso universale ai diritti sociali non è impedito se alcuni soggetti della realtà socio-economica (sistemi aziendali) si muovono per agevolare aiuti e sostegni ad alcune famiglie (quelle dei propri lavoratori). Perché allora non intrecciare un dialogo anche con loro e con il mercato privato per elevare la qualità dell'offerta e promuovere benessere sociale? È senz'altro un passo avanti in materia di *welfare delle opportunità*. Va anche aggiunto sotto questo aspetto, che il ruolo dello Stato nelle crisi aziendali per tutelare l'occupazione è sempre più pregnante e quindi, perché non interagire anche nelle strategie che migliorano l'organizzazione del lavoro e tutelano gli stessi lavoratori nei loro problemi familiari? Certo queste impostazioni richiedono una elevata e lungimirante capacità di governo sorretta da finalità che mirano a migliorare le condizioni di vita di tutti i cittadini, anche di coloro che non accedono all'offerta pubblica.

In queste prospettive future vanno annoverati anche i finanziamenti europei 2014-2020, dove il tema del WA è presente nei documenti prodotti dal governo italiano ⁽⁷⁾. L'*Accordo di partenariato 2014-2020* approvato dal CIPE, comprende "Misure di promozione del welfare aziendale" e indica come fon-

⁽⁷⁾ Il tema del welfare aziendale è esplicitamente presente nell'*Accordo di partenariato 2014-2020* approvato dal CIPE il 18 aprile 2014, che all'Obiettivo tematico 8 (Promuovere un'occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori) prevede la seguente Azione: "Misure di promozione del 'welfare aziendale' (es. nidi aziendali, prestazioni socio-sanitarie complementari) e di nuove forme di organizzazione del lavoro *family friendly* (flessibilità dell'orario di lavoro, *coworking*, telelavoro, ecc.)", indicando come fonte di finanziamento il Fondo sociale europeo (FSE). Va osservato che ritroviamo questa tematica anche nei Documenti strategici di *Programmazione dei fondi strutturali e di investimento europei 2014-2020* approvati dalle Regioni. Da tener presente la possibilità di utilizzo anche del FESR nell'ambito dell'OT 3 (competitività e imprese), che comprende il rafforzamento delle attività economiche a contenuto sociale (ovvero delle attività imprenditoriali di interesse sociale).

te di finanziamento il Fondo sociale europeo (FSE), con la possibilità di attivare anche il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) che, all'obiettivo "competitività e imprese", include azioni promozionali regionali e locali con *il rafforzamento delle attività economiche a contenuto sociale*. Questo può voler dire anche procedere per sostenere e accompagnare le iniziative in atto di WA e promuoverne la diffusione ad altre realtà aziendali.

Infine, non va sottaciuto nemmeno l'aspetto economico, in quanto la valorizzazione di esperienze di WA può liberare "risorse" all'interno dei bilanci pubblici da destinare allo sviluppo di nuove iniziative, oggi penalizzate dai vincoli finanziari. A questo va aggiunto l'elemento già indicato in precedenza, ovvero il WA come vettore di nuove opportunità di lavoro e quindi fattore che incide per una spinta economica che ci affranchi definitivamente dalla crisi dell'ultimo decennio. Alcuni possono anche obiettare che questo tipo di welfare è esentasse e quindi una discriminante rispetto agli altri sistemi di finanziamento, ma anche a questa obiezione si può rispondere con l'aumento di coloro che ricevono benefici, che in alternativa al WA non avrebbero risposte perché è plausibile si tratti di persone che non rientrano nelle basse condizioni economiche e quindi di cittadini che difficilmente potrebbero accedere a benefici pubblici.

2. Altre risorse nella moderna società dello scarso benessere: le fondazioni

Le fondazioni, in linea generale, sono persone giuridiche di diritto privato, ma secondo i Paesi di origine la loro disciplina mostra differenze. In Italia la disciplina giuridica delle fondazioni è contenuta principalmente nel libro I, titolo II, capo II del codice civile che, peraltro, tratta le fondazioni unitamente alle associazioni. Un punto accomuna i diversi ordinamenti: la fondazione può essere costituita solo per scopi di pubblica utilità (sociali, culturali, educativi, religiosi o scientifici), mentre in Germania e nei Paesi Bassi è consentita invece la costituzione di fondazioni per qualsiasi scopo lecito, compresi quelli di utilità privata. In tutti gli ordinamenti la fondazione si caratterizza per *l'assenza di finalità lucrative* ed in tal senso rientra nelle organizzazioni non a scopo di lucro (o *no profit*).

L'assenza di finalità lucrative implica il divieto di distribuire gli avanzi di gestione, ma non esistendo il divieto a conseguirli, se si realizzano, devono essere reinvestiti all'interno della fondazione.

Nella fondazione, il soggetto fondatore (può essere anche più di una

persona) trasferisce ad altri la proprietà di determinati beni destinandoli a specifici scopi o vincoli di destinazione che gravano in perpetuo sui beni stessi. Esistono alcuni tipi di fondazioni:

- *fondazione operativa* (*Operating Foundation*) che persegue il suo scopo direttamente, avvalendosi della propria organizzazione;
- *fondazione di erogazione* (*Grantmaking Foundation*) che persegue il suo scopo indirettamente, finanziando altri soggetti che provvedono a perseguirlo.

Nell'atto costitutivo della fondazione, secondo la dottrina, si individuano due atti distinti, ma funzionalmente collegati:

- il *negoziato di fondazione*, (anche in presenza di più fondatori) dove il fondatore manifesta la volontà di dar vita all'ente;
- l'*atto di dotazione*, con il quale il fondatore attribuisce a tale ente il patrimonio necessario per la realizzazione dello scopo/i.

All'atto costitutivo è normalmente allegato lo *Statuto della fondazione* che disciplina la stessa esistenza del soggetto, le sue finalità ed il funzionamento. L'atto costitutivo e lo statuto contengono la denominazione della fondazione, l'indicazione dello scopo, del patrimonio e della sede, le norme sull'ordinamento e sull'amministrazione ed i criteri e le modalità di erogazione delle rendite. Possono essere presenti anche le norme relative all'estinzione della fondazione, alla devoluzione del patrimonio e quelle relative alla sua trasformazione. Nella maggior parte dei casi, il fondatore si limita ad indicare lo scopo della fondazione, i beni ad essa destinati demandando ad un erede o legatario o esecutore testamentario l'effettiva costituzione dell'ente.

Esistono anche le *fondazioni di famiglia*, (articolo 28 del codice civile) dove si indicano le fondazioni a vantaggio di una o più determinate famiglie: anch'esse devono perseguire *scopi di pubblica utilità*.

La fondazione, nell'ordinamento italiano, acquisisce personalità giuridica solo con il riconoscimento. Il riconoscimento è un provvedimento amministrativo, adottato in relazione al d.P.R. 10 febbraio 2000, n. 361, generalmente trasferito su regolazioni regionali che prevedono nel dettaglio le modalità di riconoscimento. Sul piano organizzativo si possono prevedere forme diverse di organizzazione, mentre sotto il profilo della rappresentanza esiste, generalmente, un organo di amministrazione (C.d.A). Affianca l'organo di rappresentanza un organo di controllo: *collegio dei revisori* ma lo Statuto può prevedere anche un *revisore dei conti* monocratico. Possono supportare l'organo di rappresentanza anche consigli o collegi di esperti nel campo di attività della fondazione. La vigilanza sulle fondazioni è solitamente disciplinata da leggi regionali.

Oggi un grosso ruolo è svolto dalle *fondazioni bancarie*, introdotte nell'ordinamento italiano dalla legge 30 luglio 1990, n. 218 per consentire la privatizzazione delle istituzioni pubbliche (soprattutto Casse di risparmio) che fino ad allora avevano caratterizzato il sistema bancario italiano, incorporando dalle attività bancarie-impresariali, affidate a società per azioni, quelle di utilità sociale nei confronti delle comunità di riferimento, affidate a fondazioni aventi come patrimonio le azioni conferite delle società bancarie. Nel tempo, le fondazioni hanno dismesso la maggior parte di queste azioni, in ottemperanza a disposizioni normative del 1999 (d.lgs. n. 153/1999). Le fondazioni bancarie hanno specifiche funzioni nell'ambito del volontariato supportandone iniziative e forme di aggregazione.

Le fondazioni bancarie sono soggette ad una disciplina differenziata rispetto a quelle ordinarie, tanto sul piano civilistico che su quello fiscale, contenuta nel decreto legislativo sopra citato. La legge 15 giugno 2002, n. 112, ha precisato che le norme del codice civile sulle fondazioni ordinarie si applicano alle fondazioni bancarie solo in via residuale, ossia in mancanza di disposizioni specifiche e in quanto compatibili.

La premessa che ha inquadrato le fondazioni ha lo scopo di delineare quelli che sono i "benefattori dei nostri giorni". In tal senso ricordiamo quanto venne affermato da Alexis de Toqueville, ritornando in Europa, in merito alla scoperta in America del così detto *privato-sociale*, dove alcuni corpi intermedi, come le *Foundations* o le *Charities*, svolgevano una funzione essenziale in un Paese in cui il welfare pubblico era ridotto all'essenziale. Purtroppo dobbiamo affermare che la cultura del privato-sociale in Italia è ancora assai carente e si riconosce al terzo settore un ruolo importante solo oggi che lo Stato è in crisi, ma di fatto, manca una cultura sussidiaria sedimentata.

Le fondazioni comunitarie, che in Italia stanno funzionando molto bene, sono diventate un modello per tutto il mondo come organizzazioni filantropiche che raccolgono fondi dalle comunità locali, dai privati, dalle aziende, dalle singole persone e sostengono iniziative in diversi settori: solidarietà sociale, cultura, arte, beni storici, e ambiente. Il tutto, con l'unico obiettivo del bene comune di quel territorio e comunità.

Per dirla con Zamagni, nelle condizioni controverse della nostra economia bisogna avere il coraggio di porre in atto la *sussidiarietà circolare*, perché quella orizzontale non è più sufficiente. L'idea è molto semplice e se ne è fatto cenno parlando del welfare aziendale. In pratica, bisogna favorire e centrare un'interazione strategica tra i diversi corpi della nostra società:

- sfera pubblica (*business community*),
- società civile organizzata

nei due aspetti che possono riguardare sia la funzione di sostegno alla progettazione e alla gestione delle iniziative (cooperazione e impresa sociale), che la promozione e raccolta di finanziamenti da dedicare alle iniziative stesse (ruolo pregnante delle fondazioni), nel momento della progettazione degli interventi e in quello della loro gestione.

Un noto antropologo indiano, Arjun Appadurai, ha recentemente coniato, per denotare il grado di partecipazione delle persone alla costruzione delle rappresentazioni sociali, culturali e simboliche che danno forma al futuro e ai progetti di vita, l'espressione "capacità di aspirare" (*capability to aspire*). È dal grado di diffusione nella società di questa *capability* che dipende il progresso civile ed economico di quella comunità. Al pari di qualsiasi capacità, anche quella di saper aspirare a qualcosa di importante deve essere coltivata e incoraggiata a crescere. La nuova filantropia delle fondazioni e di altri corpi sociali è utile a questi fini.

In Italia sono presenti circa 7.000 fondazioni che rappresentano un importante attore nel panorama del no profit. Oltre alle progettualità, la loro presenza è utile per promuovere un dibattito culturale di notevole utilità sociale particolarmente nel campo delle fragilità e degli anziani, per diffondere nuove idee, approfondire problemi e soluzioni di utilità sociale per il miglioramento delle condizioni di vita. Va inoltre sottolineato che, sotto il profilo del *fundraising*, le fondazioni hanno forti capacità di aggregazione di nuove risorse di carattere finanziario.

8. La tecnoassistenza

Roberta Bevilacqua, Gabriella Melchiorre, Elisa Felici, Silvia Bustacchini, Lorena Rossi, Alberto Deales, Fabrizia Lattanzio

1. La tecnoassistenza

L'invecchiamento globale della popolazione pone in primo piano la necessità di trovare nuove strategie per rispondere alla spesa pubblica dedicata alla cura e al supporto sociale agli anziani, in particolare in caso di multimorbidità (Lattanzio *et al.*, 2014).

La tecnoassistenza, definita come l'insieme di tutti gli strumenti metodologici e tecnologici volti al supporto della vita indipendente degli anziani, offre una risposta valida alle sfide odierne in ambito geriatrico (Lattanzio *et al.*, 2014), *in primis* a quelle relative alla non autosufficienza degli anziani.

Come ben noto, la presenza di condizioni croniche multiple è associata al rapido declino funzionale (Anderson, 2010) e ad aumentati livelli di mortalità e ospedalizzazione. La negatività degli esiti clinici è in parte determinata dalla capacità di gestione quotidiana del paziente: i pazienti affetti da patologie croniche multiple devono seguire trattamenti e svolgere attività quotidiane che se non realizzati correttamente possono portare a ricadute negative su mortalità, complicanze, ricorso al ricovero ospedaliero. Inoltre, è necessario supportare i pazienti nel comunicare e riportare le informazioni di salute alle diverse organizzazioni che si occupano della loro assistenza per monitorare i diversi *outcome*.

La tecnologia di *eHealth* rappresenta una potenziale risorsa a supporto della gestione delle condizioni croniche di salute, avvalendosi di molteplici strumenti come programmi di disease-management online, dispositivi di tele salute, strumenti per la raccolta di dati clinici, dispositivi mobili. Gli anziani che utilizzano le risorse tecnologiche mostrano rilevanti miglioramenti *in primis* circa la conoscenza della propria salute e un maggior senso di controllo e padronanza, che garantiscono un migliore esito clinico (California HealthCare Foundation, 2010).

Inoltre, l'innovazione tecnologica riveste un ruolo fondamentale nella promozione della qualità della vita degli anziani e delle loro famiglie in ter-

mini di costo-efficacia, contribuendo anche alla creazione di un nuovo e importante mercato (Stroetmann *et al.*, 2010).

La tecnoassistenza dimostra di avere un ruolo di primo piano anche per quanto riguarda il supporto offerto ai professionisti impegnati nell'assistenza domiciliare o in presidi residenziali: in Italia esistono infatti quasi 12.300 presidi residenziali che ospitano soggetti fragili e di queste 385 mila persone circa il 72% è rappresentato da anziani non autosufficienti (ISTAT, anni vari). Numerose esperienze di ricerca italiane hanno dimostrato le ricadute positive derivate dall'integrazione della tecnologia con i diversi contesti di assistenza alla non-autosufficienza, da quello domiciliare a quello residenziale (Lattanzio *et al.*, 2014).

Al fine di rispondere alle nuove sfide poste dall'invecchiamento della popolazione la Commissione europea ha finanziato numerose attività di ricerca interdisciplinare all'interno di Horizon2020 e, dal 2007, anche attraverso il Joint Programme "Active and Assisted Living", promuovendo la ricerca transazionale con l'obiettivo di permettere agli anziani e alle loro famiglie di rimanere indipendenti al proprio domicilio.

Nonostante il favorevole panorama culturale e scientifico, esistono ancora numerose barriere che non permettono la consistente penetrazione delle tecnologie a supporto dell'anziano (all'interno della routine delle famiglie). Spesso lo scarso coinvolgimento degli anziani, dei *caregiver* e degli operatori all'interno del processo di progettazione e design dei prodotti rappresenta la causa principale della loro mancata accettazione e usabilità (Mackie e Wylie, 1998).

Al fine di promuovere l'utilizzo delle nuove tecnologie, si è visto l'affermarsi di un nuovo approccio metodologico, lo *User-Centred Design* (UCD), ovvero la progettazione centrata sulla persona, che rappresenta una filosofia volta alla definizione di un modello utente, contenente tutte le informazioni e requisiti necessari per creare prodotti rispondenti alle esigenze del target finale (Mackie e Wylie, 1998). La conoscenza approfondita del profilo del target garantisce la rispondenza tra i bisogni dell'utente e i requisiti tecnologici, che il prodotto dovrà soddisfare.

A tale scopo, in ogni fase di vita del dispositivo tecnologico, dal design allo sviluppo e alla commercializzazione, è necessario tenere in considerazione i bisogni e le aspettative di tre tipologie di soggetti, definiti come:

- I. l'utente primario, ovvero la persona anziana che dovrà utilizzare il prodotto o il servizio direttamente e che quindi beneficerà degli effetti del dispositivo in prima persona;

- II. gli utenti secondari, ovvero i *caregiver* formali e informali, le organizzazioni di cura e assistenza direttamente in contatto con l'anziano, gli amici e tutti coloro che possono beneficiare indirettamente dall'utilizzo del dispositivo da parte della persona anziana;
- III. gli utenti terziari, ovvero le istituzioni pubbliche e private che non sono in diretto contatto con le innovazioni tecnologiche ma che contribuiscono alla loro diffusione dal punto di vista organizzativo, finanziario e amministrativo.

Sebbene le nuove tecnologie offrano un valido supporto nella gestione della propria salute, in Italia si assiste ad una sorta di "primitivismo digitale", inteso come scarsa conoscenza/capacità d'uso delle tecnologie, che si stanno sempre più diffondendo anche in ambito sanitario.

La maggior parte della popolazione anziana, infatti, ha avuto poco accesso alla tecnologia e quindi presenta uno scarso livello di familiarità con essa. Alcuni dati ISTAT (2016) dimostrano infatti che nel 2015 gli utenti di internet rappresentano il 60,4% delle persone fra i 55 e i 59 anni, il 45,9% delle persone fra i 60 e i 64 anni, il 25,6% delle persone fra i 65 e i 74 anni e soltanto il 6,7% delle persone con più di 74 anni. Infine, una significativa quota di persone anziane consulta la rete per ottenere informazioni sanitarie (il 69,9% di loro ha infatti un'età compresa tra i 55 e i 64 anni e il 70% oltre 65+).

2. Dispositivi di tecnoassistenza

In questi ultimi anni sono stati sviluppati molti nuovi dispositivi e servizi finalizzati a supportare la vita indipendente e l'assistenza a domicilio delle persone anziane anche in risposta alle sollecitazioni nate dai programmi europei di ricerca e sviluppo (Kubitschke e Cullen, a cura di, 2010).

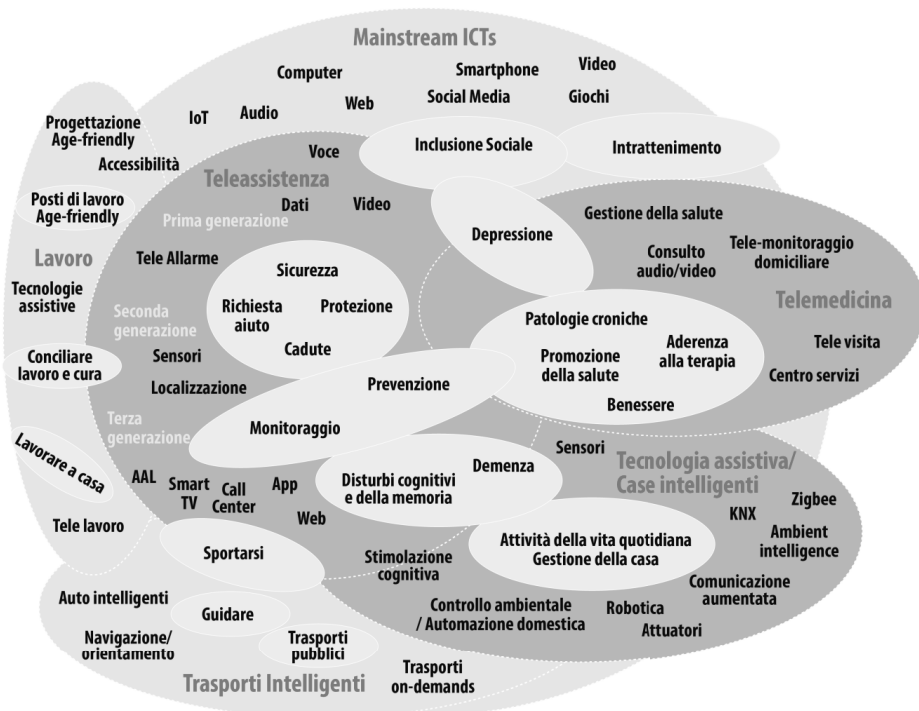
La gamma delle soluzioni proposte è molto vasta e comprende tecnologie che possono essere utilizzate dagli anziani, dai *caregiver* familiari, dai fornitori di assistenza sanitaria e di servizi professionali per gli anziani con l'obiettivo di migliorare la qualità della cura e rendere il lavoro più efficace e sostenibile.

È possibile classificare i segmenti di mercato di queste tecnologie in quattro principali categorie corrispondenti ai principali bisogni delle persone anziane come riassunti in Figura 8.1:

- Teleassistenza
- Telemedicina

- Case intelligenti
- Tecnologie assistive.

Figura 8.1 - La relazione tra bisogni e tecnologie



Fonte: riadattato da Kubitschke L., Cullen K. (a cura di) (2010), *ICT & Ageing. European Study on Users, Markets and Technologies*, European Union, www.ifap.ru/library/book400.pdf.

Teleassistenza

Le tecnologie per la teleassistenza comprendono sistemi di allarme e dispositivi di monitoraggio dei comportamenti, che possono aiutare le persone vulnerabili a continuare a vivere sicuri nelle proprie case mantenendo uno stile di vita indipendente.

I dispositivi di teleassistenza sono in continua evoluzione e vengono comunemente suddivisi in tre generazioni:

- la prima generazione è costituita da apparecchiature e dispositivi per i servizi di allarme puramente passivi, in cui è l'utente a dover far scattare l'allarme (ad esempio premendo un pulsante);
- la seconda generazione introduce sensori che sono in grado di far scattare l'allarme automaticamente in caso di situazioni di pericolo rilevate

nell'ambiente (ad esempio, i rilevatori di fumo e allagamento) e in caso di incidenti (ad esempio, dispositivi indossabili dotati di accelerometro per la rilevazione di cadute);

- la terza generazione, la più avanzata, si basa su sistemi in grado di raccogliere automaticamente i dati relativi alle attività quotidiane attraverso sensori come i rilevatori di apertura/chiusura degli infissi, l'utilizzo degli elettrodomestici, la posizione all'interno della casa, l'occupazione di letti e poltrone.

L'analisi dei comportamenti effettuata a partire da questi dati consente al familiare o al personale dei servizi di valutare lo stato di benessere della persona e rilevare tempestivamente cambiamenti nei comportamenti che potrebbero essere sintomo dell'insorgere di problemi, con conseguente rischio di non autosufficienza.

Telemedicina

Il settore della Telemedicina comprende tecnologie per la raccolta, il monitoraggio e la misurazione di parametri vitali (ad esempio temperatura, pressione sanguigna, glicemia, ecc.), sintomi o condizioni sanitarie a distanza.

Le linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina individuano due grandi macro aree (Ministero della salute, 2012):

- la Telemedicina specialistica che comprende “le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica”. Può trattarsi di una *televisita* in cui il medico interagisce a distanza con il paziente utilizzando sia strumenti di comunicazione che di misurazione al fine di effettuare una diagnosi e/o prescrivere una terapia oppure di un *teleconsulto* in cui la condivisione di informazioni avviene in assenza del paziente o di una *telecooperazione* nel caso in cui un medico fornisca assistenza ad un altro medico nell'effettuazione di una prestazione o di un intervento;
- la Telesalute in cui si includono i sistemi e i servizi che collegano i pazienti con i medici per assistere nella diagnosi, monitoraggio e gestione delle proprie condizioni. L'applicazione principale è nell'ambito delle malattie croniche (in particolare le malattie cardiache, la malattia respiratoria cronica e il diabete).

In questo ambito si inserisce la possibilità di introdurre la valutazione multidimensionale al fine di monitorare gli *outcome* geriatrici.

Figura 8.2 - Le attività della telemedicina specialistica e della Telesalute

TELEMEDICINA SPECIALISTICA	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	TELE VISITA	Presenza attiva del paziente	
		TELE CONSULTO	Assenza del paziente	
		TELE COOPERAZIONE SANITARIA	Presenza del paziente, in tempo reale	
TELESALUTE	È prevalentemente rivolta a patologie croniche		Presenza attiva del paziente	

Tecnologie assistive

Questo settore comprende tutte le tecnologie e applicazioni che hanno l'obiettivo di supportare l'utente nello svolgimento di azioni, superando le limitazioni poste da deficit fisici o cognitivi.

Le soluzioni assistive comprendono sistemi autonomi (come ad esempio i dispositivi per la comunicazione aumentata), le applicazioni di domotica sociale fino ai sistemi di controllo della casa in grado di anticipare i bisogni dell'utente.

Nell'ambito dei dispositivi assistivi, il settore della robotica merita un'attenzione particolare. Un robot può essere definito come un sistema che coopera attivamente con un utente a compiere un'azione all'interno dell'ambiente di vita (Meng e Lee, 2006).

Dal punto di vista dell'interazione fisica con l'utente possiamo classificare quattro differenti livelli di robot (Meng e Lee, 2006):

- Livello 0 in cui utente e robot riescono solo a comunicare. In questo caso il robot svolge essenzialmente funzioni di *reminding* o allarme;
- Livello 1 in cui rientrano i dispositivi robotici in grado di muoversi nell'ambiente, evitando il contatto fisico con l'utente (ad esempio aspirapolvere robotico);
- Livello 2 costituito da dispositivi in grado di condividere uno spazio ope-

rativo con l'utente, supportando la persona nello svolgimento di alcune attività semplici;

- Livello 3 che include i dispositivi in grado di interagire fisicamente con l'utente in modo sicuro (ad esempio robot per la riabilitazione).

La tendenza degli ultimi anni è quella di dotare i singoli oggetti di intelligenza e capacità di comunicazione. *L'Internet of Things*, letteralmente "Internet delle cose" è l'espressione ormai comune per definire la rete delle apparecchiature e dei dispositivi, diversi dai computer, connessi a Internet: possono essere sensori per il fitness, automobili, radio, impianti di climatizzazione, ma anche elettrodomestici, lampadine, telecamere, pezzi d'arredamento, container per il trasporto delle merci. Insomma qualunque dispositivo elettronico equipaggiato con un software che gli permetta di scambiare dati con altri oggetti connessi.

Case intelligenti

Gli elementi di base che costituiscono una casa intelligente sono:

- sensori per monitorare i parametri ambientali (ad esempio sensori di temperatura ed umidità) e rilevare ciò che accade in casa (sensori di movimento, di pressione rilevazione gas o fumo);
- attuatori che compiono semplici azioni (ad esempio accensione automatizzata delle luci, apertura e chiusura motorizzata di infissi, elementi di arredo motorizzati);
- una rete di comunicazione che consenta la trasmissione tra diversi elementi e verso l'esterno;
- un'unità centrale per raccogliere ed elaborare le informazioni attraverso regole codificate o auto-apprese;
- un'interfaccia di comunicazione con l'utente.

Quando il sistema diventa sensibile ed è in grado di agire autonomamente senza intervento umano diretto, si parla di *Ambient Intelligence* (AmI).

3. Valutazione dell'impatto della tecnologia

L'obiettivo finale di ogni intervento tecnologico è quello di produrre effetti positivi nella popolazione di riferimento: la valutazione dell'impatto della tecnologia rappresenta una sfida attuale dal punto di vista metodologico poiché si rende necessaria l'integrazione di nuove tecniche e nuove aree derivate dalla valutazione multidimensionale, dalla psicologia sociale e dal design con metodi *evidence-based*.

Di seguito, vengono riportati e descritti alcuni costrutti che devono necessariamente essere presenti nella valutazione dell'impatto tecnologico, in relazione per esempio alla qualità della vita, alla partecipazione sociale, all'*empowerment* e altre dimensioni strettamente influenzate dalla specifica tecnologia offerta.

Attitudine

Con il termine "attitudine" si intende la predisposizione individuale verso un oggetto, una persona o un evento che può influenzare il comportamento, e nel caso specifico, l'utilizzo della tecnologia (Kai-ming Au e Enderwick, 2000). L'attitudine dipende dalle credenze e dai valori personali dell'utente (Kai-ming Au e Enderwick, 2000). Nel caso della tecnologia, è strettamente connessa alla consapevolezza che l'utente – sia esso paziente, *caregiver* o operatore socio-sanitario – ha del dispositivo tecnologico in sé, delle finalità del suo utilizzo, della rispondenza del dispositivo ai suoi bisogni e desideri e della possibilità di ricevere supporto. Kai-ming ed Enderwick (2000) hanno ipotizzato che l'attitudine sia influenzata anche da credenze personali come ad esempio la difficoltà percepita, la storia personale di utilizzo della tecnologia e il valore percepito dell'utilizzo. In accordo con la letteratura di settore, è importante capire la natura dell'attitudine poiché si modifica durante il corso di vita ed è in grado di dare informazioni utili circa la predisposizione all'utilizzo dei supporti tecnologici (Czaja e Sharit, 1998).

Usabilità

La norma ISO 9241-11 definisce l'usabilità come il "grado in cui un prodotto può essere usato da particolari utenti per raggiungere gli obiettivi prefissati con efficacia, efficienza e soddisfazione all'interno di uno specifico contesto d'uso" (International Organization for Standardization, 1998). I concetti di efficacia, efficienza e soddisfazione costituiscono il cuore della definizione, ma ne esistono altri da tenere in considerazione come la flessibilità, la comprensibilità, la sicurezza e la qualità nell'uso. Non esiste dunque una definizione assoluta, ma l'usabilità va declinata e compresa in relazione alla persona, ai suoi obiettivi e alle sue risorse.

La progettazione di un prodotto o di un ambiente intelligente deve tenere in considerazione numerosi fattori, ma spesso le tecnologie vengono sviluppate a partire dall'utenza media, a discapito della peculiarità delle caratteristiche e dei bisogni di alcune popolazioni, come quella anziana. Pertanto, è necessario associare al concetto di usabilità anche quello di accessibilità,

un prerequisito essenziale per lo sviluppo di qualsiasi tecnologia assistiva. L'accessibilità, intesa come "la caratteristica di un dispositivo, di un servizio, di una risorsa o di un ambiente d'essere fruibile con facilità da una qualsiasi tipologia di utente" (Petrie e Bevan, 2009), può essere ottenuta attraverso l'*Inclusive Design*, ovvero la "filosofia progettuale mirata alla produzione di beni, servizi e sistemi fruibili al maggior numero di utenti possibile, senza necessità di essere adattati" (International Organization for Standardization, 2000).

Attualmente esistono numerosi strumenti e tecniche che possono essere applicati per la valutazione dell'usabilità, ma molte di esse non tengono in considerazione la specificità dell'utenza anziana e la variabilità e il dinamismo dell'invecchiamento. Un esempio di tali tecniche è offerto dall'applicazione delle euristiche di Nielsen per la valutazione dell'interazione uomo-computer.

Tipicamente, le euristiche coinvolgono valutatori esterni che esaminano e giudicano l'appropriatezza di un'interfaccia, in relazione ai principi di usabilità, denominate appunto euristiche. In questo modo, si corre il rischio di adottare la prospettiva di "esperto", piuttosto che quella dell'anziano, lasciando inoltre inesplorato il campo dell'accessibilità. Per questo motivo, alcuni ricercatori hanno promosso lo sviluppo di linee guida basate su euristiche per le persone anziane, che tengano in considerazione fattori chiave per la valutazione della performance con un dispositivo, abbandonando l'ottica *system-oriented* in favore di un'ottica *user-oriented* (Chisnell *et al.*, 2006). Una buona soluzione è rappresentata dal metodo "Persona", che ha l'obiettivo di aiutare lo sviluppatore a capire se un artefatto può essere utile ed usabile per un utente specifico. Più che un semplice scenario, infatti, il metodo Persona descrive gli obiettivi, lo stile di interazione, le motivazioni e le attività che si richiedono al sistema, stimolando l'assunzione della prospettiva dell'utente finale. Nonostante il problema della grande eterogeneità della popolazione anziana, attraverso il metodo Persona è possibile raccogliere informazioni su caratteristiche rilevanti come l'età, le esperienze di vita fondamentali, le abilità cognitive e fisiche, l'attitudine tecnologica, lo stato emotivo e il contesto di riferimento.

Accettazione

L'accettazione della tecnologia è un tema di ricerca affrontato da numerose discipline. Benché non esista una definizione dominante, si possono evidenziare alcuni aspetti comuni che sottolineano ancora una volta l'influenza dell'individualità, del contesto sociale e soprattutto situazionale, oltre che

delle credenze e dell'attitudine (Agarwal, 2000). Al fine di affrontare il tema dell'accettazione è importante avere una precisa conoscenza degli elementi che possono essere considerati gli antecedenti che determinano l'uso della tecnologia, non direttamente connessi ai bisogni da supportare.

Il modello di Thinker e McCreadie, per esempio, suggerisce uno stretto legame tra il bisogno percepito di assistenza e le qualità che vengono attribuite alla tecnologia, nel percorso verso l'accettazione (McCreadie e Thinker, 2005). Sempre in quest'ottica, è possibile definire l'accettazione come la volontà manifestata dagli utenti di utilizzare la tecnologia per i servizi per cui è stata progettata.

L'accettazione positiva o negativa di un dispositivo è strettamente connessa a fattori intrinseci ed estrinseci alla tecnologia stessa, come da esempio l'errata valutazione delle sue potenzialità che può portare ad una visione del dispositivo in senso esageratamente positivo o negativo. Tale rappresentazione può essere normalizzata attraverso specifici *training* volti alla promozione dell'alfabetizzazione tecnologica, definita dall'*International Technology Education Association* (ITEA) come "l'abilità di usare, gestire, valutare e comprendere la tecnologia. Essa coinvolge la conoscenza, le abilità e la loro applicazione in situazioni reali [...], ottenute attraverso ambienti di apprendimento formali o informali" (ITEA, 2007).

A partire dalla rappresentazione della tecnologia, un training adeguato dovrebbe fornire competenze per l'utilizzo appropriato del dispositivo, ma anche per la comprensione di come la tecnologia può realmente migliorare la vita quotidiana degli anziani (ITEA, 2007).

4. Focus sul caregiver informale

Oggigiorno, la soddisfazione dei bisogni assistenziali e di cura grava informalmente sulle famiglie, specie in Italia. Famiglie che quindi assorbono una crescente domanda di assistenza di qualità che i servizi pubblici non riescono a fronteggiare. Tale contesto richiederà uno sforzo aggiuntivo, al fine di poter apportare un importante cambiamento e sostenere così gli assistenti informali attraverso soluzioni in grado di bilanciare l'attività di cura con altre responsabilità.

L'ICT può supportare i *carers* in vari modi, ma le evidenze disponibili dimostrano che a tutt'oggi solo una piccola minoranza di assistenti famigliari utilizza servizi di supporto specificamente dedicati alle loro esigenze e que-

sto aspetto è ancor più evidente nel caso di servizi di supporto tecnologici (Lamura *et al.*, 2008). Sebbene sia riconosciuto a livello internazionale che le soluzioni assistenziali tecnologiche hanno la possibilità di fornire servizi economicamente vantaggiosi e in grado di alleviare il *burden* dei *carers* familiari, tuttavia l'implementazione di tali opportunità è ancora limitata nella maggior parte dei paesi (Lamura *et al.*, 2008). Una serie di fattori o barriere incidono negativamente su tale situazione. Da un lato, alcune caratteristiche degli utenti non permettono un uso diffuso di tali tecnologie: il livello di istruzione medio-basso di molti assistenti domestici, sia informali che formali, rappresenta infatti un predittore di un basso livello di competenze digitali (Lamura *et al.*, 2008).

Le preoccupazioni etiche riguardanti il rispetto della privacy e il monitoraggio dello stile di vita, nonché la generale resistenza al cambiamento da parte dei *caregiver* (Lattanzio *et al.*, 2014; Lamura *et al.*, 2008) rappresentano poi ulteriori ragioni che potrebbero impedire a molti di impiegare utili dispositivi ICT, nel timore che ciò potrebbe portare alla divulgazione di informazioni delicate sulla propria salute.

Gli assistenti familiari soffrono spesso di disturbi psicologici e di isolamento sociale, quale conseguenza dell'impatto diretto dell'attività di cura per la persona anziana non autosufficiente sulla propria salute psicofisica. Inoltre, in molti casi tali assistenti mancano di informazioni adeguate su come realizzare al meglio le cure, e si ritrovano quindi di fronte non poche barriere nell'accesso e nell'utilizzo di servizi sanitari e di assistenza sociale. I *carers* che lavorano riferiscono inoltre spesso problemi di riconciliazione tra occupazione retribuita e responsabilità di cura, con evidenti conseguenze negative per la loro salute e per i loro redditi. Dati di ricerca (Lattanzio *et al.*, 2014) mostrano infatti che anche in Italia, seppur meno che altrove, i familiari impegnati nell'assistenza ad anziani riportano una o più restrizioni rispetto all'attività professionale svolta, quali il vedersi costretti a ridurre l'orario di lavoro, il riuscire a lavorare solo occasionalmente, sino ad arrivare a rinunciare alla propria carriera professionale.

In un tale contesto, le opportunità offerte dall'ICT potrebbero essere notevoli. Inoltre, negli anni recenti varie tipologie di servizi *web-based* a supporto dei *caregiver* informali hanno iniziato ad affrontarne le esigenze utilizzando i network on-line come ambienti virtuali (ad esempio forum e blog). Tali iniziative, tuttavia, rimangono limitate in termini di adesioni, durata, e soprattutto di integrazione con i servizi di assistenza formale.

5. Conclusioni

La spinta verso la ricerca transazionale nell'ambito dell'ICT a supporto dell'invecchiamento e all'assistenza formale e informale ha posto in evidenza la necessità di perseguire un'approfondita comprensione del profilo dell'utente, al fine di sviluppare tecnologie che siano usabili, accettabili e rispondenti alle reali esigenze del target.

Nel caso della popolazione anziana non autosufficiente, in particolare, è necessario il coinvolgimento degli operatori in tutte le fasi dello sviluppo, dal design al testing finale, poiché rappresentano mediatori di primo piano per l'utilizzo della tecnologia da parte degli anziani in condizioni di grave autosufficienza, come ad esempio nel caso della demenza (Lattanzio *et al.*, 2014).

Di conseguenza, si rende necessaria anche la formulazione di una metodologia "di confine" che sappia coniugare tecniche afferenti a diverse discipline e che permetta di raccogliere le informazioni necessarie da tutti gli utenti coinvolti.

Benché le soluzioni e i servizi siano concepiti per offrire assistenza agli anziani, esistono barriere alla diffusione dell'innovazione tecnologica che possono essere risolte sin da oggi, *in primis* il frequente rifiuto della tecnologia: molte persone anziane, infatti, sono legate ai loro ricordi e al loro stile di vita precedente e rifiutano fortemente tutto ciò che potrebbe cambiare le loro abitudini. Altra non sottovalutabile barriera è rappresentata dalla mancanza di finanziamenti adeguati per l'innovazione (Banchero *et al.*, 2013). La scarsa conoscenza dei benefici che la tecnologia potrebbe apportare dovrebbe essere affrontata attraverso la promozione di training specifici, che avvicinino gli anziani alla tecnologia, anche prima del manifestarsi del bisogno di assistenza, ma soprattutto promuovendo la diffusione della tecnologia anche all'interno dei servizi socio-sanitari.

In questo caso, il prossimo contesto di elezione per la diffusione tecnologica dovrebbe essere rappresentato dai presidi residenziali che ospitano anziani in condizioni di non-autosufficienza, supportando sia le prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, sia le prestazioni erogate in nuclei specializzati, consistenti in cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, compreso il supporto ai pazienti con demenza (Banchero *et al.*, 2013).

Bibliografia

- AGARWAL R. (2000), *Individual acceptance of information technologies*, in R.W. ZMUD (a cura di), *Framing the domains of it management research: glimpsing the Future through the Past*, Cincinnati OH, Pinnaflex, pp. 85-104.
- ANDERSON G. (2010), *Chronic care: Making the case for ongoing care*, Robert Wood Johnson Foundation – www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2010/01/chronic-care – ultimo accesso 26 gennaio 2015.
- BANCHERO A., BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (2013), *Reagire alla crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 165-184.
- CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION (2010), *Consumers and health information technology: A national survey* – www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/C/PDF%20ConsumersHealthInfoTechnologyNationalSurvey.pdf – ultimo accesso 26 gennaio 2015.
- CHISNELL D.E., REDISH J.C., LEE A. (2006), *New heuristics for understanding older adults as Web users*, in *Technocal communication*, Vol. 53,1, February.
- CZAJA S.J., SHARIT J. (1998), *Age differences in attitudes toward computers*, in *Journal of Gerontology*, Vol. 53B, pp. 329-340.
- GARDNER D.G., DUKES R.L., DISCENZA R. (1993), *Computer Use, Self-Confidence and Attitudes: A Causal Analysis*, in *Computers in Human Behavior*, Vol. 9, Number 3, pp. 427-440.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (1998), *ISO 9241-11. Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDT)s – Part 11 Guidance on usability*, Switzerland, International Organization for Standardization.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (2000), *ISO 16071. Ergonomics of human-system interaction – guidance on software accessibility. Technical Specification*, Switzerland, International Organization for Standardization.
- ISTAT (anni vari), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* – www.istat.it/it/archivio/77525
- ISTAT (2016), *Cultura, uso dei media e nuove tecnologie, # Anziani*, <http://www.istat.it/it/anziani>
- ITEA (2007), *Standards for technological literacy: Content for the study of technology*, Reston VA, ITEEA – www.iteaconnect.org/TAA/PDFs/xstnd.pdf.
- KAI-MING AU A., ENDERWICK P. (2000), *A cognitive model on attitudes towards technology adoption*, in *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 15, Iss. 4, pp. 266-282.
- KUBITSCHKE L., CULLEN K., (a cura di) (2010), *ICT & Ageing. European Study on Users, Markets and Technologies*, European Union – www.ifap.ru/library/book400.pdf
- LAMURA, G., MNICH, E., NOLAN, M., WOJSZEL, B., KREVERS, B., MESTHENEOS, L., DÖHNER, H. (2008), *Family Carers' Experiences Using Support Services in Europe: Empirical Evi-*

- dence from the EUROFAMCARE Study, in *The Gerontologist*, 48(6), pp. 752-771.
- LATTANZIO F., ABBATECOLA A.M., BEVILACQUA R., CHIATTI C., CORSONELLO A., ROSSI L., BUSTACCHINI S., BERNABEI R. (2014), *Advanced technology care innovation for older people in Italy: necessity and opportunity to promote health and wellbeing*, in *J Am Med Dir Assoc.*, Jul;15(7):457-66. doi: 10.1016/j.jamda.2014.04.003. Epub 2014 May 14.
- MCCREADIE C., TINKER A. (2005), *The acceptability of assistive technology to older people*, in *Ageing & Society*, Volume 25, Issue 1 January , pp. 91-110.
- MACKIE R.R., WYLIE C.D. (1998), *Factors influencing acceptance of computer-based innovations*, in M. HELANDER (a cura di), *Handbook of human-computer interaction*, New York, Elsevier Publishing Co., pp. 1081-1106.
- MENG Q., LEE M.H. (2006), *Design issues for assistive robotics for the elderly*, in *Advanced Engineering Informatics*, 20, pp. 171-186.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2012), *Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali*, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
- ONDER G., PALMER K., NAVICKAS R., JUREVIČIENĖ E., MAMMARELLA F., STRANDZHEVA M., MANNUCCI P., PECORELLI S., MARENGONI A. (2015), *Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS)*, in *Eur J Intern Med*, 26(3):157-9.
- PETRIE H., BEVAN N. (2009), *The evaluation of usability, accessibility and user experience*, *The Universal Access Handbook*, C. STEPANIDIS (a cura di), CRC Press.
- STROETMANN K.A., KUBITSCHKE L., ROBINSON S., STROETMANN V., CULLEN K., McDAID D. (2010), *How can telehealth help in the provision of integrated care? Policy Brief 13*, Copenhagen: WHO European Observatory on Health Systems and Policies. Available at http://observgo.quebec.ca/observgo/fichiers/13281_gss3.pdf – ultimo accesso 28 agosto 2015.

Gli Autori

Anna Banchemo, laureata in Filosofia e Sociologia, è stata Dirigente del Settore Politiche Socio-sanitarie e Sociali della Regione Liguria fino al 2009. Più volte designata come Esperto, in Gruppi e Commissioni del Ministero della salute, del Welfare dalla Conferenza delle Regioni. Dal 2010 al 2015 è stata Coordinatore tecnico delle Regioni italiane per le Politiche sociali e socio-sanitarie presso la Conferenza dei Presidenti delle Regioni. È Docente presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Genova, dove insegna "Integrazione Socio Sanitaria" e "Tecniche di analisi dei servizi e accreditamento" al Corso di Laurea Magistrale in Servizio Sociale. Opera come esperto presso L'Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali (AGENAS). È componente di NNA.

Francesco Barbabella, ricercatore sociale, lavora presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università Linnaeus a Kalmar (Svezia) e collabora con il Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento dell'IRCCS-INRCA di Ancona. I suoi principali interessi di ricerca riguardano le politiche sociali negli attuali sistemi europei di welfare e il ruolo delle tecnologie a supporto di anziani non autosufficienti e caregiver familiari.

Roberta Bevilacqua è una psicologa clinica, attualmente in specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale. Dal 2008 collabora con l'IRCCS-INRCA come ricercatrice in progetti di ricerca prevalentemente europei, dedicati allo studio e allo sviluppo di tecnologie assistive per la popolazione anziana, con particolare attenzione all'accettazione e all'usabilità dei dispositivi e alla progettazione di modelli assistenziali innovativi.

Enrico Brizioli dal 2002 è Amministratore Delegato del gruppo S. Stefano e dal 2017 di Kos Care. È professore a contratto di programmazione sanitaria all'Università di Ancona. Ha svolto una qualificata attività di ricerca sui sistemi sanitari, attività di consulenza presso numerose Regioni e, dal 2003 al 2007, è stato membro della Commissione LEA del Ministero della salute. È laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Neurologia e in Igiene ed Organizzazione Ospedaliera, ha conseguito un dottorato di ricerca in Neuroscienze. È componente di NNA.

Silvia Bustacchini, medico e ricercatore, è responsabile dell'Ufficio di Ricerca, Innovazione e Trasferimento Tecnologico dell'IRCCS-INRCA di Ancona. I suoi principali interessi di ricerca riguardano l'organizzazione della ricerca clinica e della ricerca di esito in ambito geriatrico e gerontologico.

Carlos Chiatti, economista sanitario ed epidemiologo, lavora presso il Center for Ageing and Supportive Environments (CASE) dell'Università di Lund (Svezia), dove si occupa di innovazione nei servizi di assistenza per anziani non autosufficienti. Dal 2017 è fondatore e responsabile del settore ricerca di una start-up innovativa a vocazione sociale ad Ancona, impegnata nello sviluppo di soluzioni tecnologiche e innovative per favorire il percorso riabilitativo delle persone colpite da ictus cerebrale.

Alberto Deales, Direttore sanitario dell'IRCCS-INRCA, esperto in valutazione e implementazione della qualità e sicurezza dei pazienti. Componente Comitato tecnico delle Regioni per il rischio clinico, Chair Sezione italiana dell'European Pathways Association. È stato Responsabile Area Governo Clinico Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche, componente del Comitato tecnico del Programma Nazionale Esiti e Comitato scientifico del Programma Nazionale Linee Guida. Numerose pubblicazioni e docenze.

Elisa Felici, psicologa clinica in specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, impegnata nell'attività di ricerca promossa dall'IRCCS-INRCA, nel campo dello sviluppo tecnologico a favore dell'anziano, con particolare focus all'aspetto etico connesso all'introduzione dei dispositivi nella vita degli anziani e delle loro famiglie.

Cristiano Gori insegna politica sociale nel Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Trento. È, inoltre, consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale, a Milano, e *visiting senior fellow* presso la *London School of Economics*, a Londra. Dirige il sito www.lombardiasociale.it, è *special advisor* dell'International Long-Term Care Policy Network (ILPN) ed è il coordinatore scientifico dell'Alleanza contro la povertà in Italia. È il coordinatore di NNA.

Antonio Guaita, geriatra, è direttore della Fondazione Golgi Cenci che si occupa di studi e ricerche sull'invecchiamento cerebrale e la demenza, dal punto di vista biologico, psicologico e sociale. È componente del Network Non Autosufficienza dalla fondazione. È membro del direttivo nazionale della Associazione Italiana di Psicogeriatria e membro della Gerontological Society of America. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche e divulgative sul tema degli anziani non autosufficienti e con demenza.

Fabrizia Lattanzio, medico geriatra, è il Direttore scientifico dell'IRCCS-INRCA dal 2008. Le principali aree di interesse riguardano la valutazione multidimensionale, i mo-

delli assistenziali per l'anziano fragile, la farmacoepidemiologia geriatrica, la farmacoeconomia. Attualmente, è coordinatore del progetto europeo SCOPE (634869) e partner in SPRINT-T. Autrice di oltre 150 pubblicazioni su riviste internazionali.

Gabriella Melchiorre, economista, dal 1989 al 1996 ha collaborato con l'Università di Ancona, Facoltà di Economia, partecipando a ricerche sulla famiglia e sull'immigrazione straniera. Dal 1997 collabora con il Centro Ricerche Economico-Sociali sull'Invecchiamento dell'IRCCS-INRCA di Ancona, partecipando a studi europei inerenti principalmente la *Long-Term Care*, il *caregiving* familiare, le badanti straniere, la prevenzione degli abusi in età anziana e l'utilizzo dell'eHealth.

Laura Pelliccia, in qualità di Funzionario di Regione Lombardia, si occupa della gestione delle risorse per i servizi socio-sanitari. Inoltre conduce per vari enti analisi nel campo dell'economia sanitaria e sugli aspetti economico-finanziari delle politiche sociali. Ha partecipato a diversi progetti di ricerca sui sistemi sanitari regionali, sulle politiche di welfare locale, sulla finanza locale, oltre che a rapporti specifici sull'assistenza agli anziani non autosufficienti (in particolare con NNA).

Franco Pesaresi è direttore dell'Azienda servizi alla persona «Ambito 9» di Jesi (An) che gestisce i servizi sociali per i 21 comuni dell'Ambito sociale. È stato direttore di Zona dell'ASUR Marche e direttore dell'Area Servizi alla persona del Comune di Ancona. Recentemente ha pubblicato *Quanto costa l'RSA* (Maggioli, 2016), ha curato il volume *Il nuovo ISEE e i servizi sociali* (Maggioli, 2015) ed ha collaborato al volume *Il reddito d'inclusione sociale* (Reis) (Il Mulino, 2016). Blog: <http://francopesaresi.blogspot.it/>. È componente di NNA.

Arianna Poli, psicologa, è attualmente dottoranda in Ageing and Later Life all'Università di Linköping (Svezia) presso la Division Ageing and Social Change (ASC). Le sue principali attività di ricerca riguardano il fenomeno dell'assistenza informale, l'utilizzo delle nuove tecnologie a supporto dell'anziano e dei *caregiver*, e i fenomeni di esclusione sociale e ineguaglianza nell'accesso ai servizi innovativi socio-sanitari.

Lorena Rossi, ingegnere, è responsabile dell'U.O. Modelli Assistenziali e Nuove Tecnologie dell'IRCCS-INRCA. Si occupa di supporto alla progettazione, sviluppo ed implementazione di nuove tecnologie in differenti contesti di uso, aumentandone la semplicità, l'efficacia, l'efficienza, il confort ed il coinvolgimento dell'utente finale.

Rosemarie Tidoli ha lavorato a lungo come assistente sociale, occupandosi di coordinamento di servizi, analisi di bisogni e risorse e del tavolo anziani del P.d.Z. distrettuale. Attualmente svolge attività di consulenza e progettazione nell'area anziani e si occupa di ricerca sociale collaborando con IRS e altri. Coordina l'area anziani di www.lombardia.it

diasociale.it, sito di analisi del welfare lombardo, ed ha al suo attivo varie pubblicazioni su non autosufficienza, politiche sociali e welfare privato.

Marco Trabucchi è professore ordinario nella Facoltà di Medicina dell'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. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate, prevalentemente in ambito geriatrico e gerontologico. È componente di NNA.

Opere pubblicate nella stessa collana

- **Giovani, legalità e riqualificazione degli spazi**
Liliana Leone
- **Turismo sociale**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Complessità, organizzazione, sistema**
Silvio Coraglia, Giovanni Garena
- **Alzheimer e ambiente**
Marta Roncaglia, Damiano Mantovani, Letizia Espanoli
- **L'infermiere e la legge**
Marco Cazzola, Giovanni Chilin
- **Alzheimer in movimento**
Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti
- **I servizi dell'infanzia**
Mara Mattesini
- **Assistenza, etica ed economia**
Maila Mislej
- **Distretto e nursing in rete: dall'utopia alle pratiche**
Ofelia Altomare, Barbara landerca, Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
Livia Bicego, Cristina Brandolin, Annamaria Cociani, Adriana Fascì, Nicoletta Semeria
- **Il lavoro minorile**
Paula Benevene
- **Capire la psichiatria**
Maria Isabella Greco
- **Le informazioni e gli operatori sanitari**
Andrea Maccari, Gaetano Romigi
- **Le adolescenze**
Giovanni Amodio (a cura di)
- **Manuale di fund raising e comunicazione sociale**
Federico Spazzoli, Matteo Matteini, Marco Mauriello, Roberta Maggioli
- **La comunicazione che cura**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Il disabile adulto**
Alain Goussot (a cura di)
- **La dirigenza dei servizi infermieristici**
Patrizia Nappini, Mauro Petrangeli, Maria Serina
- **Piccoli e grandi: la comunità protegge i suoi bambini**
Saveria Addotta, Maria Teresa De Camillis
- **Sistema di gestione per la qualità delle residenze per anziani non autosufficienti**
Adriano Guala, Bettina Gallia, Laura Cazzulino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
Francesco Marsico e Antonello Scialdone (a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Assistenza in psicogeriatría**
Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie**
Monica Zanolli

- **Integrazione socio-sanitaria**
Luca Degani, Raffaele Mozzanica
- **Servizio sociale professionale e medicina legale**
Laura Brizzi, Claudia Cannoni
- **Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna**
Alberto Alberani e Luciano Marangoni (a cura di)
- **Il capitale umano del terzo settore**
Paula Benevene
- **Siamo tutti stakeholder**
Marisa Parmigiani (a cura di)
- **Democrazia e nursing**
Maila Mislej
- **Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza**
Giovanni Battista Camerini ed Enzo Sechi (a cura di)
- **Elementi di etica per operatori socio-sanitari**
Renzo Zanon
- **Adolescenza: stili di vita e comportamenti a rischio**
Susanna Testa (a cura di)
- **Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani**
Franco Iurlaro
- **Attraversare il dolore per trasformarlo**
Letizia Espanoli e Nicoletta Todesco (a cura di)
- **Elementi di Clinical Governance in Pneumologia**
Roberto Walter Dal Negro, Davide Croce, Antonio Sebastiano
- **Viva gli Anziani!**
Comunità di Sant'Egidio
- **Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto**
Alessandro Sicora
- **Il personale nel non profit**
Federico Spazzoli e Francesco Liuzzi
- **Innovazione gestionale in sanità Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica Esperienze a confronto**
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
- **Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere**
Francesco Ciro Rampulla, Livio Pietro Tronconi
- **Uscire dal buio**
Tommaso Mola
- **Esperienze di welfare locale**
Daniela Gatti e Paolo Rossi (a cura di)
- **La formazione sul campo**
Antonio Pignatto, Costantina Regazzo, Paolo Tiberi
- **Bisogni sospetti**
Emilio Vergani
- **Il mestiere dell'educatore**
Francesca Mazzucchelli (a cura di)
- **Oltre il motivo del profitto**
Maria Vella
- **Schiavitù di ritorno**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Nursing narrativo**
Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli
- **Qualità e Accreditamento dei Servizi Sociali**
Giovanni Garena, Anna Maria Gerbo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 2° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario**
Antonio Sebastiano ed Emanuele Porazzi (a cura di)
- **L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona**
Enrico Bracci
- **Governo clinico e cure primarie**
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati (a cura di)
- **Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche**
Claudia Caula e Alberto Apostoli (a cura di)

- **Come cambia il welfare lombardo**
Cristiano Gori (a cura di)
- **Strategie per la fragilità**
Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte,
Marco Trabucchi
- **Cooperare per l'infanzia**
Alfredo Morabito (a cura di)
- **Le disabilità complesse**
Alain Gousso (a cura di)
- **Tra normalità e rischio**
Cristina Faliva (a cura di)
- **Non autosufficienza e territorio**
Koinè
- **Riflettere e agire relazionalmente**
Giovanna Rossi e Lucia Boccacin (a cura di)
- **Metodi e strumenti per la qualità dell'integrazione scolastica della persona disabile**
Sabrina Paola Banzato, Loretta Mattioli
- **La relazione come cura nell'assistenza geriatrica**
Giovanni Braidì, Giovanni Gelmini
- **Il problema obesità**
Paola Gremigni e Laura Letizia (a cura di)
- **Il tempo del morire**
Marta Roncaglia, Roberto Biancat, Luca Bidogia,
Francesca Bordin, Maurizio Martucci
- **Comunicazione profonda in Sanità**
Francesco Calamo Specchia
- **Sette paia di scarpe**
Paola Rossi
- **Manuale di empowerment con i genitori**
Anna Putton, Angela Molinari
- **Professione Counseling**
Piera Campagnoli (a cura di)
- **Manuale di movimentazione del paziente**
Samanta Cianfrone
- **Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi**
Raffaello Maggiani
- **Contro la contenzione**
Maila Mislej, Livia Bicego
- **Assistere a casa**
Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni (a cura di)
- **Anziani da slegare**
Maria Luisa Vincenzoni (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 3° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Incontri di Mondi Saperi, luoghi e identità**
Giovanni Amodio e Milli Ruggiero (a cura di)
- **1° Rapporto provinciale delle politiche sociali territoriali comasche**
- **Costellazione RSA**
Carmen Primerano e Valter Tarchini (a cura di)
- **Agorà**
Daniela Catullo, Barbara Mazzardis
- **L'aggressività nei servizi sociali**
Renata Fenoglio, Laura Nardi, Adriana Sumini,
Aurelia Tassinari
- **L'educatore professionale**
ANEP
- **Vita da OSS**
Gianluigi Rossetti, Patrizia Beltrami
- **Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie**
Carmelo Scarcella, Fulvio Lonati (a cura di)
- **Manuale dell'Operatore Socio-Sanitario**
Luca Cecchetto e Gianluigi Romeo
- **Oltre la crisi**
Giovanni Devastato
- **La programmazione sociale**
Angelo Mari (a cura di)
- **Fatica e bellezza del prendersi cura**
Beatrice Longoni, Enrica Picchioni,
Antonio Musto (a cura di)
- **Animazione e demenze**
Walther Orsi, Clelia D'Anastasio,
Rosa Angela Ciarrocchi (a cura di)

- **Take Care**
Giuseppe Imbalzano, Maria Grazia Silvestri
- **Alzheimer: idee per la qualità della vita**
Letizia Espanoli
- **Nuove sfide per la salute mentale**
Giuseppe Biffi, Giorgio De Isabella
- **Diritto Sanitario**
Giampiero Cilione
- **Scherzo, litigio, bullismo, reato?**
Susanna Testa
- **Il progetto girasole**
AA.VV.
- **Tra cambiamenti e continuità**
Daniela Gatti, Graziano Maino, Anna Omodei (a cura di)
- **Le parole dell'immigrazione**
Daniela Pompei
- **Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche**
Emidia Vagnoni, Laura Maran
- **Alzheimer: curarlo e gestirlo in RSA**
Sara Angelini
- **Autismo e competenze dei genitori**
Alain Goussot (a cura di)
- **Servizio sociale e crisi del welfare**
Carmelo Bruni, Giovanni Devastato
Enzo Nocifora, Lluís Francesc Peris Cancio
Enrico Pugliese, Giuseppe Ricotta
Giovanna Sammarco, Elena Spinelli
- **Primary Nursing**
Giorgio Magon, Tiziana Suardi (a cura di)
- **RSA Residenze Sanitarie Assistenziali**
Franco Pesaresi
- **Liberare la qualità**
Simone Peruzzi
- **Le demenze: mente, persona, società**
Antonio Monteleone, Antonio Filiberti
Patrizia Zeppegno (a cura di)
- **Voci dalla strada**
Francesca Zuccari, Laura Paolantoni
- **La leadership nella RSA**
Oscar Zanutto
- **Anziani. Salute e ambiente urbano**
Rita Cutini
- **Immigrazione**
Daniela Pompei
- **La metodologia pedagogia dei genitori**
Augusta Moletto, Rizio Zucchi
- **Le procedure disciplinari delle professioni sanitarie**
Mauro Di Fresco
- **Sala operatoria e terapia intensiva**
Francesca Ciraolo, Francesca Giofrè (a cura di)
- **Pediatri e bambini**
Giancarlo Cerasoli, Francesco Ciotti (a cura di)
- **Fondamenti di infermieristica in salute mentale**
Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli
- **OSS operatore socio-sanitario manuale e quiz per il concorso**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Nuove dimensioni del servizio sociale**
Franca Dente (a cura di)
- **I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere**
Paola Ripa, Piera Bergomi, Enrico Frisone,
Duilio Loi
- **Principi di risk management nei servizi sanitari e socio-sanitari**
Luca Degani, Oliviero Rinaldi,
Massimo Monturano, Andrea Lopez,
Marco Ubezio
- **La rendicontazione sociale nelle RSA**
Maura Marangon
- **Dove l'acqua si ferma: la cura e il benessere degli anziani fragili con il metodo gentlecare**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**
N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di)

- **Ginnastica mentale**
Cristina Gueli
- **Manuale dell'animatore sociale**
Irene Bruno, Rabih Chattat, Stefano Canova (a cura di)
- **Il lavoro con gli anziani in casa di riposo**
Luca Fazzi
- **Organizzazione e gestione delle strutture per il benessere fisico**
Carlo Bottari, Pasqualino Maietta Latessa, Giovanni Paruto
- **Malati per forza**
Ferdinando Schiavo
- **I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura**
Rosapia Lauro Grotto, Massimo Papini, Debora Tringali
- **Nordic Walking e salute**
Luca Cecchetto
- **La fragilità degli anziani**
Cristina Malvi, Gabriele Cavazza (a cura di)
- **Contenzione o protezione?**
Sara Saltarelli, Silvia Vicchi (a cura di)
- **Peer Counseling della disabilità**
Maurizio Fratea
- **Gestire l'impresa sociale**
Federico Spazzoli, Marta Costantini, Monica Fedeli
- **Quasi schiavi**
Enzo Nocifora (a cura di)
- **Il mobbing infermieristico**
Mauro Di Fresco
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Schiavitù latenti**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **Dal valore della produzione alla produzione di valore**
Elena Meroni (a cura di)
- **La pratica del welfare locale**
Monia Giovannetti, Cristiano Gori, Luca Pacini (a cura di)
- **De-mente? No! Sente-mente**
Letizia Espanoli
- **Nuova domiciliarità**
Massimiliano Di Toro Mammarella (a cura di)
- **Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale**
Enrico Brizioli, Marco Trabucchi (a cura di)
- **Il consenso informato e le misure di contenzione in RSA**
Luca Degani, Marco Ubezio, Andrea Lopez
- **Progettare sociale**
Alessandro Sicora, Andrea Pignatti
- **Il nuovo ISEE e i servizi sociali**
Franco Pesaresi (a cura di)
- **Guida alla gestione di IPAB/ASP, Fondazioni, RSA**
Adelaide Biondaro, Ladi De Cet, Virgilio Castellani, Egidio Di Rienzo (a cura di)
- **Non autosufficienza e qualità della vita**
Antonio Monteleone
- **Outcome infermieristici: documentare e fare ricerca**
Giorgio Magon, Alessandra Milani (a cura di)
- **Bullismo e cyberbullying**
Maurizio Bartolucci (a cura di)
- **La comunità-officina**
Maria Sellitti
- **Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia**
Sergio Pasquinelli (a cura di)
- **L'attrazione speciale**
Giovanni Merlo
- **Servizio sociale e complessità**
Giovanni Viel
- **L'educatore professionwale**
ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali)
- **Social link**
Ricerche e azioni sui ricongiungimenti familiari dei minori
Luca Salmieri, Lluís Francesc Peris Cancio (a cura di)

- **Corso di lingua italiana (L2) per operatori socio-sanitari**
Antonio Bria, Renzo Colucci
Associazione Seneca - Bologna
- **Business intelligence nelle RSA**
Paolo Galfione, Oscar Zanutto
- **Manuale critico di sanità pubblica**
Francesco Calamo-Specchia (a cura di)
- **Persone non autosufficienti: responsabilità degli operatori e delle strutture**
Antonio Caputo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 5° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Gli operatori sanitari e la demenza: case management e programmi di intervento**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **RSA: metodi e buone prassi per raggiungere l'eccellenza**
Franco Iurlaro
- **L'assistente sociale**
Milena Cortigiani, Paolo Marchetti
(a cura di)
- **Complessità assistenziale: un metodo per orientarsi**
Giuseppe Marmo, Monica Molinar Min
Aldo Montanaro, Paola Rossetto
(a cura di)
- **Quanto costa l'RSA?**
Franco Pesaresi
- **Vittime fragili e servizio sociale**
Cristina Galavotti
- **E.P. educatore professionale**
Francesco Crisafulli (a cura di)
- **Il primo P.A.S.S.O.**
Cinzia Dalla Gassa, Carlo Pettinelli
- **Lavoro sociale e azioni di comunità**
Giovanni Devastato
- **A cena in rsa: nutrizione, gusto, cultura**
Irene Bruno, Alessandro Meluzzi,
Vincenzo Pedone (a cura di)
- **Il servizio sociale nel terzo settore**
Luca Fazzi
- **Il servizio sociale in comune**
Teresa Bertotti (a cura di)
- **Concorso per operatore socio-sanitario e socio-assistenziale**
Giuseppe Midiri
- **La qualità nelle RSA**
Giuseppe Midiri
- **Lavorare con la ricerca azione**
Francesca Falcone
- **Nidi e scuole dell'infanzia**
Diletta Basso, Emanuela Fellin
Maurizio Gianordoli, Fabio Vidotto
(a cura di)
- **La storia della mia vita**
Marco Fumagalli, Laura Lionetti
- **L'anziano attivo**
Anna Maria Melloni, Marco Trabucchi
(a cura di)
- **Le demenze. La cura e le cure**
Antonio Guaita, Marco Trabucchi (a cura di)
- **Progettare in partnership**
Marco Cau, Graziano Maino (a cura di)
- **Professione infermiere: alle soglie del XXI secolo**
Caterina Galletti, Loredana Gamberoni
Giuseppe Marmo, Emma Martellotti
- **Apprendere per cambiare**
Jean Neumann
- **Gratta e perdi**
Mauro Croce, Fabrizio Arrigoni
- **Primo rapporto sulle Misericordie in Italia**
Luca Fazzi, Gianfranco Marocchi
- **Il lavoro sociale con le persone immigrate**
Eduardo Barberis, Paolo Boccagni
- **Manuale dell'operatore socio-sanitario**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Il socio sanitario è donna**
Matteo Tessarollo (a cura di)
- **Il corpo nella demenza**
Elena Sodano
- **Il servizio sociale incontra l'analisi transazionale**
Ariela Casartelli, Patrizia Cola, Francesca Merlini

- **Generare l'umano in RSA e dintorni**

Antonio Monteleone (cura di)

- **Liberi dalla contenzione**

Azienda USL di Bologna (a cura di)

- **Alzheimer.**

Niente panico ma intervenire subito!

Floriana De Vanna - Maria Pia Cozzari -

Stefania Giammarino

- **Riforma del Terzo settore**

AA. VV.

