

a cura di
Sergio Pasquinelli

PRIMO RAPPORTO SUL LAVORO DI CURA IN LOMBARDIA

Gli anziani non autosufficienti

#Lombardiachecura


**MAGGIOLI
EDITORE**

© Copyright 2015 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2008

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.

Finito di stampare nel mese di maggio 2015
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna (RN)

Indice

<i>Prefazione</i> , a cura dei Partner del Rapporto	Pag.	5
1. Introduzione..... <i>Sergio Pasquinelli</i>	»	7
2. I bisogni di cura	»	15
<i>Carla Dessi e Giselda Rusmini</i>		
3. Il lavoro muto. Indagine sui caregiver familiari lombardi.....	»	39
<i>Marcella Sala, Daniela Mesini e Sergio Pasquinelli</i>		
4. Badanti e lavoro di cura: realtà e direzioni emergenti.....	»	77
<i>Giselda Rusmini e Sergio Pasquinelli</i>		
5. Il finanziamento e la spesa	»	109
<i>Elenka Brenna</i>		
6. Sostegni al domicilio 2.0	»	135
<i>Marcella Sala, Sergio Pasquinelli e Giselda Rusmini</i>		
7. Conclusioni e linee operative	»	159
<i>A cura di Sergio Pasquinelli</i>		
<i>Gli Autori</i>	»	171

Prefazione

Finalmente vede la luce questo rapporto, il Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia.

L'Istituto per la ricerca sociale è riuscito in un'impresa non di poco conto, raccogliendo l'opinione e la testimonianza non solo di anziani e familiari, ma anche di un insieme ampio dell'articolata galassia del terzo settore, Partner di progetto, che gestisce i servizi assistenziali e socio-sanitari rivolti agli anziani.

Una partnership estesa di 16 organismi afferenti all'associazionismo, la cooperazione sociale, il sindacato e ai Comuni lombardi. Una partnership composita, che ha sostenuto con convinzione un percorso di analisi rigorosa, attraverso il quale si è arrivati ad una sintesi originale, con proposte tese ad incontrare bisogni in continua evoluzione, a cui il sistema dei servizi fatica a dare risposte adeguate.

Una proposta per aprire una discussione, per proporre chiavi di lettura e riuscire a leggere e a interpretare il cambiamento, senza arretrare di fronte alla contrazione delle risorse.

La ricerca lancia un monito a tutti gli operatori – pubblici e privati – del settore: serve uno scatto in avanti, una ri-partenza, che renda il sistema più flessibile e capace di articolare meglio le risposte, con un coinvolgimento sempre più attivo di quel privato sociale, quasi ovunque soggetto attuatore dei servizi erogati.

Il Rapporto tende a fare sintesi. Presta attenzione a ciascuno degli attori coinvolti: le famiglie, il sistema dei servizi, le assistenti familiari. Da un lato mappando il bisogno e dando spazio alle percezioni di anziani e familiari, dall'altro riuscendo a coinvolgere gli attori della variegata galassia del pubblico e del privato sociale, dalle cooperative alle associazioni, dalle parti sociali alle organizzazioni di secondo livello.

Il risultato è una fotografia preziosa, intanto perché condivisa passo dopo passo con tutti i Partner. Poi perché illustra una situazione con dati freschi alla mano, attraversata da criticità ma anche ricca di risorse. Il Rapporto traccia diverse direttrici di possibile intervento, avendo cura di perimetrare il campo e rimanendo, quindi, nell'ambito dei confini regionali e delle possibili soluzioni individuabili sul territorio.

La ricerca pone un fuoco importante proprio sulla famiglia e sulle persone che

assorbono i maggiori carichi di assistenza, i cosiddetti caregiver. La proposta è di impostare politiche più attente ad “aiutare chi aiuta”, strutturando interventi di ascolto e di sostegno, nonché sviluppando ogni attività capace di sostenere, alleggerire e rendere il carico di cura meno oneroso.

Il Rapporto invoca uno sviluppo convinto dei sostegni alla domiciliarità, con una rete di aiuti sempre più rispondente alle modificate esigenze di fruizione: qui, più che altrove, si ritiene necessario lavorare per soluzioni integrate, puntando con decisione e senza reticenze a ricomporre un sistema di offerta frammentato.

Questi sono solo alcuni degli spunti presenti in un testo che offre diversi elementi per aprire ulteriori riflessioni e prepararsi al meglio ai bisogni collegati all'invecchiamento della popolazione. Un processo che ci accompagnerà per lunghi anni.

I Partner del Rapporto

Partner istituzionali:

Acli Lombardia
 Alleanza delle Cooperative Italiane
 Anteas Lombardia
 Auser Lombardia
 Caritas Delegazione Regione Lombardia
 Fnp Pensionati / Inas – Cisl Lombardia
 Gruppo Cooperativo CGM
 Inca – Cgil Lombardia
 Legautonomie Cremona
 Spi – Cgil Lombardia
 Uil Pensionati Milano e Lombardia

Partner operativi:

Cooperativa Il Melograno
 Cooperativa Punto Service
 Cooperativa Solidarietà
 Consorzio CS&L

Patrocinio di:

Anci Lombardia

1. Introduzione

Sergio Pasquinelli

Sono quattrocentomila gli anziani non autosufficienti in Lombardia. Chi si prende cura di loro? Su quali risorse le famiglie possono oggi contare? Di che cosa c'è più bisogno? Questo Rapporto sociale mette al centro il lavoro di cura a favore degli anziani non autosufficienti in Lombardia. I cambiamenti che lo riguardano. I bisogni che esprime.

Che cos'è il lavoro di cura? È quella attività di sostegno, educazione, orientamento all'autonomia che le famiglie svolgono a favore di un figlio piccolo, un anziano che non ce la fa da solo, un disabile, e in altri casi ancora. Nel caso degli anziani parliamo di aiuto, di prossimità, di assistenza, di accudimento. In inglese si usa *care*, parola che in realtà possiede una gamma di significati più ampia. "Alla voce *care* infatti possiamo riscontrare: cura, sollecitudine, preoccupazione, affanni, custodia (...). Il lavoro di cura emerge quindi come un intreccio di notevole complessità tra gesti, comportamenti, atteggiamenti, emozioni, valori" ⁽¹⁾.

Questo libro propone un viaggio. In un mondo che crediamo spesso di conoscere ma che in realtà conosciamo poco. Lo conosciamo in modo parziale, frammentario, per esperienza diretta o per sentito dire. Su questo mondo manca una visione di insieme, una conoscenza che unisca le molte tessere, uno sguardo che faccia sintesi. Le analisi disponibili sono limitate e poco aggiornate, scarsamente in grado di restituire una fotografia sulla dimensione dei cambiamenti in corso e sulle caratteristiche specifiche di tali cambiamenti ⁽²⁾.

⁽¹⁾ MAY, M.P., TACCANI, P. (1996). *Lavoro di cura*. In: MAURI, L., PENATI, C. (a cura di). *Pagine aperte 2*. Milano: Franco Angeli, 135.

⁽²⁾ Si veda in particolare FNP-CISL LOMBARDIA (2006). *Fuori dall'ombra. Indagine sui servizi di assistenza per gli anziani in Lombardia*. Roma: Edizioni Lavoro. Le analisi sul welfare hanno finora dedicato uno spazio limitato al lavoro di cura. Cfr. DEL BOCA, D., ROSINA, A. (2009). *Famiglie sole, Sopravvivere con un welfare inefficiente*. Bologna: Il Mulino. Mi-

L'idea di un Rapporto regionale sul lavoro di cura nasce per dare risposta ad alcune domande: che dimensioni ha il lavoro di cura nella nostra Regione? Chi coinvolge? Come sta cambiando la domanda di aiuti da parte di anziani e famiglie? In termini quantitativi e qualitativi? Quanto l'intervento pubblico riesce a coprire e quanto rimane scoperto? Come servizi pubblici, assistenti familiari, organizzazioni del privato sociale possono collaborare per far fronte a una domanda che continuerà a crescere?

Le risorse di cura familiare nei prossimi 20 anni andranno riducendosi, in un quadro demografico in continua evoluzione. Il numero di caregiver è in calo: la generazione dei *baby-boomers* – i cinquantenni di oggi – avvicinandosi alla terza età avrà a disposizione una rete di aiuti parentali più limitata di adesso, spesso inesistente. Rarefazione delle nascite e ascesa dei figli unici porteranno a un aumento degli anziani soli. Già oggi un anziano su tre nella nostra Regione vive da solo.

Le badanti sono state la soluzione e lo sono ancora per molte famiglie, ma non siamo sicuri che questa soluzione possa tenere pacificamente in un quadro che sarà segnato da anziani con redditi da pensione sempre più limitati e con ridotti riferimenti familiari, con cui ogni badante ha bisogno di relazionarsi.

Il sistema dei servizi ha di fronte a sé scelte impegnative da compiere, la necessità di stabilire priorità, che cosa offrire a chi, quanto assistere chi, quali sostegni dare per quali anziani e per quali famiglie. Nel contesto di un welfare ancora dominato dalle prestazioni monetarie nazionali, in particolare una misura quale l'indennità di accompagnamento. Una misura per cui lo stato (l'Inps) spende in Lombardia per la popolazione anziana una cifra analoga a quanto spendono Regione e Comuni messi insieme per la non autosufficienza.

La sfida è come far fronte a bisogni crescenti contando su risorse scarse. Ma anche su un tessuto sociale vivo, attivo, ricco di iniziativa, non rassegnato. Questo Rapporto ha preso le mosse da questo scenario.

CHELI, G. (2013). *Anziani, relazioni di cura e affetti*. In: PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*. Roma: Ediesse. Personalmente ho iniziato a occuparmi di questo tema con PASQUINELLI, S. (2008). *Lavoro di cura: oltre il fai da te. Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1.

1.1. Perimetro di analisi e obiettivi

Il campo di analisi è la non autosufficienza nella popolazione over 65. Un primo sforzo è stato quello di definire con esattezza le dimensioni della non autosufficienza, le proiezioni per i prossimi anni, più in generale lo stato di salute della popolazione ultra 65enne, oltre alle relative condizioni sociali, economiche e familiari di riferimento. Approfondiamo questi elementi nel capitolo che segue.

A partire da questo quadro, il Rapporto considera i tre attori principali che agiscono il lavoro di cura:

- le famiglie, in particolare i caregiver familiari;
- i servizi pubblici, privati e del privato sociale;
- le assistenti familiari o “badanti”.

Questo Rapporto dedica attenzione a ciascuno di questi attori, ai ruoli che li caratterizzano, alla complessità presente al loro interno, al modo in cui essi collaborano o meno, e come potranno farlo meglio in futuro.

Il Rapporto persegue tre obiettivi:

1. Costruire lo “stato dell’arte” sul lavoro di cura in Lombardia. Un’analisi delle trasformazioni in atto nelle famiglie, nella realtà delle assistenti familiari e nei servizi, soprattutto domiciliari. A partire dalla analisi dell’esistente l’intenzione è quella di raccogliere sufficienti dati empirici funzionali allo sviluppo di un sistema di *care* sempre più rispondente ai cambiamenti della non autosufficienza nella nostra Regione, degli anziani, delle famiglie.

2. Offrire un luogo di analisi condivisa con i Partner di progetto. Attraverso il Rapporto e il percorso che è stato seguito (si veda oltre) si è voluto offrire a ciascun Partner l’occasione per analizzare il proprio posizionamento in questo settore, per riflettere sulle proprie attività e sul proprio ruolo. Con l’intenzione di verificare concrete linee di sviluppo e azioni di miglioramento in un campo ancora dominato dalla auto-risposta familiare e dal mercato sommerso della cura.

3. Indicare linee di sviluppo, per le politiche pubbliche in modo particolare, ma anche per il complesso di attori – terzo settore, fondazioni, parti sociali, mondo delle imprese – che partecipano alla costruzione di un sistema di risposte alla non autosufficienza. L’intenzione è stata quella di formulare proposte frutto di un confronto tra i Partner in tema di welfare sociale.

Il Rapporto vuole in buona sostanza:

Descrivere. Ricostruire il quadro dei bisogni e della domanda, reale e potenziale, di cura e assistenza. E il quadro dei servizi con particolare riferimento ai servizi domiciliari e alle risorse messe in campo.

Interpretare. Il rapporto tra bisogni e risposte esistenti. La adeguatezza di queste risposte. Gli spazi di miglioramento.

Proporre. Nel senso di indicare azioni concrete di sviluppo, miglioramenti possibili nella rete dei servizi, nelle sue condizioni di efficacia.

1.2. Due approfondimenti

Questo Rapporto contiene due approfondimenti, su cui abbiamo realizzato ricerche *ad hoc* e su cui presentiamo dati originali.

Primo focus: le famiglie che curano. Abbiamo realizzato una indagine, sotto forma di *survey* sociale, a un campione di famiglie lombarde con anziani non autosufficienti. Quante sono le famiglie coinvolte in Lombardia nella cura e assistenza di un anziano non autosufficiente? Con quali oneri stimati di cura e di impegno? E ancora, in termini più qualitativi: come sta cambiando la domanda di assistenza, con particolare riferimento al diffondersi di nuove patologie e ai relativi carichi assistenziali?

Sono state realizzate interviste a un campione di oltre 500 famiglie lombarde per capire come si stanno riorganizzando, quanto ricorrono ai servizi pubblici e al terzo settore, al volontariato, all'aiuto di vicinato, come fronteggiano la non autosufficienza di un congiunto.

I temi indagati sono stati:

- chi sono i familiari caregiver;
- chi sono gli anziani non autosufficienti (condizioni sociali, economiche, di salute);
- i sentimenti e i bisogni dei caregiver familiari;
- l'eventuale ricorso a un'assistente familiare (badante);
- uso e interesse nei confronti dei servizi;
- il ruolo dello Stato nell'assistenza ai non autosufficienti.

L'indagine ha incluso un approfondimento specifico sui bisogni dei caregiver familiari in termini di richieste più o meno esplicite di aiuto. I risultati dell'indagine sono presentati nel capitolo 3.

Secondo focus: le assistenti familiari o "badanti". Risorsa sempre più sommersa e nascosta, ma non per questo meno presente. Possiamo porci in due modi di fronte a questa realtà. Possiamo considerarla una soluzione facilmente disponibile a cui delegare i problemi di una società che invecchia. Soluzione individuale, solitaria. E chiudere un occhio sui molti problemi legati a un lavoro prevalentemente sommerso e sulle molte asimmetrie di questo

mercato. Oppure possiamo riconoscere la funzione “sociale” di questa realtà: un pezzo del nostro welfare. Possiamo renderla visibile, qualificarla, sforzarci di collegare ciò che le assistenti familiari fanno con il sistema dei servizi.

Negli anni la nostra Regione ha conosciuto il moltiplicarsi di iniziative che hanno percorso questa seconda strada. Progetti sperimentali, servizi dedicati che tutt’oggi costellano il welfare territoriale per i non autosufficienti in Lombardia. Attività che cercano di superare le criticità legate al lavoro privato di cura: scarse competenze, modalità improvvisate di incontro tra domanda e offerta, scarse garanzie di affidabilità, e così via.

L’analisi presentata nel capitolo 4 si è concentrata sui progetti di qualificazione. Quali attività, con quali investimenti, con quali caratteristiche, quale e quanta utenza, quale *governance*? Abbiamo circoscritto l’analisi a quattro ambiti di intervento, alcuni dei quali emergenti, altri più consolidati:

- il lavoro somministrato;
- il lavoro in condivisione (badante di condominio);
- gli sportelli di incontro domanda/offerta di assistenza;
- i sostegni economici e i voucher sociali.

1.3. Com’è stato costruito questo Rapporto

Questo Rapporto è frutto di un lavoro condiviso.

Fin dall’inizio l’intenzione è stata quella di costruire una collaborazione tra chi fa ricerca e chi interviene sul campo. L’impronta iniziale di questo progetto è stata quella di far leva su un rapporto dialogico con un’ampia compagine di soggetti operativi sul territorio. Partner ed ente patrocinatori hanno garantito un sostegno economico al progetto, ma non solo: lo hanno alimentato di informazioni, indicazioni, suggerimenti che si sono rivelati molto preziosi. Questo ha fatto la ricchezza di questo progetto, e ci auguriamo di averlo valorizzato al meglio in queste pagine.

15 Partner, di cui undici Partner istituzionali, diversi dei quali enti di secondo livello, e quattro Partner operativi più un ente patrocinatori testimoniano la volontà di costruire qualcosa insieme a chi sul territorio è in prima linea nella assistenza ai non autosufficienti. Il Rapporto si è nutrito di una relazione biunivoca tra Irs e Partner progettuali, attraverso un percorso partecipato. Via via che parti del rapporto andavano definendosi, queste sono state presentate e discusse con i Partner, a cominciare dal *kick off* avvenuto alla fine del mese di maggio 2014.

I risultati dei due approfondimenti sui caregiver familiari e sulle badanti sono stati inoltre oggetto di incontri bilaterali, *one to one*, tra Irs e ciascun Partner aderente, sotto forma di seminari *ad hoc*. A ciascuno di questi seminari ha partecipato una media di quindici persone tra dicembre 2014 e febbraio 2015, per un totale di oltre duecento persone coinvolte.

Tali seminari sono serviti per socializzare i principali risultati emergenti, condividerne l'interpretazione, mettere a fuoco linee di intervento. Hanno permesso di raccogliere il punto di vista di ciascuno, letture anche diverse, integrare e correggere le nostre interpretazioni. Questo Rapporto sarebbe risultato molto meno ricco senza questi incontri.

Un percorso di ricerca inusuale, che ha prodotto come effetto non secondario quello di costruire un gruppo che ha dialogato al suo interno, che ha mostrato disponibilità al confronto nonostante la diversità nelle "anime" che lo hanno composto e nei ruoli ricoperti (l'associazionismo, la cooperazione sociale, i sindacati, i Comuni), e che ha mostrato interesse a partecipare a questa esperienza.

Il Rapporto che avete in mano vuole essere uno strumento di lavoro, non solo per i Partner che lo hanno sostenuto, ma per tutti quei soggetti che hanno a cuore la qualità della vita e dell'assistenza agli anziani in questa Regione.

1.4. Struttura del rapporto

Il prossimo capitolo, il secondo, ricostruisce il quadro socio-demografico e in termini di stato di salute degli anziani in Lombardia, con lo sforzo di produrre, anche per via stimata, alcuni numeri chiave: quanti sono e saranno i non autosufficienti, quanti gli anziani poveri, gli anziani soli, quanti i caregiver.

Il terzo capitolo illustra i risultati della survey sui caregiver familiari, condotta tramite 512 interviste distribuite su tutto il territorio regionale. I risultati di questa indagine informano tutti i capitoli successivi e vengono ampiamente ripresi nelle conclusioni. Una appendice metodologica illustra il percorso seguito.

Il quarto capitolo presenta il secondo approfondimento realizzato, sui progetti di sostegno e qualificazione del lavoro di cura svolto dalle badanti⁽³⁾.

⁽³⁾ Un tema che – in termini di analisi – presidiamo da tempo, a partire dalla ricerca svolta in collaborazione con Caritas Ambrosiana sulle badanti in Lombardia: MESINI,

Il capitolo analizza potenzialità, rischi e criticità, prospettive di sviluppo, e sfa-
ta forse l'ottimismo legato ad alcune nuove "soluzioni" che vanno oggi propo-
nendosi.

Il quinto capitolo è dedicato al finanziamento e la spesa pubblica nell'am-
bito del *long term care* in Lombardia. Abbiamo voluto realizzare questo appro-
fondimento per esplorare la situazione e le linee di tendenza, documentando
alcuni punti di forza del welfare lombardo e alcune criticità.

Il sesto capitolo è dedicato ai servizi domiciliari. I Servizi di assisten-
za domiciliare comunali (Sad) e l'Assistenza domiciliare delle Asl (Adi) so-
no stati a lungo il binomio su cui il sostegno pubblico alla domiciliarità si è
appoggiato, non solo in Lombardia. Ora il quadro si articola, anche grazie a
nuovi impulsi regionali e attraverso sperimentazioni e progetti di cui auspi-
chiamo lo sviluppo e l'estensione.

Il settimo e ultimo capitolo tira le fila e propone una serie di azioni in-
dividuate attraverso un confronto tra i Partner. Sono proposte aperte alla di-
scussione, non hanno la pretesa né di essere esaustive, né tantomeno di dire
l'ultima parola. Sono proposte che avanziamo sperando in un confronto al-
largato.

Che cosa *non c'è* in questo Rapporto? Per chiarezza è utile sgombrare il
campo da possibili equivoci e rendere esplicito che:

- questo rapporto non rappresenta una "valutazione" dei servizi per la non
autosufficienza. Li abbiamo osservati e analizzati, abbiamo espresso delle
considerazioni, dove possibile abbiamo messo in relazione bisogni e servi-
zi. Ma non abbiamo svolto una valutazione di questi;
- questo rapporto non riguarda i servizi sanitari, ma si concentra su quelli
sociali e socio-sanitari;
- questo rapporto non approfondisce l'ambito della residenzialità e semi-resi-
denzialità. Ci siamo concentrati sui servizi domiciliari (capitolo 6) in quan-
to più direttamente di pertinenza e a sostegno del lavoro di cura familiare. I
servizi residenziali in Lombardia sono peraltro oggetto di un "Osservatorio
settoriale sulle Rsa" presso la Liuc Università Cattaneo di Castellanza.

D., PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. (2006). *Il lavoro privato di cura in Lombardia*. Irs, download:
http://www.qualificare.info/upload/Lavoro_privato_cura_Lombardia.pdf. Facciamo riferimento
anche all'attività editoriale che chi scrive conduce da una decina d'anni assieme a Giselda
Rusmini con il sito www.qualificare.info.

Ringraziamenti e un auspicio

I debiti di riconoscenza che abbiamo contratto, come gruppo di progetto Irs, sono davvero tanti. Anzitutto vogliamo ringraziare le famiglie che abbiamo intervistato, per il tempo e la pazienza.

I Partner di questo progetto sono stati nostri compagni di viaggio, prodighi di informazioni e consigli, di incoraggiamenti preziosi, così come lo sono stati i colleghi dell'Irs e numerosi testimoni interpellati. Per il tempo e la disponibilità un sentito grazie vogliamo rivolgerlo a: Giulia Arpinati, Katja Avanzini, Lella Brambilla, Franca Carminati, Pierluca Castelnovo, Giovanna Ciccardi, Dario Colombo, Ugo De Ambrogio, Claudio Dossi, Valeriano Formis, Luigi Gaffurini, Mauro Gigli, Emanuele Gollini, Giuseppe Imbrogno, Agnese Losi, Massimo Minelli, Mauro Paris, Mauro Pastori, Graziano Pirotta, Roberto Prometti, Emanuele Ranci Ortigosa, Imelda Rigosa, Giuseppe Tadioli, Giovanni Tevisio, Fabrizio Tagliabue, Marco Zucchelli.

Un ringraziamento particolare va inoltre al Patronato Acli Lombardia, Inca Cgil, Auser Lombardia e Inas Cisl per aver messo a disposizione nominativi utilizzati per l'indagine sui caregiver familiari.

“Geremia, cosa vedi? Vedo un ramo di mandorlo” ⁽⁴⁾.

Il mandorlo è il primo albero da frutto a fiorire, quando è ancora inverno. Annuncio della primavera in arrivo. In ebraico mandorlo è chiamato “colui che vigila”, significa *attenzione*. Ed è la stessa attenzione che vuole accendere questo Rapporto, su una realtà ancora troppo spesso circondata dal silenzio, ma così presente nella vita quotidiana di molti di noi.

⁽⁴⁾ Geremia 1, 11. Ispirato a VERDI, L. (2009). *Il domani avrà i tuoi occhi*. Pratovecchio (AR): Fraternità di Romena.

2. I bisogni di cura

Carla Dessi e Giselda Rusmini

Fra i principali cambiamenti demografici che caratterizzano i paesi economicamente più sviluppati vi è, come è noto, l'invecchiamento della popolazione. Tale fenomeno, strettamente correlato all'aumento del benessere, è generato da due fattori: l'allungamento della speranza di vita e la riduzione del tasso di natalità.

In Italia questi fenomeni sono particolarmente accentuati: rispetto agli anni '60, la speranza di vita è aumentata di oltre 10 anni, raggiungendo in media gli 84,9 anni per le donne e i 79,8 per gli uomini, il tasso di fecondità è sceso da 2,4 figli per donna del 1970 all'1,4 di oggi⁽¹⁾. La popolazione ultra 65enne rappresenta il 21,4% del totale (significativamente superiore a quella europea, pari al 18,2%⁽²⁾) e le persone di 75 anni e oltre costituiscono il 10,7% dei cittadini italiani⁽³⁾.

Ci proponiamo in questo capitolo di ricostruire il contesto della domanda di cura in Regione Lombardia alla luce sia di questi indicatori, prettamente socio-demografici, che di altri indicatori connessi alle condizioni di salute nonché alle condizioni economiche e relazionali che concorrono nel trattenere il bisogno della popolazione e delle famiglie con persone in età anziana.

2.1. Il quadro socio-demografico

Il quadro socio-demografico all'interno del quale ci troviamo è caratterizzato da evidenti trasformazioni che, in particolar modo per quanto riguarda la popolazione anziana, se risultano da un lato sempre più prevedibili in termini di scenario che va delineandosi, dall'altro risultano quanto mai numericamente dirompenti.

(1) Vedi *Health for All – Italia – Sistema informativo territoriale su Sanità e Salute* – Versione dicembre 2014 (<http://www.istat.it/it/archivio/14562>).

(2) Vedi Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>).

(3) Vedi Istat – Statistiche popolazione residente al 1° gennaio 2014 (<http://demo.istat.it/>).

Le variabili della rarefazione delle nascite e dell'allungamento della vita media hanno deformato da diversi anni quella rappresentazione della struttura della popolazione sotto forma di "piramide" che vedeva una base ampia costituita dalla prevalenza di individui in giovane età il cui numero progressivamente si assottigliava giungendo al vertice. Questa immagine oramai non esiste più e semmai sta assumendo sempre più una forma "rovesciata" (Pasquinelli, Barbot, 2001).

Studiare le dimensioni di questo fenomeno richiede, pertanto, la necessità di entrare maggiormente in profondità rispetto alle diverse sfaccettature che lo compongono, ripercorrendone la sua evoluzione nel tempo.

Possiamo così vedere che i dati più recenti diffusi dall'Istat in merito alla popolazione residente in Regione Lombardia registrano al 1° gennaio 2014 la presenza di 9.973.397 abitanti, di cui, operando una distinzione per le tre principali "fasce d'età": 2.131.579 persone (pari al 21,4%) sono over 65enni, 1.047.804 (pari al 10,5%) sono over 75enni e 286.448 (pari al 2,9%) sono over 85enni, o altrimenti noti come "grandi anziani".

Se osserviamo il *trend* della popolazione residente in Regione Lombardia nel decennio 2004-2014 risulta subito evidente come, a fronte di una crescita complessiva del 7,9% si registri un incremento ben più marcato della componente più anziana. Vediamo, infatti, nella Tabella 2.1 come gli over 65enni siano cresciuti del 22,5%, gli over 75enni del 37,6% ma, soprattutto, sono gli over 85enni a registrare l'incremento di proporzioni maggiori: ben il 66,8% in più nel 2014 rispetto al 2004.

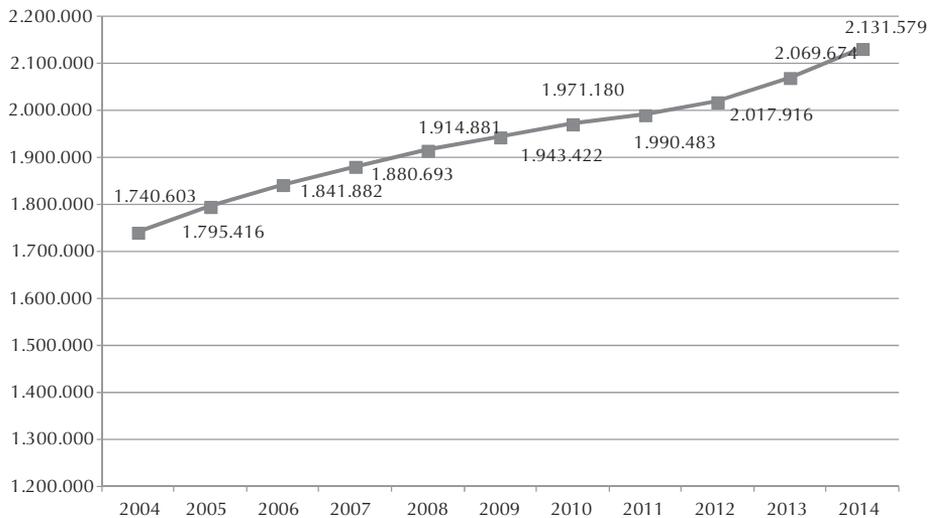
Tabella 2.1 - Il *trend* della popolazione anziana in Regione Lombardia, anni 2004-2014

	Over 65enni	Over 75enni	Over 85enni	Totale popolazione
2004	1.740.603	761.398	171.768	9.246.796
2005	1.795.416	790.391	172.164	9.393.092
2006	1.841.882	819.360	184.739	9.475.202
2007	1.880.693	848.066	199.454	9.545.441
2008	1.914.881	876.075	212.670	9.642.406
2009	1.943.422	901.227	225.700	9.742.676
2010	1.971.180	927.909	238.099	9.826.141
2011	1.990.483	957.275	250.181	9.917.714
2012	2.017.916	971.931	260.032	9.700.881
2013	2.069.674	1.003.793	272.519	9.794.525
2014	2.131.579	1.047.804	286.448	9.973.397
Variazione 2004-2014	22,5	37,6	66,8	7,9

Fonte: Demo Istat – Dati popolazione residente al 1° gennaio di ogni anno.

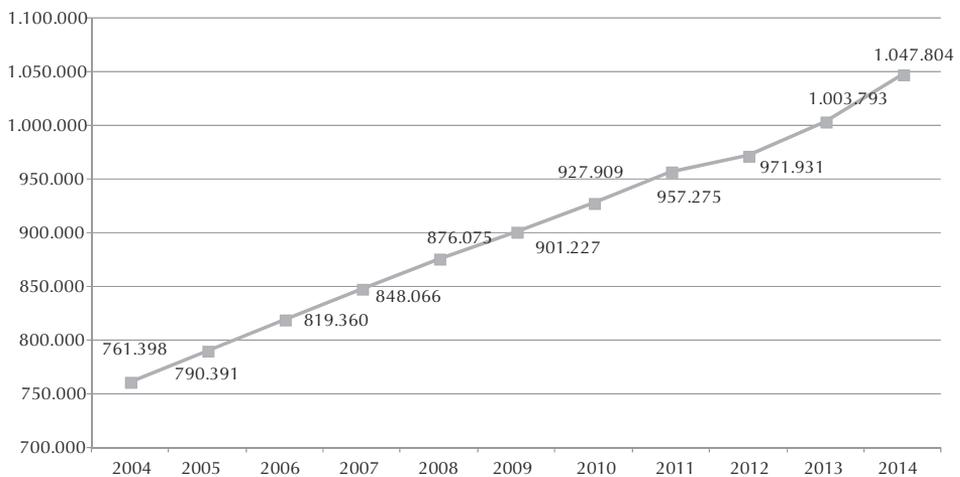
Le figure che seguono contribuiscono a rendere maggiormente visibile questa progressiva crescita nei tre diversi “segmenti” di popolazione.

Figura 2.1 - Il trend della popolazione over 65enne in Regione Lombardia, anni 2004-2014



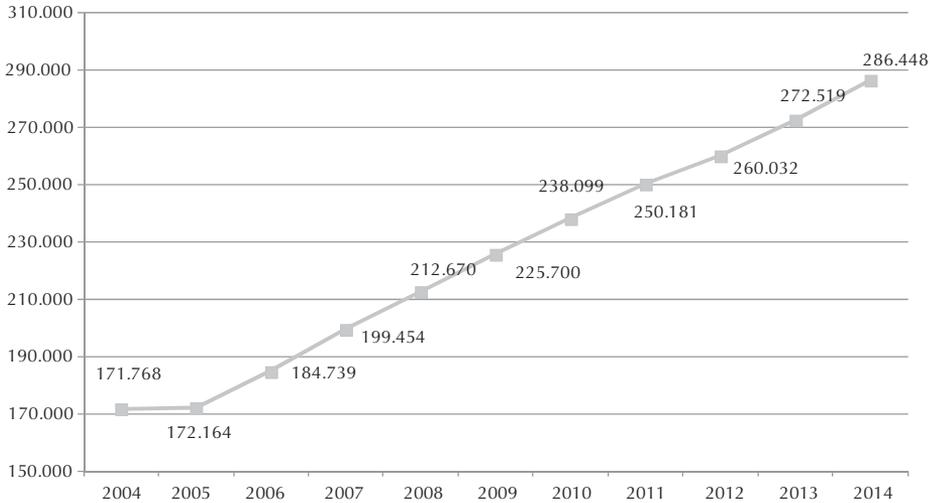
Fonte: Demo Istat – Dati popolazione residente al 1° gennaio di ogni anno.

Figura 2.2 - Il trend della popolazione over 75enne in Regione Lombardia, anni 2004-2014



Fonte: Demo Istat – Dati popolazione residente al 1° gennaio di ogni anno.

Figura 2.3 - Il trend della popolazione over 85enne in Regione Lombardia, anni 2004-2014



Fonte: Demo Istat – Dati popolazione residente al 1° gennaio di ogni anno.

È una crescita che le previsioni per i prossimi decenni non vedono arretrare. Come mostra la Tabella 2.2 in trent'anni il numero di over 85enni si prevede sia pari a 665.361 abitanti, con una crescita rispetto al 2013 del 144,2%.

Tabella 2.2 - Le previsioni di crescita della popolazione anziana in Regione Lombardia, anni 2013-2043

	Over 65enni	Over 75enni	Over 85enni	Totale popolazione
2013	2.069.674	1.003.793	272.519	9.794.525
2023	2.415.892	1.267.354	411.498	10.651.241
2033	2.952.122	1.483.929	539.463	11.041.858
2043	3.506.602	1.903.152	665.361	11.354.590
Variazione 2013-2043	69,4	89,6	144,2	15,9

Fonte: Demo Istat – Previsioni popolazione residente – ScENARIO centrale.

Entrando maggiormente nel dettaglio delle variazioni che si stima si verificheranno per ciascuna delle tre fasce di anziani ma concentrando l'attenzione nei singoli decenni, **possiamo notare come è soprattutto per gli anni a venire che aumenta la quota di popolazione che si presume necessiti di maggiori cure: gli over 85enni saranno, infatti, nel 2023 ben il 51% in più rispetto al dato 2013** (vedi Tabella 2.3).

Tabella 2.3 - Le previsioni di crescita della popolazione anziana in Regione Lombardia, anni 2013-2043

Variazione nel decennio	Over 65enni	Over 75enni	Over 85enni
2013-2023	+16,7	+26,3	+51,0
2023-2033	+22,2	+17,1	+31,1
2033-2043	+18,8	+28,3	+23,3

Fonte: Demo Istat – Previsioni popolazione residente – Scenario centrale.

Se proseguiamo nella nostra analisi operando una distinzione per genere e stato civile, i dati, a conferma di quanto è oramai noto dal punto di vista statistico, mostrano **la forte prevalenza femminile all'interno di ciascuna fascia d'età**, una prevalenza ancor più marcata per la componente over 85enne che vede 205.986 donne, pari al 71,9% contro il 28,1% di uomini.

Un ulteriore fattore osservabile e che vale la pena presidiare è dato, altresì, da quella quota di anziani non coniugati che va a costituire l'universo dei "presumibilmente soli" ⁽⁴⁾, ovvero anche in questo caso un numero progressivamente crescente in termini percentuali di donne: dal 54% di over 65enni al 90% delle over 85enni.

Tabella 2.4 - Dettaglio della popolazione anziana in Regione Lombardia per genere e stato civile, anno 2014

	Uomini			Donne		
	Totale	Di cui: coniugati	Di cui: celibi, divorziati, vedovi	Totale	Di cui: coniugate	Di cui: nubili, divorziate, vedove
Over 65enni (v.a.)	902.254	717.648	184.606	1.229.325	564.908	664.417
<i>Over 65enni (% sul totale)</i>	42,3	79,5	20,5	57,7	46,0	54,0
Over 75enni (v.a.)	393.717	293.674	100.043	654.087	186.982	467.105
<i>Over 75enni (% sul totale)</i>	37,6	74,6	25,4	62,4	28,6	71,4
Over 85enni (v.a.)	80.462	49.128	31.334	205.986	20.652	185.334
<i>Over 85enni (% sul totale)</i>	28,1	61,1	38,9	71,9	10,0	90,0

Fonte: Demo Istat – Dati popolazione residente al 1° gennaio 2014.

Completiamo il quadro socio-demografico fin qui proposto precisando che non si registrano evidenti differenze nelle province lombarde se non **una maggiore presenza dei "grandi anziani" a Pavia, Cremona e Mantova, ri-**

⁽⁴⁾ Utilizziamo in questo caso, prudenzialmente, le parole "presumibilmente soli" in quanto coloro che nelle statistiche rientrano all'interno delle categorie "celibi/nubili, divorziati/e, vedovi/e" possono comunque risultare conviventi con altri familiari, in particolare i figli per coloro in età più anziana.

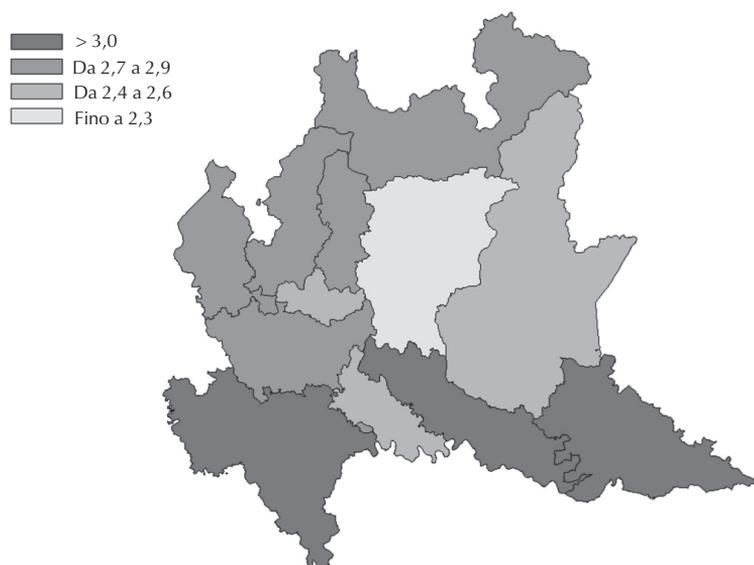
spettivamente con il 3,1%, il 3,3% e il 3,5% sul totale della popolazione, percentuali superiori sia rispetto agli altri territori che alla media regionale del 2,9% sopra riportata.

Tabella 2.5 - Dettaglio della popolazione anziana in Regione Lombardia per Provincia, anno 2013

	Over 65enni		Over 75enni		Over 85enni	
	v.a.	% sul totale della popolazione	v.a.	% sul totale della popolazione	v.a.	% sul totale della popolazione
Bergamo	204.395	18,7	95.712	8,7	25.365	2,3
Brescia	242.675	19,5	115.564	9,3	32.383	2,6
Como	123.115	20,8	60.008	10,1	16.393	2,8
Cremona	80.423	22,2	40.540	11,2	11.797	3,3
Lecco	70.832	20,9	34.073	10,1	9.414	2,8
Lodi	44.124	19,5	21.048	9,3	5.518	2,4
Mantova	91.172	22,2	46.959	11,4	14.369	3,5
Milano	687.976	22,4	332.957	10,8	88.041	2,9
Monza-Brianza	171.861	20,2	81.119	9,5	20.158	2,4
Pavia	125.275	23,2	65.058	12,1	18.559	3,4
Sondrio	38.265	21,1	19.049	10,5	5.331	2,9
Varese	189.561	21,6	91.706	10,5	25.191	2,9

Fonte: Demo Istat – Dati popolazione residente al 1° gennaio 2013.

Figura 2.4 - Distribuzione % della popolazione over 85enne in Regione Lombardia – Dettaglio per Provincia, anno 2013



Fonte: Demo Istat – Dati popolazione residente al 1° gennaio 2013.

In sintesi, i dati e le analisi fin qui riportate mettono quanto mai in evidenza in Regione Lombardia, senza evidenti differenze territoriali, una crescita più che proporzionale, rispetto alle altre fasce di popolazione, della componente degli “ultra 85enni”: nel 2014 rappresentano, infatti, il 66,8% in più rispetto al 2004 e le proiezioni per i prossimi anni ne stimano una presenza che va ulteriormente rafforzandosi con un +51% nel prossimo decennio.

2.2. Gli anziani “potenzialmente fragili”

Proseguiamo nella nostra analisi della domanda di cura in Regione Lombardia attingendo ai dati disponibili a partire dalle fonti ufficiali in merito alla composizione e alle caratteristiche delle famiglie.

Ci sembra opportuno, infatti, meglio circoscrivere quell’area di potenziale fragilità all’interno della quale si collocano le persone in età anziana e che possiamo ricondurre sia ad una povertà relazionale che ad una povertà materiale/economica.

La distribuzione degli over 65enni per tipologia familiare mette in evidenza un primo dato importante: **in Regione Lombardia circa un anziano su tre (il 32,2%) vive da solo**. È questo un elemento di potenziale fragilità da non sottovalutare: la rarefazione delle relazioni familiari, spesso peraltro accompagnata da una scomparsa progressiva dei rapporti di amicizia e vicinato, possono ostacolare una vita attiva in termini di scambi e relazioni sociali che progressivamente potrebbe trasformarsi in una minore cura di sé con conseguenze importanti dal punto di vista del decadimento psico-fisico.

È un dato che se aggregato alla quota di coloro che vivono in coppia senza altri componenti va a costituire un bacino importante (oltre il 70%) di anziani che, nell’eventuale insorgenza di un grave problema di salute, si trovano soli o in compagnia di un coniuge che, come messo in evidenza nel paragrafo precedente, con il progressivo “incalzare” dell’età è altrettanto anziano/a.

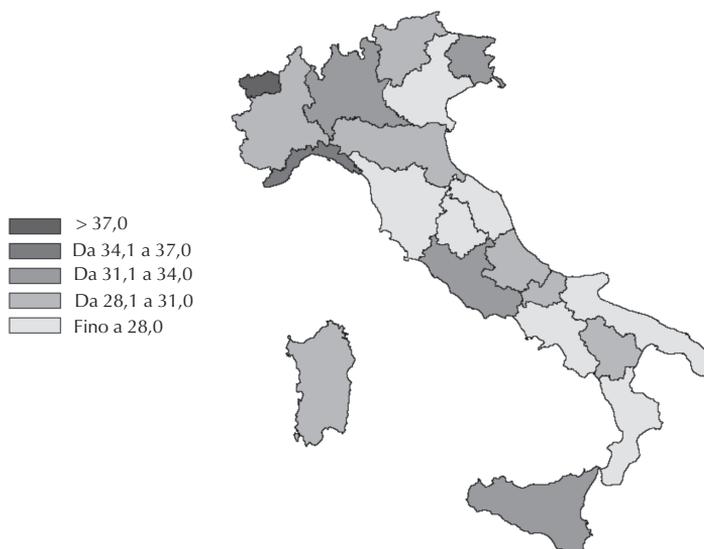
Tabella 2.6 - Distribuzione degli anziani over 65enni per tipo di famiglia

	Lombardia	Italia
Vive solo	32,2	29,6
Vive in coppia senza altri componenti	41,8	40,8
Vive in coppia con uno o più figli	10,6	12,7
Vive senza coniuge con uno o più figli	11,8	13,6
Altro	3,7	3,4
Totale	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni CAPP⁽⁵⁾ su Indagine EU SILC 2012.

Ci sembra interessante comparare la situazione lombarda con quella delle altre Regioni italiane. La Figura 2.5 riporta il dato sulla percentuale degli anziani soli over 65enni: dopo la Val d'Aosta e la Liguria, rispettivamente con valori pari a 39,6% e 35,8%, la Regione Lombardia è insieme a Friuli Venezia Giulia (33,7%), Lazio (31,4%) e Sicilia (31,3%) tra le Regioni in cui questo fenomeno acquista dimensioni maggiori.

Figura 2.5 - Distribuzione % degli anziani over 65enni che vivono da soli – Dettaglio per Regione, anno 2013



Fonte: dati Istat "Health for All - Italia".

⁽⁵⁾ Centro di analisi delle politiche pubbliche. Si ringraziano il prof. Massimo Baldini e il suo staff per le elaborazioni sui dati EU SILC 2012 riportati all'interno di questo capitolo.

Entriamo ora nel dettaglio delle condizioni economiche in cui versano le famiglie con anziani a partire dal dato sulla povertà relativa per tipologia familiare.

L'annuale rilevazione Istat basata sull'analisi dei consumi delle famiglie⁽⁶⁾ rende noto questo dato per il 2013 solo per macro-area geografica. Dalla lettura della Tabella 2.7 relativa al Nord Italia, possiamo osservare che **le famiglie con anziani, sia soli, sia in coppia con il coniuge**, sebbene siano in condizioni peggiori rispetto alle famiglie con persona di riferimento in età inferiore a 65 anni, **non sono tra le tipologie familiari maggiormente a rischio di povertà**. L'incidenza della povertà relativa vediamo, infatti, che registra un 4,0% per la tipologia "Persona sola con 65 anni o più" (contro l'1,1% per la "Persona sola con meno di 65 anni") e il 4,6% per la tipologia "Coppia senza figli con p.r. con 65 anni o più" (contro il 2,7% per "Coppia senza figli con p.r. con meno di 65 anni"). Trattasi, tuttavia, di valori inferiori alla media del Nord Italia (pari al 6,0%) e decisamente distanti dalla percentuale del 21,9% registrata dalle famiglie con tre e più figli, ovvero la tipologia familiare che con maggiore frequenza si può trovare in una condizione di povertà relativa.

Osservando, inoltre, questo dato per l'ultimo quinquennio (anni 2008-2013) possiamo notare **come le famiglie con a capo un over 65enne abbiano complessivamente "tenuto" di fronte alla crisi economica e questo in particolar modo riguarda le "coppie di pensionati"**: se nel 2008 rappresentavano il 6,5% delle famiglie povere in senso relativo, nel 2013 registrano un calo pari al -29,2.

Tabella 2.7 - I dati sulla povertà relativa per tipologia familiare – Dato per il Nord Italia, anni 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variazione anni 2008-2013
Persona sola con meno di 65 anni	1,5	1,8	1,2	1,2	2,6	1,1	-26,7
Persona sola con 65 anni o più	4,6	4,9	4,7	5,4	4,2	4,0	-13,0
Coppia senza figli con p.r. con meno di 65 anni	1,7	3,1	2,1	2,0	3,8	2,7	58,8
Coppia senza figli con p.r. con 65 anni o più	6,5	6,3	7,1	5,9	5,4	4,6	-29,2
Coppia con 1 figlio	4,6	4,1	4,3	4,8	7,4	6,3	37,0
Coppia con 2 figli	6,9	7,4	5,9	5,7	8,4	10,0	44,9
Coppia con 3 e più figli	11,2	10,1	11,5	10,0	13,6	21,9	95,5
Monogenitore	6,4	5,8	7,4	7,8	7,8	7,1	10,9
Altro	10,9	9,7	12,1	11,9	16,3	16,9	55,0
Totale Nord Italia	4,9	4,9	4,9	4,9	6,2	6,0	22,4

Fonte: Istat – Dati sulla povertà relativa.

(6) Vedi i dati Istat sulla povertà relativa in Italia su <http://www.istat.it/it/archivio/poverta>.

Per poter entrare maggiormente nel merito del contesto lombardo possiamo fare ricorso al quadro emerso dall'indagine svolta nell'ambito del progetto EU SILC⁽⁷⁾.

Il dato riportato a Tabella 2.8 e relativo al tasso di diffusione della povertà economica mette in evidenza come se in Italia sono povere 17,8 persone su 100, in Lombardia questa percentuale è sensibilmente inferiore e pari al 7,2%. Similmente a quanto registrato a livello nazionale, anche in Lombardia il rischio di povertà è inferiore per gli anziani rispetto al resto della popolazione, tanto che solo il 3,1% degli anziani lombardi vive in famiglie con reddito equivalente inferiore alla soglia nazionale della povertà relativa⁽⁸⁾.

Tabella 2.8 - Tasso di diffusione della povertà tra gli individui

	Totale popolazione residente	Popolazione over 65enni	Popolazione fino a 65 anni
Lombardia	7,2%	3,1%	8,3%
Italia	17,8%	8,1%	20,4%

Fonte: elaborazioni CAPP su Indagine EU SILC.

Il basso rischio di povertà per gli anziani, è opportuno precisare, è dovuto anche alla inclusione, nel reddito, del valore dell'affitto imputato sull'abitazione di proprietà. Questo abbassa la quota di anziani poveri perché la propensione al possesso dell'abitazione aumenta con l'età.

⁽⁷⁾ Il progetto EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*, Regolamento del Parlamento europeo, n. 1177/2003) costituisce una delle principali fonti di dati per i rapporti periodici dell'Unione Europea sulla situazione sociale e sulla diffusione della povertà nei Paesi membri. A partire dal 2007 l'indagine, oltre ai redditi netti, fornisce anche la stima dei redditi lordi, permettendo di calcolare i principali indicatori economico-sociali (povertà relativa, persistenza nello stato di povertà, dispersione intorno alla linea di povertà, disuguaglianza dei redditi) prima e dopo l'imposizione fiscale e i trasferimenti sociali. Le elaborazioni di seguito riportate sono state effettuate dal CAPP sui redditi 2011.

⁽⁸⁾ Si precisa che il reddito equivalente è dato dal reddito familiare diviso per una scala di equivalenza, al fine di tener conto delle economie di scala familiari. Le elaborazioni riportate all'interno di questo paragrafo hanno utilizzato come riferimento la "Scala OCSE modificata".

Riportiamo in Tabella 2.9, allo scopo di completare questa informazione, il dato relativo alla percentuale di anziani che vivono in abitazione di proprietà, ovvero in Lombardia il 76,6%.

Tabella 2.9 - Distribuzione degli anziani per titolo di godimento dell'abitazione

	Lombardia	Italia
Affitto	12,9%	11,4%
Proprietà	76,6%	79,0%
Usufrutto	5,0%	5,2%
Uso gratuito	5,6%	4,5%
Totale	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni CAPP su Indagine EU SILC.

Le famiglie lombarde in cui si trova almeno un anziano hanno un reddito disponibile medio annuo (compreso il valore dei fitti imputati sull'abitazione in proprietà) di € 37.376, mentre in Italia le famiglie con almeno un anziano hanno un reddito disponibile medio di € 34.238, registrando così una differenza di segno negativo di circa il 9%. **Le famiglie con anziani in Regione Lombardia si trovano, dunque, a disporre di un reddito medio annuo maggiore rispetto alle corrispettive famiglie italiane.**

Volendo offrire una elaborazione più "raffinata", possiamo distribuire la popolazione anziana all'interno di "quintili" di reddito calcolati a livello nazionale, ovvero possiamo ordinare le famiglie di over 65enni per livelli di reddito via via crescenti, a partire dal quintile più povero a quello più ricco, dove ciascun quintile raccoglie una quota di popolazione pari al 20%.

Se, così, compariamo la distribuzione della popolazione anziana lombarda con quanto emerge nel complesso a livello nazionale (vedi Tabella 2.10), possiamo notare, in particolare, che **solo il 4% degli over 65enni lombardi è compreso nel "quintile" più povero degli italiani, contro il 10,5% del totale degli anziani italiani.** Va aggiunto che, comunque, anche in Italia sono pochi gli anziani che si trovano nella fascia più bassa della distribuzione, ciò ad indicare che la spesa sociale, notoriamente concentrata sulle pensioni di varia natura, riesce a preservare la gran parte degli anziani dal rischio di povertà.

Tabella 2.10 - Distribuzione degli anziani per “quintili” di reddito⁽⁹⁾

	% Lombardia	% Italia
1° quintile	4,0	10,5
2° quintile	18,8	22,9
3° quintile	28,5	25,4
4° quintile	22,7	21,7
5° quintile	26,0	19,6
Totale	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni CAPP su Indagine EU SILC.

Al fine di integrare i dati principalmente quantitativi fin qui riportati, ci sembra interessante, infine, richiamare qual è il dato percettivo che gli anziani hanno in merito alla propria condizione economica. La Tabella 2.11 riporta la distribuzione delle risposte emerse nell’ambito sempre dell’indagine EU SILC alla domanda “Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, come riesce ad arrivare alla fine del mese?”.

Se abbiamo conferma che le condizioni economiche degli anziani lombardi sono sicuramente migliori di quelle medie registrate a livello nazionale, tuttavia, **anche la maggioranza degli anziani in Lombardia denuncia almeno qualche difficoltà ad arrivare alla fine del mese**: se sommiamo le percentuali registrate alle prime tre voci, notiamo infatti che raccolgono il 67,1% della popolazione over 65enne lombarda.

Tabella 2.11 - Difficoltà della popolazione anziana nell’arrivare alla fine del mese

	% Lombardia	% Italia
Con grande difficoltà	10,9	13,7
Con difficoltà	12,7	21,1
Con qualche difficoltà	43,5	39,6
Abbastanza facilmente	26,7	20,4
Facilmente	5,6	4,8
Molto facilmente	0,6	0,5
Totale	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni CAPP su Indagine EU SILC.

⁽⁹⁾ Si precisa che i “quintili” riportati sono costruiti sul reddito che include i trasferimenti assistenziali.

È una condizione di difficoltà che gli anziani intercettati dall'indagine affrontano complessivamente ricorrendo solo minimamente all'aiuto di altri familiari. Alla domanda "Negli ultimi 12 mesi, è capitato che, per far fronte a momenti di particolare difficoltà economica, lei abbia ricevuto aiuto da qualcuno non coabitante con prestiti o regali in denaro?" meno di uno su dieci (il 7,7%) ha risposto positivamente.

Tabella 2.12 - Ricorso all'aiuto di familiari in caso di difficoltà economiche

	% Lombardia	% Italia
Sì, spesso	2,5	2,4
Sì, qualche volta	3,6	4,1
Sì, raramente	1,6	1,8
No, mai	92,4	91,8
Totale	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni CAPP su Indagine EU SILC.

A offrire supporto in caso di difficoltà, trova conferma il ruolo prevalente dei figli: di fatto gli anziani in difficoltà economica ricevono aiuto, sia in Lombardia che in Italia, solo da figli e, anche se in misura molto inferiore, dai fratelli. Le altre possibili fonti di aiuto economico emergono dall'indagine come del tutto residuali.

Ripercorrendo i dati illustrati in questo paragrafo possiamo evidenziare come per la popolazione anziana in Regione Lombardia l'"essere soli" sia una componente importante. Se, da un lato, pare abbia rappresentato una sorta di "tutela" che ne ha preservato le condizioni economiche evitandone il peggioramento (come avvenuto ad esempio e in modo marcato per le famiglie con tre e più figli), dall'altro rappresenta un elemento di potenziale fragilità in quanto, se associato ad altri fattori concomitanti, progressivamente potrebbe trasformarsi in una minore cura di sé con conseguenze importanti dal punto di vista del decadimento psico-fisico.

2.3. Gli anziani non autosufficienti

Nonostante l'invecchiamento della popolazione, il tasso di anziani lombardi con limitazioni funzionali è in calo. Secondo i più recenti dati Istat⁽¹⁰⁾,

⁽¹⁰⁾ L'indagine campionaria "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2013" si inserisce nel Sistema delle indagini multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993 e

riferiti al 2013, si trova in questa condizione il 15,7% delle persone di almeno 65 anni residenti in Lombardia. Si tratta di un dato in diminuzione di circa due punti percentuali rispetto al 2005 e nettamente inferiore alla media italiana, pari al 19,8%. Applicando il tasso lombardo alla popolazione anziana presente in Regione al 1° gennaio 2014 si ottiene una stima di circa **335.000 anziani con limitazioni funzionali** (Tabella 2.13).

Con il termine “limitazioni funzionali”, che ha sostituito quello di disabilità utilizzato fino all’indagine del 2005, l’Istat fa riferimento alla popolazione che presenta le difficoltà in alcune specifiche dimensioni: fisica, riferibile alle funzioni del movimento e della locomozione; di autonomia nelle funzioni quotidiane, che si riferisce alle attività di cura della persona; di comunicazione, che riguarda le funzioni della vista, dell’udito e della parola. Sono previste quattro tipologie di limitazioni funzionali:

- *Confinamento*: la costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici. Si trova in questa condizione il 7,9% degli anziani lombardi, corrispondente a 168.395 individui.
- *Difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana*: completa assenza di autonomia nello svolgimento delle attività essenziali quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo. Questa condizione di difficoltà riguarda il 9,5% degli ultra 65enni in Lombardia, pari a 202.500 persone.
- *Difficoltà nel movimento*: riguarda le persone che hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste o non sono in grado di camminare), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra. Gli anziani lombardi con questo tipo di limitazioni sono il 7,7%, pari a 164.132 persone.
- *Difficoltà della comunicazione*: limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l’uso di apparecchi acustici), limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza), difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà). Presentano questo tipo di problemi il 3,5% degli anziani lombardi (74.605 persone).

viene ripetuta con cadenza pressoché quinquennale. Vengono rilevate informazioni sullo stato di salute (presenza di patologie croniche, disabilità), su alcuni determinanti della salute (abitudine al fumo, attività fisica, eccesso di peso, prevenzione) e sul ricorso ai servizi sanitari (visite mediche, ricoveri, day hospital, accertamenti diagnostici, ecc.).

Tabella 2.13 - Gli anziani con limitazioni funzionali in Lombardia, anno 2014 (valori percentuali e assoluti, persone di 65 anni e più)

	%	N.
Con limitazioni funzionali	15,7	334.658
<i>Confinamento individuale</i>	7,9	168.395
<i>Limitazioni nelle funzioni quotidiane</i>	9,5	202.500
<i>Limitazioni nel movimento</i>	7,7	164.132
<i>Limitazioni di vista, udito e parola</i>	3,5	74.605

NOTA: gli anziani cumulano più tipi di limitazioni funzionali, quindi il totale non corrisponde alle singole voci.

Fonte: elaborazione su dati Istat, Indagine multiscopo condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2013 (tassi standardizzati) e Istat, Popolazione residente al 1° gennaio 2014.

È importante precisare che nell'ambito di questa rilevazione dell'Istat la popolazione osservata non include le persone residenti permanentemente in residenze, di conseguenza la stima derivante dall'indagine si riferisce esclusivamente alle persone che vivono in famiglia. Lo strumento di rilevazione inoltre, come si legge nella nota metodologica dell'indagine, consente solo in modo parziale di cogliere le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche e ad insufficienze mentali. Si tratta quindi di un dato che sottostima un po' il fenomeno della non autosufficienza fra le persone anziane. Aggiungendo ai 335.000 anziani con limitazioni funzionali i 59.418 anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari si ottiene un insieme di 394mila anziani con problemi di autosufficienza (secondo la Regione Lombardia, gli anziani non autosufficienti e/o fragili in Regione sono 380mila)⁽¹⁾.

Un dato importante riguardante gli anziani lombardi è quello inerente la diffusione della demenza, uno stato di progressivo decadimento delle funzioni cognitive riconducibile ad una patologia organica che porta il paziente ad una graduale perdita dell'autonomia funzionale. Mentre gli anziani possono restare ragionevolmente indipendenti anche con una disabilità fisica marcata, l'insorgenza di deficit cognitivo compromette rapidamente la loro capacità di svolgere compiti complessi, ma essenziali, e di soddisfare le esigenze basilari connesse alla cura personale (Alzheimer's Disease International, 2013). Nel quadro globale delle demenze neurodegenerative, la malattia di Alzheimer è in assoluto la forma più frequente nella popolazione anziana (54% di tutte le demenze neurodegenerative) (Comitato nazionale per la bioetica, 2014).

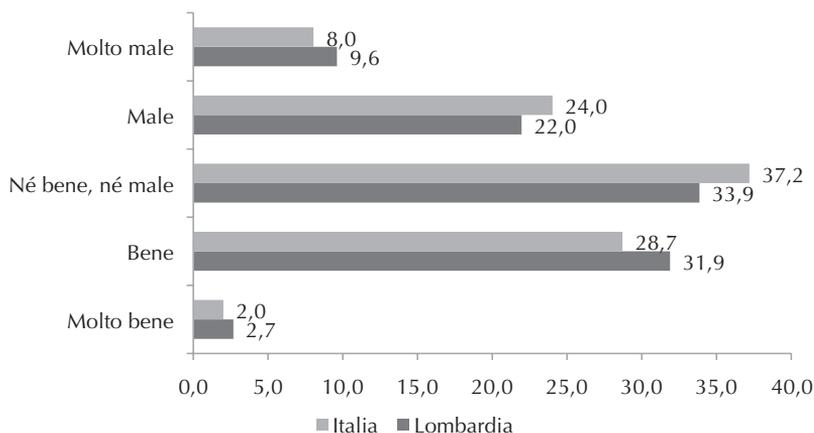
L'Istat stima che siano affetti da Alzheimer o da demenze senili circa

⁽¹⁾ Regione Lombardia, d.G.r. n. 2655/2014.

66mila anziani in Lombardia, corrispondenti a circa il 3% delle persone di almeno 65 anni residenti nella Regione (Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2013)⁽¹²⁾. Si tratta di un dato che contrasta con gli studi internazionali sul tema, secondo cui la prevalenza nei paesi industrializzati è circa l'8% fra gli ultra 65enni, per salire ad oltre il 40% dopo gli 80 anni. In Italia sarebbero oltre 1 milione le persone affette da demenza, di cui circa 600mila colpite dal morbo di Alzheimer⁽¹³⁾. Facendo le debite proporzioni si può stimare in Lombardia la presenza di **circa 170mila anziani affetti da demenze, di cui circa 92mila da Alzheimer**. Questo dato si avvicina molto alle 200mila persone affette da Alzheimer o altri tipi di demenza, prevalentemente di età superiore a 65 anni, considerate dalla Regione Lombardia (d.G.r. n. 1185 del 2013).

Al termine di questa analisi sulla condizione di non autosufficienza degli anziani in Lombardia, ci pare importante considerare anche il giudizio sul proprio stato di salute da parte degli anziani stessi. L'analisi dei dati raccolti attraverso la già citata indagine EU-SILC mostra, in proposito, una situazione piuttosto polarizzata: in Lombardia, rispetto al resto d'Italia, è maggiore sia la quota di anziani che si sente molto male, sia (soprattutto) quella di chi si sente bene e molto bene (Figura 2.6).

Figura 2.6 - "Come va in generale la Sua salute?" (valori percentuali, persone di 65 anni e più)



Fonte: elaborazioni CAPP su Indagine EU SILC.

⁽¹²⁾ Le malattie croniche, fra cui rientrano l'Alzheimer e le demenze senili, sono rilevate dall'Istat sulla base della dichiarazione resa degli intervistati.

⁽¹³⁾ I dati sono contenuti nel documento della Conferenza unificata relativo all'Accordo sul "Piano nazionale delle demenze", ottobre 2014.

2.4. I caregiver

Chi si prende cura degli anziani non autosufficienti in Lombardia? I servizi pubblici, come noto, sono in grado di prendere in carico solo una parte delle persone anziane bisognose di cura, e le prestazioni domiciliari più consolidate (Assistenza domiciliare integrata e i Servizi di assistenza domiciliare comunali) sono perlopiù assegnate solo per qualche ora alla settimana (Tabella 2.14; cfr. cap. 6).

Tabella 2.14 - Anziani utenti di alcuni servizi in Lombardia (valori assoluti e percentuali, persone di 65 anni e più)

Servizio	N.	%
Assistenza domiciliare integrata – Adi	80.045	3,9
Servizi di assistenza domiciliare comunali – Sad	31.699	1,6
Assistenza residenziale per non autosufficienti	59.418	2,9

Fonte: dati Istat, Ministero della salute, Sistema informativo sanitario, anno 2012; Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, anno 2011; elaborazioni su dati Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anno 2012.

Le cure in ambito familiare sono dunque preponderanti nell'assistenza alle persone non autosufficienti. In primo luogo è il partner a farsi carico della cura, ma quando esso non è disponibile subentrano altre figure parentali, soprattutto le figlie femmine, mentre il figlio maschio tende a svolgere prevalentemente una funzione di compagnia (Micheli, 2013).

La stima del numero di caregiver che proponiamo include i “caregiver primari”, ossia coloro che in maniera più significativa in termini di impegno e di tempo si prendono cura della persona non autosufficiente, ma anche gli altri caregiver informali che offrono aiuto in maniera meno intensa. Alla figura del caregiver primario, i suoi sentimenti e i suoi bisogni sarà riservato spazio nel prossimo capitolo, dedicato all'indagine sulle famiglie.

I dati più puntuali sui caregiver, attualmente disponibili, sono desunti dalla Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Si tratta di una banca dati multidisciplinare e multipaese di dati individuali sulla salute, lo *status* socio-economico e le relazioni sociali e familiari degli ultracinquantenni, basata su un campione che supera le 85mila persone; le rilevazioni sono condotte in venti Paesi europei con cadenza biennale. Secondo questi dati, nel 2010 in Italia il 19,7% delle persone di almeno 50 anni ha riferito di prestare aiuto in maniera informale a familiari, amici o vicini (conviventi o meno) nello svolgimento delle attività quotidiane. L'aiuto è prestato, su base giorno-

liera o settimanale, nelle attività di base della vita quotidiana (ADL – Activities of Daily Living), come muoversi da una stanza all'altra, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, usare i servizi per fare i propri bisogni, e nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL – Instrumental Activities of Daily Living), come prendere le medicine, fare la spesa, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, ecc. La maggior parte dei caregiver informali è donna (65,6%). Applicando questi tassi ai residenti in Lombardia nel 2014 stimiamo che nel complesso vi siano circa 800mila individui di 50 anni e più che aiutano regolarmente altre persone nello svolgimento delle attività quotidiane, in maniera più o meno intensa (Tabella 2.15).

Tabella 2.15 - Stima dei caregiver informali in Lombardia, anno 2014 (persone di 50 anni e più, valori percentuali e assoluti)

	%	N.
Persone di 50 anni e più che riferiscono di prestare aiuto	19,7	807.288
– di cui donne	65,6	529.581

Fonte: elaborazione su dati SHARE, 2010 e Istat, Popolazione residente al 1° gennaio 2014.

Va precisato che l'aiuto, anche su base quotidiana, può essere prestato per un tempo variabile e che gli assistiti non sono esclusivamente persone anziane. Il risultato, in ogni caso, dà conto di un coinvolgimento molto significativo dei familiari nell'accudimento delle persone bisognose di assistenza, in particolar modo da parte delle donne. In base ai risultati della nostra indagine (cfr. cap. 3), che individuano per ciascun anziano una sola persona che se ne prende cura in maniera preponderante, stimiamo che fra gli 800mila caregiver informali, **i "caregiver primari" di persone anziane non autosufficienti siano circa 340mila.**

Se nei Paesi in cui i servizi di *long-term care* sono sviluppati, il lavoro di cura genera importanti opportunità di lavoro per le donne, in quelli dove lo sono poco, come l'Italia, la cura informale può rappresentare un impedimento alla partecipazione al mercato del lavoro. Va inoltre sottolineato che, secondo alcuni studi europei⁽¹⁴⁾, le donne sole che si prendono cura di persone anziane in maniera intensa tendono ad avere un reddito nettamente inferiore a quelle che non sono gravate da un tale carico di cura, incorrendo nel rischio di povertà in età avanzata (Social Protection Committee, 2014).

⁽¹⁴⁾ VIITANEN, T.K. (2005). *Informal Elderly care and female labour force participation across Europe*. ENEPRI Research Report, 13, July.

L'impatto dell'assistenza sulla vita dei caregiver è molto significativo, non solo dal punto di vista organizzativo ed economico, ma anche psicologico. L'analisi di novantatre studi¹⁵ inerenti i sintomi di depressione tra i caregiver e i non caregiver ha mostrato livelli significativamente più elevati tra i primi, e una differenza ancor più consistente nel caso dei caregiver di persone affette da demenza (Alzheimer's Disease International, 2013). Se essere caregiver informale aumenta il rischio di soffrire di disturbi mentali, per le donne che si prendono cura dei genitori anziani questo rischio cresce significativamente passando dai Paesi del Nord Europa a quelli mediterranei, in cui i servizi di long-term care sono limitati e la cura informale è ancora la principale fonte di sostegno per i non autosufficienti (Brenna, Di Novi, 2013).

Una particolare attenzione andrebbe dunque posta ai caregiver degli anziani, in particolare di quelli affetti dalle demenze, dato che in questi casi la necessità di sostegno inizia presto e si intensifica rapidamente con la progressione della malattia.

2.5. Le proiezioni della non autosufficienza

Rapido aumento del numero di anziani, soprattutto nelle classi d'età più elevate, e ridimensionamento della platea dei potenziali caregiver sul lungo periodo sono le tendenze che la demografia delinea per gli anni a venire. È invece piuttosto dibattuta l'ipotesi che l'accresciuta longevità vada di pari passo ad uno slittamento in avanti dell'età di inizio delle fragilità (compressione della morbilità) e che dunque la quota di popolazione bisognosa d'aiuto rimanga di fatto costante (Micheli, 2013).

Alcuni studi internazionali sembrano disegnare un futuro più roseo per quanto concerne l'incidenza della non autosufficienza, ma non mancano risultati che vanno nella direzione opposta. Ad esempio, la revisione dei dati dell'indagine condotta in 12 paesi OCSE⁽¹⁶⁾ ha messo in luce un declino della disabilità tra gli anziani solo in Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi e

⁽¹⁵⁾ PINQUART, M., SORENSEN, S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology, Series B, Volume 58, Issue 2, 112-128.*

⁽¹⁶⁾ LAFORTUNE, G., BALESTAT, G. (2007). *Disability Study Expert Group Members. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications.* Paris: OECD Health Working Papers.

Stati Uniti; in Belgio, Giappone e Svezia la prevalenza della grave disabilità tra le persone di età superiore a 65 anni pare aumentata nel corso del decennio analizzato; in Australia e Canada la prevalenza sembra essere stabile. Un altro studio⁽¹⁷⁾, riferito agli Stati Uniti, ha delineato una compressione della morbilità solo per la popolazione con livelli di istruzione più elevati (Alzheimer's Disease International, 2013). Gli ultimi dati Istat mostrano una riduzione della percentuale di anziani con limitazioni funzionali in diverse Regioni, fra cui come abbiamo visto la Lombardia, ma anche un peggioramento in altre (Puglia, Sardegna, Campania, Umbria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Trento). Rispetto al tema delle demenze, le speranze che nel futuro l'incidenza della malattia possa ridursi vengono dai progressi della ricerca scientifica, come quella riguardante l'arresto della diffusione di una sostanza tossica nel cervello che potrebbe permettere di controllare il danno neuronale e quindi evitare la comparsa della demenza (Trabucchi, 2012).

Limitandoci ai dati di cui oggi disponiamo, proviamo a stimare il numero di anziani lombardi non autosufficienti al 2030 applicando alla popolazione anziana prevista dall'Istat per quell'anno il tasso odierno di anziani lombardi con limitazioni funzionali, non ricoverati in struttura (15,7%). Il risultato indica la presenza di **432mila anziani con problemi di autosufficienza nel 2030**, circa 97mila in più nell'arco di un quindicennio (Tabella 2.16).

Tabella 2.16 - Proiezione degli anziani con limitazioni funzionali in Lombardia, anno 2030 (valori assoluti)

	2014	2030	Var. 2030-2014
Anziani 65+ con limitazioni funzionali	334.658	432.197	+97.539

Fonte: elaborazione su dati Istat, Indagine multiscopo condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2013; Istat, Popolazione residente al 1° gennaio 2014 e Istat, Previsioni della popolazione al 2030 (ipotesi centrale).

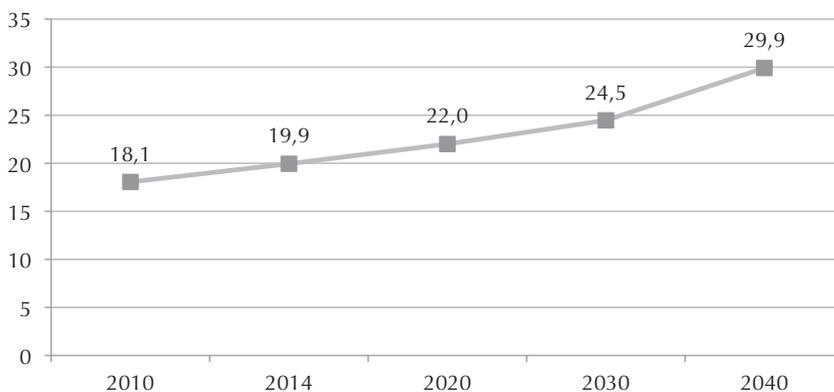
Il semplice calcolo che abbiamo proposto si riferisce agli anziani con limitazioni funzionali non ricoverati in struttura, assumendo che la quota di anziani non autosufficienti ricoverati rimanga costante nel tempo (2,9% degli ultra 65enni), ma non è affatto scontato che ciò avvenga. Il quadro al 2030,

⁽¹⁷⁾ HOUSE, J.S., LANTZ, P.M., HERD, P. Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study). *The Journals of Gerontology, Series B, Volume 60, Special Issue 2*, 15-26.

dunque, potrebbe essere caratterizzato da un numero ancora maggiore di anziani non autosufficienti accuditi a domicilio.

Chi si prenderà cura di loro? Se analizziamo l'andamento della popolazione in due classi, da 50 a 74 anni (che possiamo definire quella dei potenziali caregiver) e dagli 80 anni in su (quella dei potenziali non autosufficienti), osserviamo un aumento del numero di anziani a carico (Figura 2.7).

Figura 2.7 - Anziani di 80 anni e più ogni 100 persone di 50-74 anni, in Lombardia, anni 2010-2040



Fonte: elaborazione su dati Istat, Popolazione residente e Previsioni della Popolazione, anni vari.

La riduzione della disponibilità di familiari caregiver è una tendenza che investirà diffusamente i paesi occidentali (Colombo *et al.*, 2011). È importante sottolineare che ai cambiamenti demografici, illustrati anche nei paragrafi precedenti, si associano **mutamenti sociali** che avranno un impatto significativo sulla cura informale delle persone anziane (Social Protection Committee, 2014):

- l'aumento dei divorzi e delle separazioni rende più probabile che le persone anziane di domani siano sole, piuttosto che in coppia;
- la diminuzione del numero di figli farà sì che gli anziani potranno contare su un numero molto ristretto di persone potenzialmente in grado di fornire assistenza;
- i figli tendono a rimanere in famiglia più a lungo, quando la salute dei genitori dovrebbe essere ancora relativamente buona, ma una volta usciti di casa tendono più frequentemente che in passato a vivere lontano, rendendo la cura quotidiana impraticabile;
- aumentano rispetto al passato le donne che lavorano, e crescono quelle il cui reddito è il principale sostegno per la famiglia, dunque il tempo che esse potranno dedicare alla cura informale andrà verosimilmente riducendosi;

- le persone tendono a lavorare più a lungo, a fronte dell'aumento dell'età pensionabile, dunque la loro disponibilità alla cura potrebbe ridursi rispetto ad oggi.

Gli anni futuri, dunque, vedranno crescere la domanda di cura da parte di persone anziane non autosufficienti, a fronte di risorse di *care* familiare che andranno assottigliandosi. È verosimile, pertanto, che ai caregiver informali sarà richiesta un'assistenza più intensa, e che in assenza di un maggiore sostegno da parte dei servizi aumenteranno ulteriormente i rischi per la loro salute e lo svantaggio occupazionale/economico cui sono soggetti (Colombo *et al.*, 2011).

2.6. Considerazioni conclusive

La popolazione in età anziana è in costante e progressivo aumento, in particolare per la fascia d'età di coloro che sono noti come "grandi anziani". È un fenomeno che caratterizza la Regione Lombardia, così come accade in Italia oramai da decenni, e che vede in particolare nei prossimi anni la crescita di proporzioni maggiori.

Sebbene i dati disponibili mettano in evidenza come le famiglie con anziani in Regione Lombardia abbiano complessivamente "tenuto" di fronte alla crisi economica, da un punto di vista percettivo anche la maggioranza degli anziani lombardi denuncia almeno qualche difficoltà ad arrivare alla fine del mese. È una condizione di difficoltà che gli anziani affermano di affrontare complessivamente in solitudine, ricorrendo solo minimamente all'aiuto di altri familiari (in particolar modo, i figli).

Per gli anni a venire, parallelamente allo scenario contrassegnato da un rapido aumento del numero di anziani, le proiezioni demografiche disegnano un assottigliamento dei potenziali caregiver sul lungo periodo.

Oggi in Lombardia si contano 335mila anziani con limitazioni funzionali accuditi a domicilio. I caregiver informali di almeno 50 anni che forniscono aiuto ad altri nello svolgimento delle attività quotidiane, con una intensità variabile, sono circa 800mila, e all'interno di questa cerchia allargata stimiamo che i "caregiver primari" di anziani non autosufficienti siano circa 340mila.

Il futuro vedrà crescere il divario fra il numero delle persone potenzialmente bisognose di cura (rappresentate dalla popolazione di almeno 80 anni) e quelle potenzialmente in grado di accudirle, anche solo parzialmente (rap-

presentate dalla popolazione tra 50 e 74 anni): se oggi su 100 potenziali caregiver gravano circa 20 ultraottantenni, nel 2030 questi ultimi saliranno a 24,5 e nel 2040 arriveranno a 30.

Sul ridimensionamento delle risorse di cura informale incidono fortemente anche i cambiamenti sociali in atto, quali l'aumento dei divorzi e delle separazioni, la riduzione del numero di figli, il più frequente allontanamento dei figli dal luogo di residenza dei genitori, l'incremento delle donne che lavorano, l'allungamento dell'età pensionabile (Social Protection Committee, 2014). Fattori che contribuiranno a rendere in un certo senso "più soli" gli anziani di domani.

L'ipotesi che all'accresciuta longevità si associ uno slittamento in avanti dell'età di inizio delle fragilità (compressione della morbilità) è piuttosto dibattuta fra gli studiosi. Non sarebbe pertanto prudente per i responsabili politici contare su future riduzioni nella prevalenza della grave disabilità tra gli anziani per compensare la crescente domanda di assistenza a lungo termine⁽¹⁸⁾. I dati che abbiamo presentato suggeriscono invece la necessità di potenziare i servizi per sostenere maggiormente i caregiver e le persone anziane da essi accudite, ponendo una particolare attenzione a chi deve fronteggiare le demenze.

Bibliografia

- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (2013). *World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia*. Alzheimer's Disease International (ADI). London.
- BRENNA, E., DI NOVI, C. (2013). *Is caring for elderly parents detrimental for women's mental health? The influence of the European North-South gradient*. In: Working Paper Series. Dipartimento di economia e finanza. Università Cattolica del Sacro Cuore. Milano.
- COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J., TJADENS, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (2014). *Le demenze e la malattia di Alzheimer, considerazioni etiche*. 20 giugno 2014.
- CONFERENZA UNIFICATA (2014). *Accordo sul "Piano nazionale delle demenze"*. Ottobre.

⁽¹⁸⁾ Questa raccomandazione si trova anche nelle conclusioni dello studio OECD sulla prevalenza della grave disabilità fra gli anziani in 12 Paesi (v. nota 16).

- ISTAT (2011). *Conciliazione tra lavoro e famiglia – Anno 2010*. Testo integrale e tavole di dati. www.istat.it/it/archivio/48912.
- ISTAT (2014). *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati - Anno 2011*. Tavole di dati.
- ISTAT (2014). *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – Anno 2012*. Testo integrale e tavole di dati. www.istat.it/it/archivio/141572.
- ISTAT (2014). *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale, anno 2012*.
- ISTAT (2014). *Health for All – Italia – Sistema informativo territoriale su Sanità e Salute – Versione dicembre 2014*. <http://www.istat.it/it/archivio/14562>.
- MICHEL, G.A. (2013). *Anziani, relazioni di cura e affetti*. In: PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. (a cura di). *Badare non basta*, Roma: Ediesse, 57-73.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
- PASQUINELLI, S., BARBOT, M. (2001). *Anziani, reti di cura e servizi alla persona*. In: GORI, C. (a cura di). *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*. Milano: Franco Angeli, 51-83.
- SOCIAL PROTECTION COMMITTEE – EUROPEAN COMMISSION (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. Luxembourg: European Union. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724>.
- TRABUCCHI, M. (2012). *Alzheimer Caffè: la ricchezza di una esperienza*. UniCredit Foundation. www.unicreditfoundation.org/it/publications/alzheimer-caffe-la-ricchezza-di-una-esperienza.html.

3. Il lavoro muto. Indagine sui caregiver familiari lombardi

Marcella Sala, Daniela Mesini e Sergio Pasquinelli

3.1. Introduzione

Chi sono i caregiver degli anziani non autosufficienti in Lombardia? Che tipo di assistenza forniscono? Qual è l'intensità del loro impegno? Che bisogni e fatiche esprimono? Lo abbiamo chiesto direttamente a coloro che si occupano abitualmente, in modo informale e generalmente gratuito, delle cure e dell'assistenza agli anziani ⁽¹⁾, con un duplice scopo: da un lato, dare voce ad un mondo spesso confinato fra le mura domestiche, poco consapevole del valore dell'attività che svolge e talvolta restio a esprimere le proprie insoddisfazioni ed esigenze; dall'altro evidenziare alcuni aspetti utili per formulare proposte di miglioramento del lavoro di cura a domicilio.

La letteratura internazionale ha indagato a fondo aspetti specifici dell'attività di cura, quali la relazione esistente fra essere caregiver e soffrire di disturbi di salute mentale (Shulz e Beach, 1999; Vitaliano *et al.*, 2003; Reinhard *et al.*, 2008; Shulz e Sherwood, 2008; Brenna e Di Novi, 2013), o la possibilità di misurare i bisogni dei caregiver oltre a quelli dell'anziano (Simonton, 1987; Zuluaga, 2000). A differenza dei suddetti studi, la ricerca che abbiamo realizzato non approfondisce un aspetto specifico dell'attività di cura, ma intende ricostruirne un quadro il più possibile completo, focalizzandosi sulle principali caratteristiche e dimensioni dell'attività di cura delle famiglie, con un particolare approfondimento sul ruolo dei caregiver.

Nelle pagine seguenti si riportano i risultati più significativi emersi ⁽²⁾. I

⁽¹⁾ Sono state realizzate 512 interviste CATI a caregiver di anziani lombardi parzialmente o totalmente non autosufficienti che vivono in casa e che eventualmente ricorrono a servizi semi-residenziali (come il centro diurno) o solo occasionalmente a servizi residenziali (es. ricovero di sollievo, RSA aperta). Rispetto alla distribuzione ed alla rappresentatività del campione indagato si rimanda all'appendice del presente capitolo.

⁽²⁾ Il questionario utilizzato con i risultati è riportato nella Appendice 2 di questo capitolo.

primi paragrafi ricostruiscono il profilo socio-demografico dell'anziano assistito e del caregiver, riportando informazioni quali l'età, la composizione familiare, la condizione lavorativa, ecc. Si ricostruiscono poi le condizioni di salute dell'anziano, indagando la presenza di malattie, il grado di autonomia, il livello di invalidità riconosciuta. Si prosegue con un'analisi delle caratteristiche dell'attività di cura e del suo impatto sulla vita lavorativa e familiare del caregiver. Si cerca cioè di capire se e come il lavoro di cura abbia comportato un cambiamento nelle abitudini di vita e di lavoro di chi si occupa abitualmente dell'anziano, approfondendone lo stato d'animo rispetto alla sua condizione e il giudizio sui servizi pubblici o pubblico-privati dedicati agli anziani non autosufficienti. Gli ultimi paragrafi riportano, infine, i risultati circa i bisogni principalmente avvertiti nell'attività di cura, l'uso dei servizi e il ricorso all'assistente familiare.

3.2. Il profilo socio-demografico, economico e di salute dell'anziano

Gli anziani indagati hanno un'età media di 82 anni, con una buona rappresentanza (37%) di "grandi anziani", ultra 85enni. Nel 60% dei casi si tratta di donne.

I tre quarti degli anziani assistiti vivono con altre persone (nel 43% dei casi il caregiver stesso convive con l'anziano). Vi è in ogni caso un 20% di anziani che vivono soli, pur potendo contare sull'aiuto di qualcuno in caso di bisogno, e un 3,5% di anziani che vivono soli senza alcun tipo di supporto, nemmeno di vicinato.

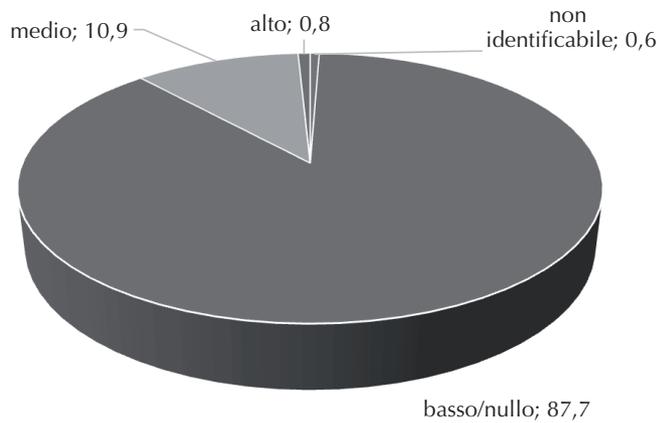
Rispetto alla condizione economica solo una minoranza di caregiver dichiara che i redditi dell'anziano sono sufficienti a soddisfare i suoi bisogni e anche a mettere da parte qualcosa; la maggioranza (60,7%) dichiara invece redditi appena sufficienti e che non permettono risparmi, mentre per circa un terzo dei caregiver le entrate risulterebbero del tutto insufficienti rispetto alle necessità quotidiane dell'anziano. Nelle indagini telefoniche si riscontra comunque una certa tendenza a sottostimare il proprio benessere economico, pertanto questi risultati sono da considerarsi con le dovute cautele.

Il livello di autonomia degli anziani è basso o nullo per l'88% del campione⁽³⁾. Si può dire dunque che la stragrande maggioranza degli anziani in-

⁽³⁾ Abbiamo costruito un indice di autonomia/autosufficienza servendoci delle risposte date in merito alla capacità di svolgere alcune azioni quotidiane ("qual è il gra-

tercettati sono gravemente non autosufficienti e per lo più percettori di indennità di accompagnamento. Come sappiamo, infatti, tale prestazione è rivolta a coloro che, oltre ad essere invalidi, non possono deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, o anche non possono compiere gli atti quotidiani della vita, quali ad esempio lavarsi o vestirsi da soli, da cui deriva la necessità di un'assistenza continua.

Figura 3.1 - Livello di autonomia degli anziani assistiti (valori %)



A conferma dei risultati sui livelli di autonomia, 89,8% è la percentuale di anziani con un grado di invalidità totale.

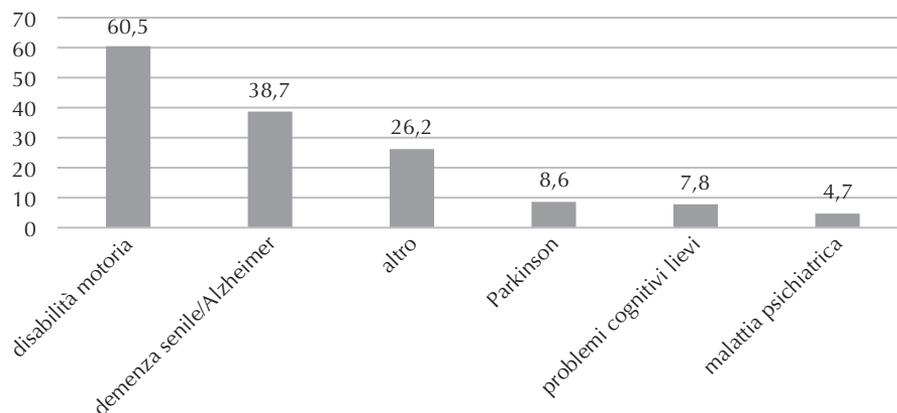
Abbiamo inoltre cercato di indagare la presenza di alcune patologie fra gli anziani, scegliendo quelle che possono a nostro avviso caratterizzare in modo più marcato il lavoro di cura: disabilità motoria, problemi cognitivi lievi, demenza senile o Alzheimer, Parkinson, malattie psichiatriche (Figura 3.2).

do di autonomia dell'anziano rispetto a..."), che prendono spunto da tre item della scala IADL:

- uscire da solo (es. utilizzare i mezzi pubblici, fare la spesa, ecc.);
- occuparsi delle faccende domestiche;
- cura di se stesso (lavarsi, vestirsi, mangiare da solo).

Associando un punteggio diverso a ciascuna modalità di risposta (grado di autonomia alto, medio, basso/nulla) abbiamo ottenuto un indice di autonomia complessivo.

Figura 3.2 - Presenza di alcune patologie fra gli anziani (valori %)



NOTA: la categoria "altro" include malattie specifiche cui l'anziano è affetto, che interessano ciascuna quote molto marginali del campione.

In generale, disabilità motoria e demenza senile/Alzheimer sono le patologie più diffuse all'interno del campione (60,5% e 38,7% rispettivamente), in linea con la letteratura nazionale e internazionale. La significativa presenza di demenza e Alzheimer, in particolare, è un segnale importante per chi studia il lavoro di cura, dal momento che queste patologie sono note per essere particolarmente gravose e fonte di stress per il caregiver.

Negli anziani sono poi frequenti i casi di doppia o anche tripla patologia. Ad es. fatti 100 i malati di Parkinson, per il 36,4% di casi essi sono anche affetti da demenza senile/Alzheimer, patologia che insorge solitamente nelle fasi più avanzate. La duplicazione di patologie in capo allo stesso soggetto è naturalmente un ulteriore fattore di potenziale aggravio del lavoro di cura.

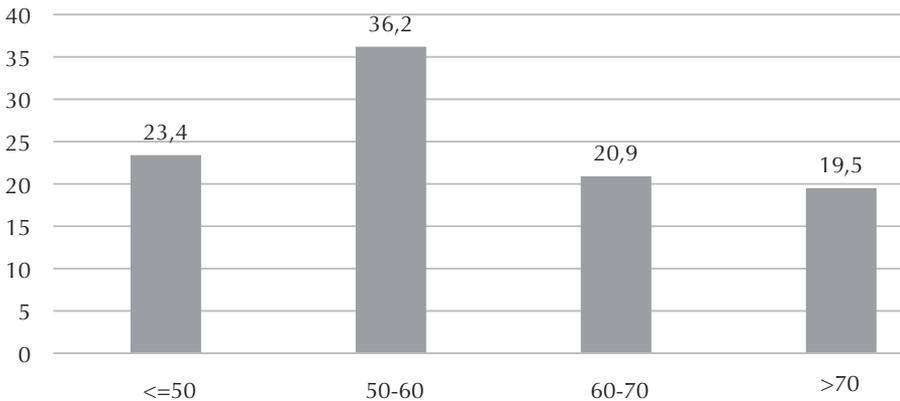
3.3. Il profilo socio-demografico del caregiver

Chi è il caregiver? Qual è il profilo tipo del familiare o conoscente che si trova, per ragioni volontarie o contingenti, a prendersi cura dell'anziano non autosufficiente, diventandone il principale punto di riferimento?

Dal campione emerge che la maggioranza dei caregiver (73% dei casi) è donna. Che il lavoro di cura veda in prima linea soprattutto il genere femminile ha a che fare con una certa cultura del nostro Paese, radicata specialmen-

te al Sud, ed è anche confermato dall'Istat, secondo cui le donne assorbono più dei due terzi delle ore totali dedicate all'assistenza agli adulti. Secondo i dati dell'OECD (Colombo *et al.*, 2011), in Italia la tendenza alla "femminilizzazione" della cura, che pure è presente anche in altri Paesi europei, è particolarmente forte.

Figura 3.3 - Distribuzione dei caregiver per età (valori %)

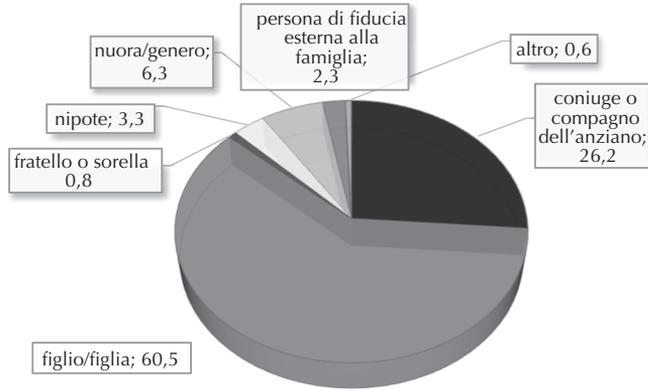


L'età media è di 59 anni, con una prevalenza della fascia dai 50 ai 60 anni. Tale fascia di età identifica quella che è comunemente chiamata "generazione sandwich", sulla quale graverebbe sia il carico di cura dei genitori anziani sia quello dei figli (De Rose, Racioppi, 2010). Si tratta di una porzione di popolazione prevalentemente costituita da donne, in costante crescita per via delle recenti tendenze demografiche che vedono da un lato il posticiparsi della generazione di figli, dall'altro l'allungamento della vita media.

Per stimare il fenomeno della "generazione sandwich" nel nostro campione consideriamo i caregiver che vivono con i propri figli e se ne occupano almeno con una certa frequenza: sono il 21,7%. Per circa un quinto degli intervistati, dunque, il carico di cura è doppio: le esigenze dell'anziano si aggiungono a quelle dei figli, diventando verosimilmente più gravose.

Rispetto alla condizione lavorativa circa un terzo dei caregiver lavora a tempo pieno (35,2%), un terzo è in pensione (33%), mentre la restante parte si divide fra casalinghe (20,1%), occupati part-time (8,6%) o altra condizione (3,1%).

Figura 3.4 - Grado di parentela del caregiver (valori %)



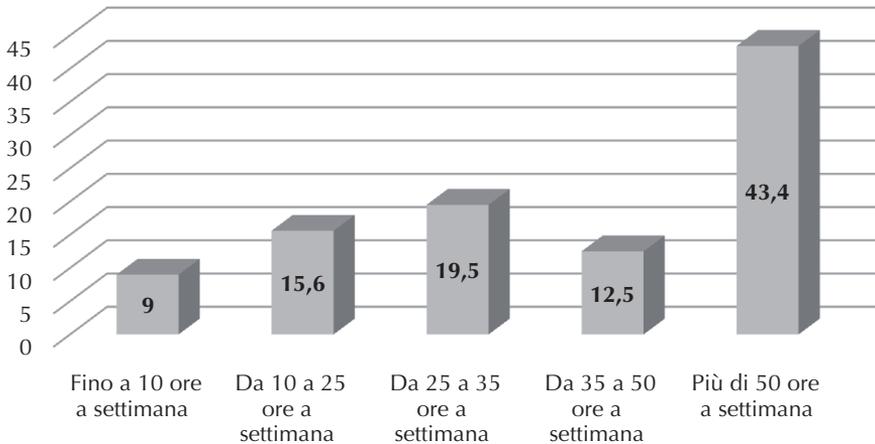
Rispetto al grado di parentela prevalgono i figli (60,5%), ma vi è anche una certa percentuale di coniugi o compagni dell'anziano (26,2%). Nuore e generi seguono con il 6,3%, mentre sorelle, fratelli, nipoti o persone di fiducia esterne alla famiglia sono categorie decisamente minoritarie.

3.4. L'intensità dell'attività di cura

Per la stragrande maggioranza dei caregiver (75,8%) l'attività di cura fa parte ormai in modo strutturale del quotidiano, dal momento che dura da più di due anni. Inoltre, si tratta di un'attività assistenziale piuttosto intensa: i due terzi del campione prestano assistenza per più di 20 ore a settimana (75,4%), prevalentemente 7 giorni su 7 (81,3%) e quasi la metà durante la notte (48%). Il lavoro sembra dunque essere assiduo e continuativo per la maggior parte degli intervistati, vedendo sovente impegnati tutti i giorni della settimana, festivi inclusi, anche se per un numero di ore variabile.

La maggior parte dei caregiver (43,4%) presta assistenza per più di 50 ore a settimana, anche in considerazione del fatto che molti di loro convivono con l'anziano. Di fatto, queste persone per lo più assistono l'anziano senza interruzione alcuna nell'arco di una settimana, dunque per ben 168 ore in sette giorni. Come vedremo in seguito, vi sono motivi per credere che questo numero di ore non si riferisca necessariamente al lavoro di assistenza effettiva quanto a una disponibilità, a una predisposizione a intervenire in aiuto dell'anziano, che può esercitarsi eventualmente anche a distanza.

Figura 3.5 - Numero di ore di assistenza prestate in una settimana tipo (valori %)



Quasi un quinto del campione presta assistenza dalle 25 alle 35 ore settimanali, coprendo una sorta di part-time lavorativo. Quote inferiori si trovano invece all'interno delle altre categorie. In particolare, i caregiver che prestano assistenza per meno di 10 ore alla settimana non arrivano neanche al 10%.

In sintesi, fra i caregiver indagati il lavoro di cura è prevalentemente un'attività di lungo corso, presente cioè da più di 2 anni, e decisamente time-consuming. In particolare, prevalgono i caregiver che prestano assistenza in modo continuativo, apparentemente senza interruzione alcuna.

3.5. L'impatto del lavoro di cura sulla vita lavorativa e familiare

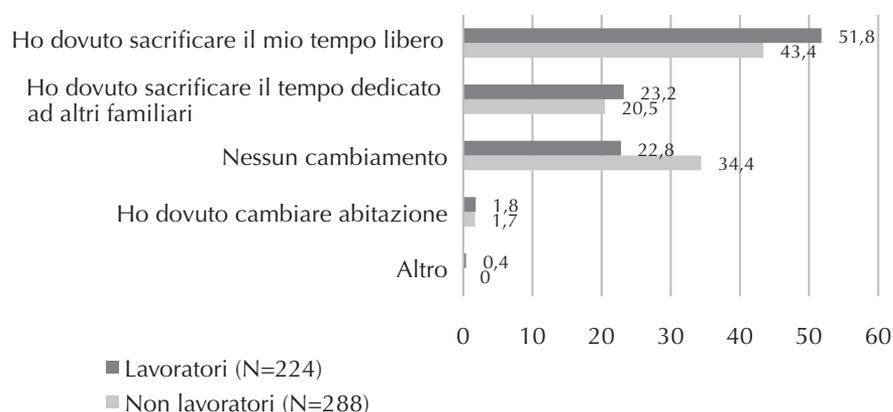
Considerando i soli caregiver che lavorano, cioè il 43,8% del campione, andiamo a indagare qual è l'impatto dell'attività di cura sulla vita lavorativa. In generale, tale impatto è abbastanza ridotto, o almeno così viene percepito: circa il 76% dichiara che non ve n'è stato alcuno, mentre solo un quinto dice di aver ridotto gli orari di lavoro a seguito dell'inizio dell'attività di cura. Sono chiaramente soprattutto i lavoratori part-time ad aver avuto questo esito, sebbene non manchino alcuni lavoratori full-time.

Sembra insomma che il caregiver continui a lavorare come faceva prima anche dopo l'inizio dell'attività di cura. Questo può essere dovuto a motivi diversi, fra cui una certa rigidità del mondo del lavoro italiano e una scarsa propensione delle aziende a favorire la conciliazione fra lavoro ed esigenze fa-

miliari. D'altro canto i lavoratori stessi potrebbero non voler rinunciare a un lavoro full-time, più vantaggioso economicamente o più fruttifero ai fini degli avanzamenti di carriera, ricorrendo magari ad aiuti esterni per riuscire ad assolvere il compito di cura (come vedremo più avanti, i caregiver lavoratori più spesso ricorrono a un'assistente familiare, sgravandosi così di parte dell'onere).

L'impatto del lavoro di cura sulla vita familiare sembra invece significativo, soprattutto per i lavoratori. Complessivamente comunque circa il 70% dei caregiver dichiara di aver sacrificato qualcosa nella propria vita privata, come il tempo libero dedicato ad altri familiari. In alcune situazioni l'assistenza all'anziano ha comportato per il caregiver anche il trasferimento in un'altra abitazione.

Figura 3.6 - Impatto del lavoro di cura sulla vita familiare per lavoratori e non lavoratori (valori %)



In conclusione, è la vita familiare e domestica a subire maggiormente l'impatto del lavoro di cura, a differenza della vita lavorativa, che rimane per lo più invariata. L'unica variazione che si verifica con una certa frequenza nel mondo del lavoro, a seguito dell'inizio dell'attività di cura, è la riduzione degli orari, come può essere il passaggio da un contratto full-time a uno part-time.

3.6. Lo stato d'animo del caregiver rispetto alla propria condizione

Abbiamo cercato di indagare quale sia lo stato d'animo del caregiver rispetto alla propria condizione domandando il grado di accordo (per nulla, poco, abbastanza, molto) con alcune affermazioni:

1. Mi sento solo
2. Mi sento affiancato dalle istituzioni
3. Vorrei essere liberato di parte del lavoro.

Tabella 3.1. Percezioni di solitudine o di sostegno nel lavoro di cura da parte del caregiver (valori % di riga)

Grado di accordo	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	Non risponde/ non sa
Mi sento solo	12,9	24,2	40,0	21,1	1,8
Mi sento affiancato dalle istituzioni	3,7	41,0	32,4	18,9	3,9
Vorrei essere liberato di parte del lavoro	9,4	32,4	32,4	20,7	5,1

È interessante notare che non emerge una fortissima percezione di solitudine (il 61,1% si sente poco o per nulla solo). Al contempo, tuttavia, circa la metà dei caregiver si sente poco o per nulla affiancato dalle istituzioni. Vi è dunque un tipo di solitudine che ha a che fare con la lontananza degli enti pubblici sul fronte del lavoro di cura. In effetti la maggioranza dei caregiver dà un giudizio piuttosto negativo sull'appropriatezza dei servizi così come sulla loro capacità di coprire il bisogno: per il 56,2% i servizi sono per lo più inadeguati e per il 57,6% sono troppo pochi. Sono per giunta numerosi gli intervistati che non si esprimono, dando prova di una distanza dal mondo dei servizi che non permette nemmeno di formulare un giudizio.

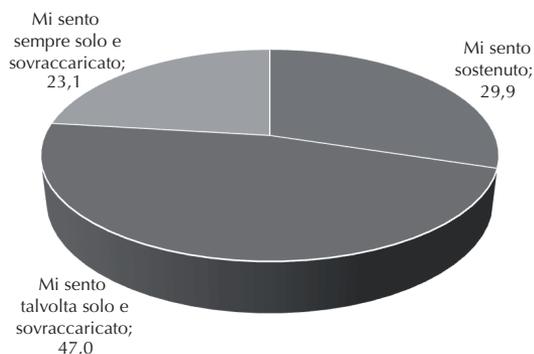
Infine, non emerge una forte esigenza di essere liberati di parte del lavoro (circa il 50% non sente questa necessità). Questo dato ci dice che per la metà del campione il lavoro di cura è in qualche modo sostenibile, sebbene abbiamo visto essere in generale molto time-consuming.

Partendo dalle risposte a queste domande abbiamo costruito un indice dello stato d'animo complessivo, che somma i risultati dei tre item precedenti⁽⁴⁾ e permette di identificare le seguenti situazioni: "Mi sento sostenuto", "Mi sento talvolta solo e sovraccaricato", "Mi sento sempre solo e sovraccaricato".

⁽⁴⁾ A ciascuna modalità di risposta è stato attribuito un punteggio da 1 a 4 (non sono state considerate le risposte "non risponde/non sa"). Sommando i punteggi ottenuti nelle tre domande abbiamo costruito una scala da 1 a 12, che è stata così interpretata:

- punteggio da 1 a 4: "Mi sento sostenuto",
- punteggio da 5 a 8: "Mi sento talvolta solo e sovraccaricato",
- punteggio da 9 a 12: "Mi sento sempre solo e sovraccaricato".

Figura 3.7 - Indice sintetico delle percezioni di solitudine o sostegno nel lavoro di cura (valori %)



NOTA: sono stati considerati solo i caregiver che non hanno mai risposto "non risponde/non sa" in alcun item, pertanto il campione si è ridotto a 469 (92%).

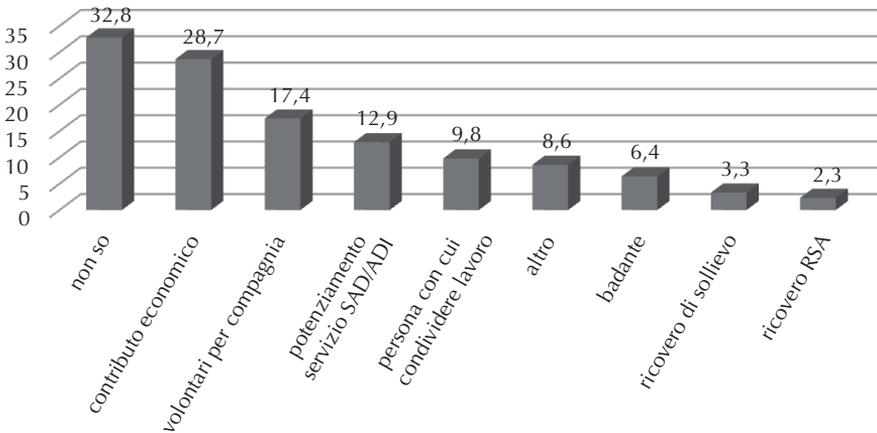
La maggior parte dei rispondenti (65,2%) si sente talvolta sola e sovraccaricata. Vi è poi solo un 8,5% che si sente sostenuto, mentre ben un quarto del campione (26,2%) si sente sempre solo e sovraccaricato.

In sintesi, se la maggior parte dei caregiver mostra di sapere sostenere, anche se con qualche difficoltà, il lavoro di cura, in pochi si sentono del tutto sereni mentre un quarto del campione esprime chiaramente una forte difficoltà. In effetti, pur non essendo così forte la sensazione di solitudine nell'assolvimento del compito di cura, ben la metà dei caregiver si sente poco affiancata dalle istituzioni e sente l'esigenza di ridurre il carico di lavoro.

3.7. I bisogni del caregiver

Quali sono i bisogni maggiormente avvertiti dal caregiver nell'ambito della sua attività di assistenza? Se si è generalmente abituati a studiare e fornire risposte ai bisogni degli anziani, le esigenze di "coloro che aiutano" meritano di essere esplorate. In particolare i nuovi fenomeni sociali e demografici vedono da un lato la vita media costantemente allungarsi, dall'altro le famiglie sempre più assottigliarsi e le donne partecipare al mercato del lavoro in misura maggiore rispetto al passato e per tempi più lunghi (si pensi alla posticipazione dell'età pensionabile). Questo genera un gap crescente fra bisogni di assistenza e reali possibilità di adempiervi senza sentirsi sopraffatti e sovraccaricati, soprattutto per quanto riguarda le caregiver donna.

Figura 3.8 - I bisogni percepiti dal caregiver (valori %)



Eppure non è così facile intercettare i bisogni dei caregiver. Colpisce il fatto che un terzo (32,8%) non ne è consapevole o quantomeno non li sa esprimere. Il 28,7% indica invece quale bisogno prevalente un sostegno economico. Altri vorrebbero volontari a tenere compagnia (17,4%). Un potenziamento dei servizi Sad/Adi viene auspicato in un caso su dieci o poco più (12,9%) e una persona con cui condividere il lavoro di cura nel 9,8% dei casi. Decisamente minoritaria è invece l'esigenza di una badante o di un ricovero, che sia di sollievo o definitivo.

Sembra dunque prevalere la tendenza ad un welfare "fai da te": ciò che più si desidera è un sostegno in denaro che dia la possibilità di continuare a gestire il lavoro di cura a domicilio e in modo informale. Il ricovero è visto probabilmente come l'ultima soluzione da prendersi qualora non si riesca più a rispondere al bisogno con i propri mezzi. Infatti, oltre il 90% dei caregiver dichiara di non aver mai cercato un ricovero e solo una minima parte avrebbe esplorato questa possibilità, desistendo poi per via dei prezzi eccessivi; altri potenziali ostacoli, come la lontananza dall'abitazione del caregiver o le lungaggini imposte dalle liste d'attesa, sarebbero invece percepiti come meno rilevanti.

Anche l'assistente familiare (badante) non è considerata la panacea di tutti i mali. Più che la badante, sembra importante avere qualcuno, in generale, con cui condividere il lavoro di cura, sia questi un parente, un volontario o altri. Prevalgono insomma, in un modo o nell'altro, tipologie di risposta informali al bisogno, che si fondino sull'affetto familiare o eventualmente

sull'impegno di volontari. Insomma una interpretazione del lavoro di cura dai tratti tipici della cultura cattolica e familista.

Ciò detto, la necessità avanzata da molti di un sostegno economico può essere letta in realtà anche come una richiesta, sicuramente legittima, di riconoscimento e risarcimento del lavoro di cura informale prestato. Alcuni Paesi europei, come la Finlandia e la Svezia, considerano le cure informali come un vero e proprio lavoro tanto da prevedere schemi remunerativi per il caregiver.

Oltre a chiedere ai caregiver di indicarci liberamente i loro bisogni ci siamo spinti a domandare se sentono alcuni bisogni specifici, quali quello di una formazione sulla malattia dell'anziano e sulle modalità con cui gestirla, di un sostegno psicologico individuale, di partecipare a gruppi di mutuo aiuto.

Colpisce, ancora, l'ampia quota di caregiver afasici, che non esprimono alcun bisogno: tre quarti del totale. Per il resto, il sostegno psicologico individuale è il bisogno maggiormente avvertito, essendo indicato dal 10% del campione, a fronte evidentemente di una certa gravosità del lavoro di cura sul proprio benessere psicologico e quindi di una necessità di supporto. Formazione e gruppi di mutuo aiuto sono invece indicati da meno del 5%, mentre più del 9% dichiara di non avere bisogno di nulla.

Tabella 3.2 - La presenza di alcuni bisogni specifici

Per meglio gestire il lavoro di cura sente il bisogno di...	Valori %
non saprei	76,0
un sostegno psicologico individuale	10,2
nulla	9,6
ricevere una formazione	4,9
partecipare a gruppi di mutuo aiuto	2,5
altro	2,1

Nota: la somma dei valori percentuali supera 100 perché era possibile indicare più di una risposta.

Per approfondire ulteriormente quanto emerso dalle interviste, abbiamo realizzato alcune interviste in profondità a caregiver di anziani che si rivolgono all'Inas, il patronato della Cisl, per il processo delle prestazioni legate alla non autosufficienza ed handicap. Quanto emerso è descritto nel Box 3.1.

In conclusione, i caregiver sembrano spesso afasici e rassegnati rispetto ai propri bisogni, probabilmente perché poco abituati a pensarsi come

veri e propri fornitori di un servizio e “lavoratori della cura”. Già si è detto come si tratti di una distorsione tutta italiana, dal momento che altri Paesi hanno dato una dignità formale ed economica al lavoro di assistenza. La necessità di un riconoscimento economico sembra emergere, in parte, dalla necessità avvertita da molti di un risarcimento monetario a fronte dell’attività prestata.

Box 3.1 – Approfondimento sui bisogni del caregiver

Abbiamo approfondito i bisogni dei caregiver, così come i meccanismi di emersione del bisogno, realizzando alcune interviste in profondità a caregiver di anziani che si rivolgono al patronato della Cisl, l’Inas, per accedere alle prestazioni legate alla non autosufficienza ed handicap.

Interrogati in merito a quali bisogni avvertano nell’attività di cura, gli intervistati appaiono piuttosto disorientati. Qualcuno afferma scherzando “Sui bisogni mi trova impreparato”, altri “Abbiamo una badante che ci aiuta, quindi per ora stiamo bene così”. Fra le persone sentite, in effetti, la maggior parte ricorre a un’assistente familiare e dichiara di avere risolto così tutti i problemi, legati soprattutto alla conciliazione delle proprie esigenze familiari e lavorative con l’attività di cura. Alcuni hanno invece la fortuna di poter contare sull’aiuto di parenti che fanno le veci della badante, come nel caso di una signora che racconta: “Prima mia madre, malata di Alzheimer, viveva con noi. Lei può immaginare cosa volesse dire per me gestirla, lavorando e avendo una famiglia. Ora sono riuscita a sistemarla con due parenti che si alternano durante la settimana e stanno con lei 24 ore su 24. I bisogni li avevo prima, ora non più perché c’è sempre una persona che sta vicino a mia madre”.

Il ricorso ai servizi pubblici è molto limitato, e lo era anche prima di ricorrere all’assistente familiare o all’aiuto dei parenti. Dichiara una figlia: “Non mi sono informata presso il Comune su cosa offrisse, non mi è neanche venuto in mente. Non ho chiesto aiuto a nessuno, mi dava una mano mia cognata”. Un nipote coglie l’occasione per chiedere “Non sono molto informato, che servizi offre il Comune esattamente?”. In qualche caso vi è una conoscenza dei servizi o qualche utilizzo in passato. Un nipote riporta però un’esperienza non positiva rispetto all’assistenza domiciliare: “L’altro mio zio riceveva una signora del Comune due ore alla settimana, per aiutarlo a tenere pulita la casa, ma due ore erano troppo poche e abbiamo dovuto affiancargli un badante. Il Comune dovrebbe prendersi carico degli anziani non autosufficienti offrendo servizi adeguati”.

Sembra emergere anche un bisogno di “esclusività” delle cure, cioè della presenza di una sola persona dedicata all’anziano, che costituisca per lui una certezza. Come qualcuno dice, a questo bisogno i servizi pubblici non riuscirebbero a rispondere, mentre le assistenti familiari private sì: “Fra me e il badante riusciamo a gestire la co-

sa. Sarebbe peggio per me avere a che fare con più operatori, perché dovrei ogni volta spiegare a ciascuno le abitudini di mio zio, cosa mangia, che bisogni ha...”; ancora, “Cambiare assistente non sarebbe positivo per mia mamma, così come cambiare luogo. Avendo l’Alzheimer infatti è un po’ disorientata, ha bisogno di certezze”. Emerge infine con forza la convinzione che la cura gestita privatamente rappresenti “il migliore dei mondi possibili”: per definizione, i familiari adempirebbero il compito meglio di tutti gli altri, conoscendo le abitudini dell’anziano e il suo vissuto, ed essendo legati da un rapporto di affetto. Finché possibile, dunque, sarebbe meglio che la famiglia si occupasse dell’anziano piuttosto che altri, convinzione che viene rafforzata da un giudizio non positivo non solo sui servizi comunali, ma anche sulle case di riposo, che qualcuno definisce addirittura “squallide”.

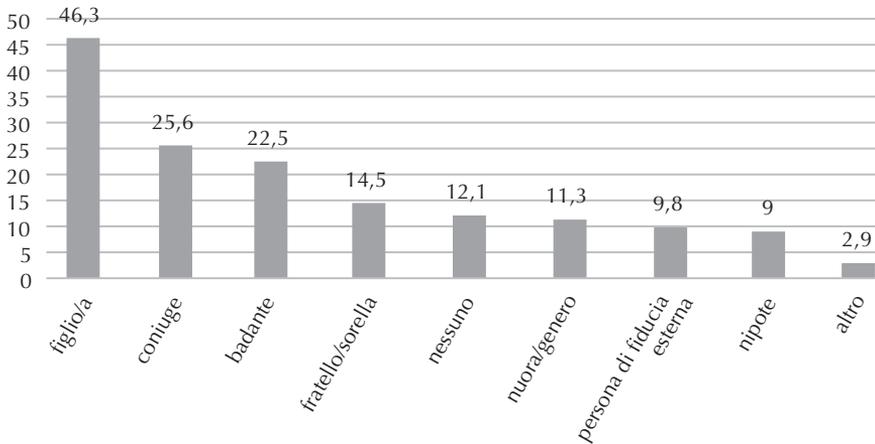
È così vero che i familiari sono i *champion* del lavoro di cura? In parte sì in parte no. Se infatti alcuni compiti di cura, come l’assistenza nel lavarsi e vestirsi, la preparazione dei cibi, l’igiene personale, paiono piuttosto ovvi e vengono adeguatamente portati a termine nell’attività di cura informale, meno ovvi sono gli aspetti riabilitativi, finalizzati a mantenere nell’anziano un certo livello di benessere fisico, mentale e sociale (May, Taccani, 1996). Ad esempio, il caregiver dovrebbe porre attenzione a costruire e mantenere una rete di relazioni dell’anziano con l’esterno, evitando che la casa si trasformi in una “prigione”, magari per la presenza di barriere architettoniche (si pensi alla mancanza di un ascensore), o anche per via della resistenza dell’anziano a rapportarsi con gli altri.

In conclusione, fra i caregiver sembra essere diffuso un senso di indispensabilità e un certo orgoglio sulla propria capacità di adempiere il compito meglio di chiunque altro. Un atteggiamento che può tenere finché si tratta di prestare assistenza nelle azioni necessarie per vivere, tenere compagnia o anche svolgere piccoli interventi infermieristici, come somministrare un farmaco. Vi sono tuttavia dei bisogni che rimangono scoperti, rispetto ai quali gioverebbe una formazione, ma su cui vi è assoluta inconsapevolezza, perché spesso, in buona fede, non sono avvertiti come tali.

3.8. La condivisione del lavoro di cura e la presenza dell’assistente familiare

Costituisce indubbiamente un argomento di interesse se, al di là dell’uso dei servizi, il lavoro di cura sia privatamente condiviso con altri. Più che ricorrere ai servizi, infatti, il caregiver tende a farsi aiutare da altri familiari nel lavoro di cura. In particolare, il 46,3% si fa aiutare dai figli e il 25,6% dal coniuge. Solo nel 12,1% dei casi, invece, il familiare è del tutto solo a fornire assistenza.

Figura 3.9 - "Condivide il lavoro di cura con qualcuno ed eventualmente di chi si tratta?" (valori %)



Focalizziamoci per un momento su questi caregiver "solitari", probabilmente più per necessità che per scelta, e andiamo a indagare quale sia il loro stato d'animo rispetto al lavoro di cura, come abbiamo fatto prima per il campione generale. Ebbene, la metà di queste persone presenta uno stato d'animo negativo, in proporzione sicuramente maggiore rispetto a quella del campione totale, dove si arrivava solo al 26,2%. Chi sopporta da solo il peso dell'assistenza prova un maggiore senso di solitudine, si sente poco o per nulla sostenuto dalle istituzioni e vorrebbe essere sgravato di una parte del lavoro di cura. Inoltre, queste persone hanno anche una peggiore opinione della rete dei servizi, che giudicano inappropriata e insufficiente.

Per quanto riguarda l'assistente familiare, o "badante", quest'ultima è presente nel 22,5% dei casi. Vi sono buoni motivi per credere che si tratti di una sottostima del fenomeno per via della presenza di lavoratrici irregolari, in merito alle quali i caregiver mostrerebbero una certa reticenza. Il valore sembra infatti particolarmente contenuto soprattutto in ragione della grave non autosufficienza della maggior parte degli anziani campionati. Nel capitolo 4 si stimano infatti, fra regolari e irregolari, circa 156.000 badanti in Lombardia, vale a dire un'assistente familiare per poco meno della metà degli anziani non autosufficienti.

Più della metà delle assistenti familiari proviene dall'Europa dell'Est. A differenza che in altre ricerche (Pasquinelli e Sala, 2013), dove le italiane risultavano una netta minoranza, in questo caso le lavoratrici italiane costituiscono una parte non trascurabile del totale, superiore a un quinto del campione.

Tabella 3.3 - Nazionalità dell'assistente familiare

Nazionalità	N.	%
Europa dell'Est	62	53,9
Italia	26	22,6
Sudamerica	20	17,4
Africa	4	3,5
Altro	3	2,6
Totale	115	100,0

Che tipo di assistenza forniscono le badanti? Quasi la metà convive con l'anziano, lavorando quindi anche durante la notte, all'occorrenza. Se a queste si somma chi lavora almeno 8 ore al giorno si arriva al 66,1%. Laddove presente, dunque, si tratta di un lavoro di cura prevalentemente intenso.

Tabella 3.4 - Frequenza del lavoro di cura svolto dall'assistente familiare

Frequenza del lavoro di cura dell'assistente familiare	N.	%
l'assistente familiare convive con l'anziano	56	48,7
8 o più ore al giorno	20	17,4
tra 4 e 8 ore al giorno	22	19,1
meno di 4 ore al giorno, tutti i giorni	10	8,7
non tutti i giorni della settimana ma almeno 2 o 3 giorni	6	5,2
ancora più saltuariamente	1	0,9
Totale	115	100,0

Abbiamo infine cercato di indagare la soddisfazione dei familiari rispetto all'attività svolta dalla lavoratrice esterna. Il risultato è interessante: la quasi totalità di chi ha una badante dichiara di essere molto o abbastanza soddisfatto (98,3%). I "molto", in particolare, sono intorno alla metà (53%). Questo dato è particolarmente eloquente se confrontato con l'opinione sui servizi e sembra dirci, ancora una volta, che la cura gestita privatamente è generalmente preferita.

In conclusione, nella maggior parte dei casi il caregiver condivide il lavoro di cura con qualcuno, di solito i figli, il coniuge o l'assistente familiare. Quest'ultima è presente in un quinto dei casi, sebbene si tratti probabilmente di una sottostima del dato reale. In generale i caregiver esprimono soddisfa-

zione per il lavoro dell'assistente familiare, una conferma del successo riscosso dalla gestione in privato del lavoro di cura.

3.9. L'uso e l'interesse verso i servizi

Abbiamo indagato l'uso e l'interesse verso alcuni servizi fra i più comunemente offerti agli anziani non autosufficienti.

Tabella 3.5 - Uso e interesse verso i servizi (valori % di riga)

	Usa/ha usato	Mai usato ma è interessato	Mai usato e non interessa
Assistenza infermieristica a domicilio della Asl (Adi)	30,2	16,2	52,0
Attività riabilitative ambulatoriali presso l'Asl	15,8	17,2	65,0
Assistenza domiciliare del Comune (Sad)	14,1	22,9	60,5
Servizio trasporti e accompagnamento fuori casa	12	23,6	62,9
Assistenza sociale del Comune/Segretariato	8	16,8	70,5
Pasti caldi a domicilio	4,3	6,4	82,0
Telesoccorso/teleassistenza	3,7	12,3	72,1
Ricovero in residenza (Rsa/Rsd)	3,6	12,1	81,4
Centro diurno	4,8	12,7	78,5
Telemedicina	4,2	9,4	76,2
Ricovero di sollievo	1	9	82,8
Vacanze/ gite	0	5,3	85,5

NOTA: la somma dei valori di ciascuna riga è inferiore a 100 perché non sono riportate le risposte "non so".

In generale, prevalgono i caregiver/anziani che non usano i servizi né sono interessati a usarli. Questo risultato dà conto di una evidente e già rilevata distanza dal mondo dei servizi formali. Il disinteresse è più contenuto (anche se pari al 50-60%) per l'Adi e il Sad, forse perché si tratta dei servizi più conosciuti o il cui target coincide perfettamente con quello della nostra indagine: anziani non autosufficienti che vivono a casa. Si tratta anche di servizi che rispondono più di altri a situazioni emergenziali di bisogno, con funzioni "tamponatorie". Vi è invece un altissimo disinteresse in particolare per i ricoveri, siano essi permanenti o di sollievo.

L'uso, presente o passato, si concentra soprattutto sui servizi a contenuto socio-sanitario offerti a domicilio dalle Asl (Adi): il 30,2% degli anziani ne

usufruisce o ne ha usufruito. Seguono le attività riabilitative offerte presso gli ambulatori Asl e il Sad comunale (circa il 15% in entrambe i casi) e il trasporto e il segretariato sociale (fra l'8 e il 12%). Tutti gli altri servizi vedono invece quote di utenza decisamente marginali, e in particolare ricoveri di sollievo e vacanze o gite sono utilizzati pochissimo. Se il dato sulle seconde non stupisce più di tanto (le difficili condizioni di salute degli anziani limitano spesso le loro possibilità di partecipare a iniziative fuori casa), quello sui ricoveri di sollievo dà evidenza della scarsa diffusione della cosiddetta "respite care". Da ultimo, si sottolinea come, non considerando l'uso passato ma solo quello presente, le percentuali si riducano di molto; ad esempio, solo l'8% è utenze attuale del Sad e solo il 19% dell'Adi.

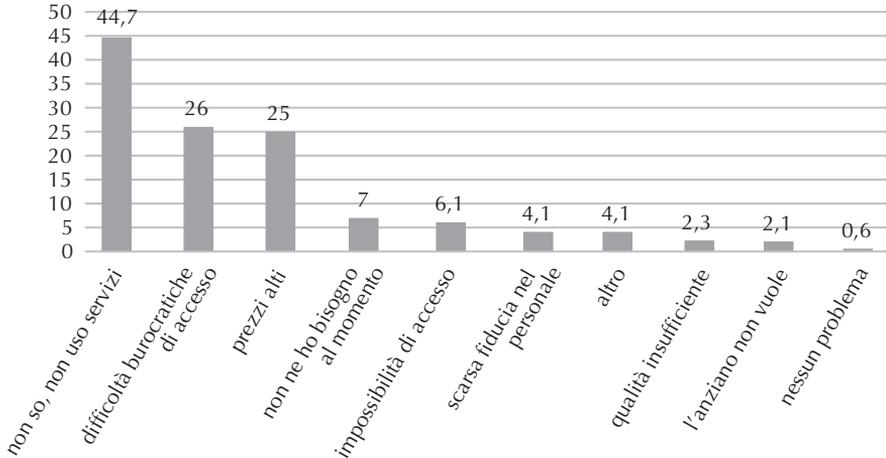
Rispetto all'interesse verso i servizi, sono il Sad e il trasporto sociale a prevalere rispetto agli altri (22-23%). Seguono l'Adi, le attività ambulatoriali presso l'Asl e il segretariato sociale (16-17%). Sembra dunque che una maggiore domanda potenziale si collochi fra i servizi a contenuto sociale piuttosto che fra i servizi socio-sanitari. Questo risultato potrebbe essere anche legato alla minore copertura della domanda registrata dai primi rispetto ai secondi. Registrano un interesse decisamente più basso, invece, i servizi residenziali e semiresidenziali. Queste evidenze fanno pensare a un bisogno non ancora scaturito, o più probabilmente, a una soluzione che si preferisce evitare finché possibile. Il risultato stupisce in ogni caso, viste le condizioni di bassa autonomia degli anziani assistiti, che farebbero pensare a un ricovero prossimo, così come la presenza di malattie potenzialmente logoranti (anche) per i caregiver, come l'Alzheimer, cui potrebbero offrire risposta servizi di semi-residenzialità, come il centro diurno, o di residenzialità temporanea, come il ricovero di sollievo.

In conclusione, il ricorso ai servizi si concentra sulle prestazioni a contenuto socio-sanitario, mentre l'interesse e quindi la domanda potenziale si concentrano sui servizi prettamente sociali. Fa da sfondo a questo risultato, in ogni caso, una prevalente scarsa propensione all'uso dei servizi formali.

3.10. Le ragioni del mancato uso dei servizi

Il mancato uso dei servizi potrebbe essere dovuto a motivi diversi: prezzi alti? Difficoltà di accesso? Mancanza dei requisiti? Abbiamo cercato di capire quali motivazioni i caregiver forniscano rispetto all'esiguo ricorso e spesso al disinteresse verso i servizi.

Figura 3.10 - Ragioni del mancato uso dei servizi (valori %)



Una parte che sfiora il 45% non sa rispondere e/o non usa servizi. Questo dato riporta all'attenzione che quasi la metà dei caregiver non ha esperienza alcuna dei servizi offerti o comunque non tale da essersi formato un'opinione né positiva né negativa.

Le ragioni della mancata fruizione dei servizi sembrano per lo più insite ai servizi stessi che non legate a una volontà aprioristica di non accedervi. Si incontrano infatti spesso difficoltà burocratiche di accesso (26%), prezzi alti (25%) o una "impossibilità di accesso" (6,1%), riferita probabilmente alla mancanza dei requisiti richiesti. Per il 7% del campione il bisogno di ricorrere ai servizi, invece, non è ancora emerso. Solo il 4,1%, infine, esprime un giudizio negativo sulla qualità offerta, mentre il 2,1% indica un rifiuto da parte dell'anziano.

Le risposte classificate sotto la voce "altro" si dividono più che altro fra quelle che additano la scarsità di informazione sui servizi e quelle che semplicemente riportano un'assenza del bisogno perché "per il momento riusciamo a gestire la situazione".

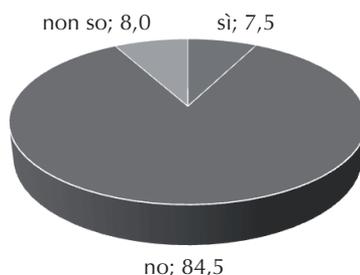
Per completare l'analisi abbiamo indagato quali ostacoli individuano coloro che si dichiarano non interessati ai servizi: percepiscono ostacoli significativamente diversi dagli altri nell'accesso ai servizi? In realtà, le barriere più forti continuano ad essere il prezzo alto e le difficoltà burocratiche di accesso. Il disinteresse non è quindi dovuto a un giudizio negativo sulla qualità dei servizi. Alcune difficoltà sono dunque percepite da tutti, sembrano quasi appartenere a un luogo comune e sono indipendenti dall'interesse o dall'uso effettivo.

3.11. Cambiare l'indennità di accompagnamento?

Abbiamo indagato l'opinione dei caregiver rispetto a una delle tendenze che il nostro welfare ha seguito negli ultimi tempi, non solo nell'ambito della non autosufficienza: la voucherizzazione dei contributi economici. Lo scopo di questo processo è duplice: da un lato controllare l'utilizzo delle risorse vincolandole alla fruizione di un determinato servizio e quindi al soddisfacimento di un bisogno specifico, dall'altro incentivare lo sviluppo dei servizi.

In particolare, abbiamo chiesto ai caregiver se sarebbero interessati a ricevere l'indennità di accompagnamento, percepita oggi dall'80% degli anziani, sotto forma di voucher, anche di valore maggiore, per accedere ai servizi. Considerando i soli 413 caregiver che hanno risposto (vi è infatti un alto tasso di non risposte, pari a quasi il 20% del campione totale), solo il 7,5% risponde in modo affermativo, mentre la stragrande maggioranza (84,5%) dichiara la propria preferenza per una forma di contributo economico assolutamente svincolata e un restante 8% dichiara di non saper rispondere.

Figura 3.11 - "Sarebbe interessato a ricevere l'indennità di accompagnamento sotto forma di voucher, anche di valore maggiore, per acquistare servizi domiciliari?" (valori %)



Stando a questi risultati e presupponendo che la preferenza per il contributo svincolato possa estendersi anche ad altri ambiti oltre a quello indagato, pare che la tendenza alla voucherizzazione non trovi un particolare favore fra il pubblico ma sia per lo più un processo imposto dall'alto. Questi risultati sono molto simili a quelli emersi da un'altra ricerca realizzata da Irs per conto del Patronato Acli Lombardia. La ricerca, in fase di approfondimento, indaga l'utilizzo delle prestazioni connesse alla non autosufficienza in Lombardia con particolare riguardo agli assegni di invalidità, alle pensioni di inabilità civile e alle indennità di accompagnamento, ed ha messo in luce la tendenza a preferire la "monetizzazione" dell'intervento piuttosto che la richiesta di un servizio socio-sanitario specifico.

3.12. Due profili di caregiver a confronto

Identifichiamo ora due profili (sotto-campioni) di caregiver che si distinguono per l'intensità della cura prestata: chi assiste l'anziano per 24 ore al giorno tutti i giorni della settimana e chi lo assiste per meno di 24 ore al giorno tutti i giorni della settimana. Il primo gruppo, che chiameremo per brevità "H 24", rappresenta il 43,4% dei caregiver intervistati, mentre il secondo, che chiameremo "A ORE" rappresenta il 56,6%.

Tabella 3.6 - Caregiver H 24 e caregiver a ore a confronto (valori % all'interno di ogni gruppo)

	H 24 (N=222; 43,4%)	A ORE (N=290; 56,6%)
Profilo socio-demografico		
Età media	65	54
Gradi di parentela prevalenti	Coniuge: 55,9% Figlio/a: 34,2%	Figlio/a: 80,7% Nuora/genero: 8,3%
Lavora	21,2%	61%
Convive con l'anziano	80,2%	14,8%
Livello di autonomia anziano prevalente	Bassa/nulla: 92,8%	Bassa/nulla: 83,8%
Impatto sulla vita familiare		
Nessun cambiamento	41,4%	20,0%
Ridotto il tempo libero	43,7%	49,7%
Ridotto il tempo dedicato ad altri familiari	12,2%	29,0%
Stato d'animo e opinione sui servizi		
Stato d'animo positivo	6,2%	10,4%
I servizi non sono inappropriati	11,3 %	9,7%
I servizi non sono insufficienti	5,9%	7,9%
Bisogni del caregiver		
Bisogni prevalenti	Non sa: 37,8% Contributo econ.: 28,6% Volontari: 13,1% Persona per condividere il lavoro: 12,6%	Non sa: 29% Contributo econ.: 29% Volontari: 20,7% Potenziamento Sad-Adi: 14,8%
Ricorso ai servizi o ad altri aiuti		
Uso servizi Sad e Adi	Adi: usa o ha usato 26,6 Sad: usa o ha usato: 11%	Adi: usa o ha usato: 33,1 Sad: usa o ha usato 16%
Presenza assistente familiare	11,7%	30,7%
Condivide il lavoro con qualcuno	81,5%	92,8%

Il gruppo H 24 ha un'età media di 65 anni, per la maggior parte è coniuge dell'anziano (55,9%) e in un terzo dei casi è figlio; nell'80,2% dei casi il ca-

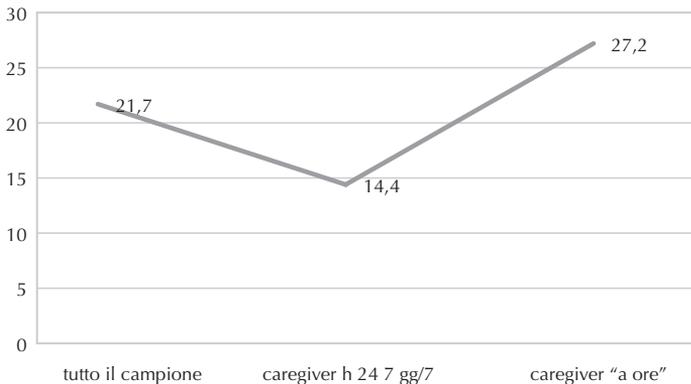
regiver convive con l'anziano⁽⁵⁾. Il gruppo A ORE è invece mediamente più giovane (età media 54 anni) e per la stragrande maggioranza (80,7%) è figlio; inoltre, solo il 14,8% convive con l'anziano. Per semplificare potremmo etichettare il gruppo H 24 come "coniugi o figli conviventi", mentre il gruppo A ORE come "figli non conviventi".

Rispetto alla condizione lavorativa, i caregiver H 24 sono per la maggior parte pensionati,⁽⁶⁾ mentre i caregiver A ORE lavorano per quasi i due terzi e per circa la metà full-time.

Anche gli anziani assistiti si differenziano fra i due gruppi, in particolare rispetto alla condizione di autonomia: chi è soggetto a una cura di tipo continuativo è mediamente meno autonomo rispetto a chi è assistito "a ore" (in quest'ultimo gruppo il 92,8% presenta un livello di autonomia basso o nullo, mentre nell'altro l'83,8%).

La "generazione sandwich", ovvero quelle persone che svolgono lavoro di cura su due fronti, quello dei genitori anziani e quello dei figli, si trova soprattutto fra chi presta un'assistenza "a ore", per via della più giovane età di questo gruppo e quindi della maggiore probabilità di avere una propria famiglia con figli piccoli.

Figura 3.12 - La sandwich generation per intensità della cura prestata (valori %)



⁽⁵⁾ Il 20% che non convive con l'anziano, come invece ci si attenderebbe dato che queste persone dichiarano di prestare assistenza anche durante la notte, può essere spiegato dal fatto che il lavoro di cura è considerato anche come sola "disponibilità" a intervenire: il caregiver darebbe così la propria disponibilità a essere contattato per telefono in caso di bisogno, senza trovarsi necessariamente a fianco dell'anziano.

⁽⁶⁾ Il 20% circa che dichiara di lavorare, pur dichiarando un'attività di cura continuativa, è spiegabile come nella nota precedente.

Si noti che la maggiore intensità del lavoro di cura prestato non si traduce necessariamente in un maggiore impatto sulla vita familiare. Non sono infatti i caregiver H 24 ma i caregiver “a ore” a dichiarare più frequentemente di aver sacrificato il proprio tempo libero o il tempo dedicato ad altri familiari. In effetti i questi ultimi sono più spesso lavoratori, solitamente non convivono con l’anziano, sono più giovani e quindi più probabilmente gravati dal lavoro di cura dei figli. Si spiega in questo modo lo “shock” che l’assistenza all’anziano, pur meno intensa che altrove, può comportare nella vita familiare.

In ogni caso i caregiver A ORE si sentono più sostenuti nel lavoro di cura rispetto agli H 24, che più spesso invece lamentano una sensazione di solitudine e di abbandono da parte delle istituzioni. Questo ci riporta alla realtà non facile dell’assistenza prestata in modo continuativo, che pur se spesso favorita dalla convivenza con l’anziano non permette di “staccare la spina”, risultando mediamente più gravosa.

In merito ai bisogni i due gruppi differiscono solo per certi aspetti: i caregiver “a ore” sono interessati a un potenziamento dei servizi Sad e Adi, mentre i caregiver “H 24” a una persona con cui condividere il lavoro di cura, in ambito privato. Sembra dunque che vi sia una maggiore apertura ai servizi formali da parte del gruppo A ORE, mentre una maggiore propensione all’informalità nei caregiver H 24.

Al di là dei bisogni avvertiti, l’uso dei servizi non appare correlato all’intensità della cura prestata. Questo è un dato che sorprende, dal momento che ci si attenderebbe invece un maggior utilizzo dei servizi da parte dei caregiver “a ore”, più spesso non conviventi con l’anziano, lavoratori e con doppio carico di cura, e quindi con l’evidente esigenza di coprire gap di assistenza. Piuttosto che ricorrere ai servizi, tuttavia, più spesso questi caregiver ricorrono alla badante: il 30,7% se ne avvale, percentuale che si riduce all’11,7 per i caregiver H 24.

Il lavoro di cura è condiviso con altri nell’81,5% dei casi fra i caregiver H 24, e nel 92,8% fra i caregiver A ORE. Fra chi presta assistenza in modo continuativo vi è dunque una quota maggiore di persone che non condividono il lavoro di cura con nessuno, da cui deriva anche probabilmente il maggior bisogno avvertito di condividere il lavoro di cura con qualcuno.

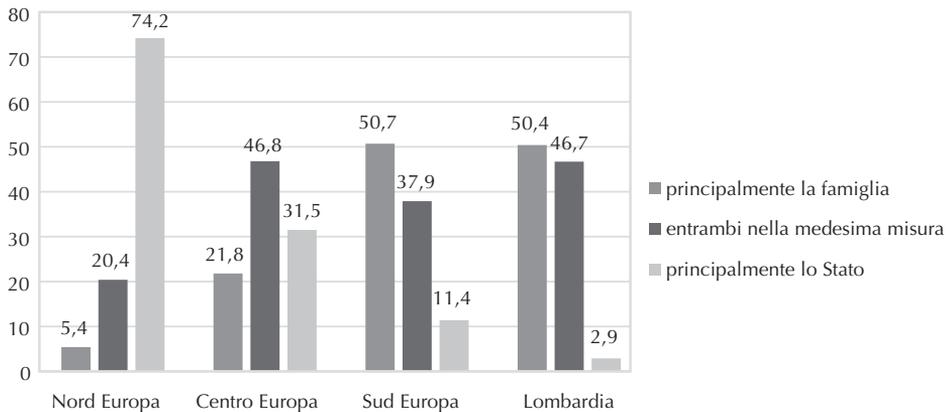
Per concludere, chi presta assistenza per alcune ore a settimana ma non in modo continuativo è nella maggior parte dei casi il figlio non convivente, con una propria famiglia e figli a carico. Talvolta si fa aiutare da una badante, ma vorrebbe anche un potenziamento dei servizi, in particolare di Sad e Adi. Chi invece svolge un’assistenza giorno e notte per tutta la settimana, week end compresi, è nella maggior parte dei casi il coniuge convivente. Questi non ha vissuto un forte sconvolgimento nell’organizzazione della propria vi-

ta familiare dall'inizio del lavoro di cura, dal momento che già conviveva con l'anziano. Nonostante ciò il lavoro di cura si traduce per lui in maggiore stress e vorrebbe qualcuno con cui condividere il lavoro, anche perché più spesso si trova del tutto solo a occuparsi dell'anziano.

3.13. Di chi è la responsabilità del lavoro di cura?

Come ultima domanda del questionario abbiamo chiesto ai caregiver di indicarci chi secondo loro deve o dovrebbe assumersi la responsabilità dell'aiuto nei lavori domestici e nella cura personale dell'anziano. Confrontiamo le risposte con quelle raccolte nell'indagine SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)⁽⁷⁾ e rielaborate dall'Università Ca' Foscari di Venezia nell'ambito di uno studio (Brenna, Di Novi, 2013) sugli effetti che la cura costante dei genitori anziani può provocare sulle figlie caregiver e sulla eventuale differenza di effetti che si osserva nei Paesi del Nord e in quelli del Sud Europa, caratterizzati da modelli di cura differenti. Lo studio, che presenta elementi di interesse per la nostra ricerca, è approfondito nel Box 3.2 in fondo al paragrafo.

Figura 3.13 - "Secondo lei chi deve o dovrebbe assumersi la responsabilità della cura personale (lavarsi, vestirsi) e dell'assistenza socio-sanitaria degli anziani non autosufficienti?" – comparazione del campione lombardo con altre macro-aree europee (valori %)



NOTE: Nord Europa: Danimarca, Svezia, Olanda; Centro: Austria, Francia, Germania; Sud: Grecia, Italia, Spagna.
Fonte: Indagine SHARE, 2007.

(7) Coordinata dal Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), è la prima banca dati europea che contiene informazioni dettagliate sullo stato di salute, le caratteristiche socio-economiche, le relazioni familiari degli ultracinquantenni in Europa, permettendo, fra il resto, anche di ricostruire il profilo degli "informal care providers".

Osservando il campione lombardo si vede come esso si divida circa a metà fra chi ritiene che la famiglia debba assumersi principalmente la responsabilità della cura dell'anziano e chi ritiene che lo Stato e la famiglia debbano condividere tale responsabilità in egual misura. Decisamente bassa è invece la quota di chi sostiene che lo Stato debba soprattutto assumersi questa responsabilità. Questo dato culturale potrebbe essere il risultato di una storica insufficienza e inadeguatezza dei servizi rispetto alla domanda, che avrebbe portato a una sfiducia nella capacità di supporto delle istituzioni pubbliche. Questa mentalità potrebbe tuttavia aver essa stessa contribuito allo scarso sviluppo dei servizi. Probabilmente non vi sono ragioni univoche per spiegare la situazione attuale, ma più fattori che si sommano fra loro. In ogni caso, è utile domandarsi su quale leva agire perché il lavoro di cura sia sostenuto dalla società e non solo dalla famiglia, a scapito della partecipazione principalmente delle donne al mercato del lavoro o del loro benessere psicologico.

Rispetto alla Lombardia, il Sud Europa, rappresentato da Italia, Grecia e Spagna, sembra un po' più "statalista": rimane costante la quota di chi vede la famiglia nel ruolo di principale responsabile, mentre aumenta quella di chi vede lo Stato in questo ruolo, a scapito di chi sostiene un'equa divisione dei ruoli.

Guardando infine al Centro e al Nord Europa salta immediatamente all'occhio il maggior numero di "statalisti": sono il 31,5% e il 74,2% rispettivamente. Questi risultati sono evidentemente legati a profonde differenze fra i sistemi di welfare europei, ma non solo. Danno conto, ad esempio, di diversi tassi di partecipazione femminile al mercato del lavoro (non dimentichiamoci che l'Italia è fanalino di coda, con un tasso pari al 46,5% nel 2013⁽⁸⁾, mentre fra i Paesi del Nord Europa le percentuali superano il 70%⁽⁹⁾). Non solo, vi è spesso un senso di "indispensabilità" dei familiari rispetto ai propri genitori e parenti: in qualche modo ci si sente e si viene percepiti come insostituibili nel lavoro di cura. Senza voler necessariamente rinunciare a questo, varrebbe comunque la pena di riflettere sulla sostenibilità di un sistema siffatto a fronte delle evoluzioni demografiche e delle riconfigurazioni della famiglia in corso.

⁽⁸⁾ Istat, 2014.

⁽⁹⁾ Eurostat, 2014.

Box 3.2 – Focus Europa: chi si occupa dei genitori anziani?
A cura di Elenka Brenna e Cinzia Di Novi

Di fronte al progressivo invecchiamento della popolazione europea, prima fra tutti i continenti per percentuale di over-65, il problema dell'assistenza riguarda, oltre la rete di servizi, anche i cosiddetti "caregiver informali" ovvero parenti, vicini di casa, amici che dedicano parte del proprio tempo per assistere un congiunto non autosufficiente. Fra questi, la categoria delle figlie femmine risulta essere la più rappresentata.

Di loro si occupa un recente studio condotto da due ricercatrici, Cinzia Di Novi dell'Università Ca' Foscari ed Elenka Brenna dell'Università Cattolica di Milano. Gli obiettivi della ricerca sono due: primo, misurare il possibile effetto sulla salute mentale che la cura costante dei genitori anziani può provocare sulle figlie caregiver, secondo verificare se il risultato varia spostandosi dai Paesi del Nord a quelli del Sud Europa. Perché il gradiente Nord-Sud? Da una statistica di SHARE, una delle maggiori banche dati europea sulle condizioni della popolazione ultracinquantenne, emerge che la cura agli anziani è sostenuta in via prevalente da cure formali (vale a dire personale qualificato) nei Paesi del Nord Europa, mentre dirigendosi verso Sud subentrano le cure informali, fino a giungere ai Paesi mediterranei, dove nel 90% dei casi gli anziani non autosufficienti sono assistiti da personale non qualificato. La circostanza è spiegata in letteratura con la polarizzazione della società europea in due tipologie: le società *family-centred*, tipiche dei Paesi del Sud Europa, dove la famiglia supplisce da secoli alle carenze istituzionali in tema di welfare (ad es. mancanza di abitazioni e lavoro per i giovani, assistenza agli anziani e ai disabili) e le società *non-family centred*, tipiche dei Paesi nordici, dove il sistema di welfare è particolarmente sviluppato e gode di finanziamenti adeguati. Tale polarizzazione affonda le sue radici in differenze culturali, sociali e religiose che da secoli caratterizzano e identificano le diverse macro-aree, rispettivamente del Nord, Centro e Sud Europa.

Lo studio riguarda 11 Paesi e 1.785 donne – fra i 50 e i 75 anni – che offrono assistenza continua, per almeno 20 ore settimanali, ai genitori anziani. Come è possibile immaginare, questo tipo di assistenza comporta rinunce, sia sul piano professionale che su quello personale, mettendo in gioco la salute fisica e soprattutto psicologica delle donne. In particolare, se l'assistenza ai genitori comporta la rinuncia ad un lavoro e/o se le caregiver sono simultaneamente occupate ad assistere figli/nipoti non ancora autonomi, il rischio di isolamento è alto. La salute mentale è stata misurata attraverso la scala di valutazione Euro-D, che comprende 12 parametri collegati alla salute psicologica, come ad esempio propensione al pianto e mancanza di appetito. I risultati mostrano la presenza di un gradiente Nord-Sud. L'impatto sulla salute mentale è negativo solo nel Sud Europa (Italia compresa), dove le donne che offrono cure continuative ai genitori anziani presentano una probabilità più alta dell'8%

rispetto alle non-caregiver di soffrire di disturbi mentali. Il risultato non è significativo per le donne dell'Europa del Nord e del Centro. L'impatto è ancora maggiore (10% di probabilità in più) se nella tipologia di assistenza si escludono gli aiuti domestici e si include solo l'assistenza più impegnativa (assistenza personale nel lavarsi, vestirsi...). Un effetto ancora maggiore risulta nel caso si prendano in considerazione solo le caregiver che dedicano più di 20 ore la settimana all'assistenza informale. Nell'area mediterranea, in Italia, è la famiglia che storicamente si fa carico dei bisogni dei familiari anziani, sia finanziariamente che in termini di assistenza. E sempre la famiglia supplisce alle carenze economiche delle nuove generazioni, gravate dalla difficoltà nel trovare lavoro, all'interno di un patto reciproco che riflette l'assenza strutturale di risposte istituzionali. Una figlia che debba assumersi la presa in carico parziale o totale di un genitore anziano, nell'assenza di una rete di supporto fornita dalle istituzioni, si trova a dover sostenere un carico fisico ed emozionale troppo gravoso. Al contrario i Paesi del Nord Europa, Svezia in testa, da parecchie decadi hanno affrontato il problema degli anziani attraverso diverse riforme istituzionali. In Svezia ad esempio è il Comune che per legge è responsabile dell'assistenza e del benessere degli anziani. In queste condizioni, una figlia può scegliere di assistere i genitori per attaccamento emotivo e non per necessità, consapevole di una rete di servizi che la possono supportare.

Le politiche europee dovrebbero tener conto di queste carenze nei Paesi dell'Europa mediterranea, dove il problema dell'assistenza agli anziani deve ancora essere affrontato con riforme strutturali. Misure adeguate dovrebbero essere messe a punto a sostegno delle donne caregiver esposte al rischio di isolamento sociale e alle difficoltà di conciliare cure e vita lavorativa. Una possibile via potrebbe essere la graduale sostituzione di cure formali con cure informali, con aiuti economici per le famiglie a basso reddito. Riguardo a questo punto, l'offerta di lavoro da parte di cittadini extra-europei è ancora elevata, basterebbe attivare corsi che preparino personale specializzato ad assistere gli anziani non autosufficienti. Infine, uno strumento che ha preso piede nell'Europa settentrionale e centrale e che nel Sud stenta a decollare consiste nel riconoscimento di un assegno mensile al familiare che decida di assistere un proprio congiunto non autosufficiente per almeno otto ore al giorno.

3.14. Conclusioni

I familiari che si prendono cura di un anziano non autosufficiente medio-grave sono almeno 330.000 in Lombardia. Ma questi sono solo i caregiver che abbiamo definito "primari", il riferimento principale. Molti di più sono i caregiver in una accezione più ampia, anche quelli meno impegnati ma pur sempre coinvolti: arriviamo ad almeno 800.000 persone. Questa indagine di-

segna questa realtà come lontana e spesso estranea al sistema dei servizi pubblici. Più rassegnata che rivendicativa. Che fatica a esprimersi, afasica, muta.

Questa indagine aiuta a tracciare un identikit del caregiver: età media 59 anni, donna in tre quarti dei casi, figlia o figlio dell'anziano in sei casi su dieci, con a sua volta figli conviventi in un quarto dei casi, configurando così la consistenza dalla cosiddetta "sandwich generation", presa dalla cura di due generazioni diverse. L'attività di cura assorbe molto tempo, occupa spesso giorni interi consecutivi, offrendo poche possibilità di stacco per il caregiver. La tendenza al welfare fai-da-te, al "cavarsela da soli" e il senso di indispensabilità prevalgono sul resto. Ci si sente, così, lontani dalle istituzioni, in una condizione che non è possibile cambiare perché sentita come un dovere da portare a termine, costi quel che costi.

Nei confronti dello Stato il desiderio maggiore è quello di continuare a ricevere un sostegno economico senza vincoli (indennità di accompagnamento). Si sente il bisogno di condividere l'attività di assistenza con qualcuno come un volontario: risorsa gratuita e facilmente accessibile. I servizi di assistenza domiciliare (Sad e Adi) sono usati da meno di un quarto dei non autosufficienti. Sorprende, in chi non li ha mai utilizzati, lo scarso interesse a farlo. Per motivi che sono una miscela di disinformazione, pregiudizio, scarsa disponibilità a intraprendere una trafila burocratica vissuta come complicata e onerosa.

Se interpellati rispetto a quali ostacoli impediscano o rendano difficile l'uso dei servizi, peraltro, la maggior parte dei caregiver non esprime un parere perché "non sa". L'elevato tasso di non risposte, ricorrente nell'indagine, è paradossalmente uno dei risultati più significativi, poiché caratterizza un mondo poco abituato a esprimersi, a vedersi riconosciuto nel proprio ruolo e nei propri desideri.

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

Bibliografia

- BRENNNA, E., DI NOVI, C. (2013). *Is Caring for Elderly Parents Detrimental for Women's Mental Health? The Influence of the European North-South Gradient*. University Ca' Foscari of Venice, Dept. of Economics Research Paper Series No. 23.
- COLOMBO, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing. www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.
- DE ROSE, A., RACIOPPI, F. (2010). *The ageing of the "Sandwich Generation": implication on wellbeing status in a gender perspective*. Presented at the European Population Conference 2010, Vienna 1-4 Sept.
- EUROSTAT (2014). *Statistics database*. European Commission, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- ISTAT (2011). *Rapporto annuale sulla situazione del Paese*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2014). *Rapporto annuale 2014 – La situazione del Paese*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
- KÜNEMUND, H. (2006). Changing Welfare States and the "Sandwich Generation": Increasing Burden for the Next Generation? *International Journal of Aging and Later Life*, 1 (2), 11-30.
- MAY, M.P., TACCANI, P. (1996). *Lavoro di cura*. In: MAURI, L., PENATI, C. (a cura di). *Pagine aperte 2*. Milano: Franco Angeli.
- PASQUINELLI, S., SALA, M. (2013). Assistenti familiari e lavoro somministrato. L'esperienza di Cooperjob. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 7/2013, 5-13.
- REINHARD, S.C. et al. (2008). *Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 1*. HUGHES, R.F. (ed.). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- SHULZ, R., BEACH, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effect study. *Journal of the American Medical Association*, 282 (23): 2215-9.
- SHULZ, R., SHERWOOD, P.R. (2008). Physical and Mental effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*. 108 (9 Suppl): 23-27.
- SIMONTON, L.J. (1987). *Assessing caregiver information needs: A brief questionnaire*. In: DOBROF, R. (ed). *Gerontological Social Work with Families*. Binghamton, New York: Haworth Press, 177-180.
- VITALIANO, P.P., ZHANG, J., SCANLAN, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6): 946-73.
- ZULUAGA, B.H. (2000). Implementation of the Zuluaga-Raysmith (Z-R) model for assessment of perceived basic human needs in home health clients and caregivers. *Public Health Nurs*, 17(5): 317-324.

APPENDICE 1

L'indagine e la costruzione del campione

La survey ha analizzato le situazioni in cui l'anziano vive ancora a casa propria o di un familiare e dove è individuabile un caregiver, ossia un familiare o conoscente che si occupa abitualmente, in modo informale e generalmente gratuito, delle cure e dell'assistenza all'anziano. Sono stati dunque esclusi i casi in cui l'anziano è ricoverato in modo permanente in struttura, dove evidentemente non vi è alcuna assistenza prestata a domicilio. Risultano inclusi, invece, i casi di ricorso a strutture semi-residenziali (centri diurni) o a ricoveri di sollievo.

In base ai dati Istat applicati alla popolazione residente in Lombardia al 1° gennaio 2014 si stima che gli anziani con limitazioni funzionali (confinamento individuale, limitazioni nelle funzioni quotidiane, limitazioni nel movimento, limitazioni di vista, udito e parola) residenti in Regione siano 334.658 (si veda il capitolo 2 al riguardo). Poiché nella stima non sono considerate le persone che vivono in istituti di cura, questo numero corrisponde esattamente al nostro universo di riferimento.

I casi oggetto di indagine sono stati raccolti grazie alla collaborazione di Patronato Acli Lombardia, l'Inca della Cgil Lombardia, l'Inas della Cisl e l'Auser. In modo particolare, i nominativi sono stati individuati attraverso le liste di anziani che nel 2013 hanno presentato domanda di prestazioni o riconoscimenti legati alla non autosufficienza. Si tratta prevalentemente di domande di indennità di accompagnamento, di riconoscimento dello stato di handicap grave o di inidoneità al servizio, o richieste di permessi per handicap ex l. 104. Poiché il focus è posto sugli anziani effettivamente bisognosi di cure o assistenza, sono state considerate solo le domande che hanno ottenuto esito positivo. L'approfondimento sui bisogni dei caregiver presentato nell'apposito Box è stato reso possibile attraverso nominativi indicati da Inas della Cisl.

Nella survey, condizione necessaria per partecipare all'intervista è stata la presenza dell'anziano al proprio domicilio e il fatto di non essere stato ricoverato. Questa pre-condizione ha impedito di condurre l'intervista nel 6% dei nominativi contattati. Vi è stato poi un ulteriore 5% di rifiuti da parte del caregiver per altri motivi.

Il campione è così risultato composto da 512 casi. Esso è distribuito su tutto il territorio regionale come mostrato in tabella e stratificato per provincia in base alla distribuzione territoriale degli utenti nei patronati. Nella tabella di seguito si riporta la distribuzione campionaria.

Distribuzione del campione per provincia

Provincia	Valore assoluto	%
Milano	131	25,6
Monza Brianza	30	5,9
Bergamo	42	8,2
Brescia	82	16,0
Como	30	5,9
Cremona	23	4,5
Lecco	29	5,7
Lodi	18	3,5
Mantova	36	7,0
Pavia	30	5,9
Sondrio	10	2,0
Varese	51	10,0
Totale	512	100,0

APPENDICE 2

Questionario utilizzato e distribuzioni di frequenza

N. casi = 512

Informazioni generali su chi risponde (caregiver)

Chi risponde al questionario (caregiver)?

- 26,2%** Il coniuge/compagno dell'anziano
- 60,5%** Il figlio/la figlia
- 0,8%** Fratello/sorella
- 3,3%** Nipote
- 6,3%** Nuora/genero
- 2,9%** Una persona di fiducia esterna alla famiglia

Sesso: **27,1%** maschio **72,9%** femmina*Età media: 59 anni**Posizione sul mercato del lavoro:*

- 35,2%** occupato a tempo pieno
- 8,6%** occupato a tempo parziale
- 33%** pensionato
- 20,1%** casalinga
- 3,1%** altro

*Da chi è composto il suo nucleo familiare?***7,4%** Vivo da solo; **92,6%** Vivo con altre persone*Quali sono queste altre persone? (possibili anche più risposte)*

- 43,2%** L'anziano
- 46,9%** Il coniuge
- 8,4%** Figli minorenni
- 20,1** Figli maggiorenni
- 5,7%** Altri

Informazioni sull'anziano

Sesso: **40,6%** maschio **59,4%** femmina*Età:*

- 18,8%** 60-75
- 18,8%** 75-80
- 25,6%** 80-85
- 23,2%** 85-90
- 13,7%** >90

L'anziano attualmente:

- 3,5%** vive da solo, senza nessuno che possa intervenire tempestivamente in caso di bisogno
- 21,5%** vive da solo, ma con vicino un parente/conoscente che può intervenire tempestivamente in caso di bisogno
- 75%** vive insieme ad altre persone

Se vive insieme ad altre persone, chi sono queste persone?

- 43,2%** Coniuge o compagno
- 27,5%** Figli
- 1,6%** Fratelli/sorelle
- 5,3%** Nipoti
- 6,8%** Nuora/genero
- 15,6%** Badante

Grado di autonomia media o elevata nello svolgere le seguenti attività:

- uscire da solo (es. utilizzare mezzi pubblici, fare la spesa, ecc.): **10,9%**
- occuparsi delle faccende domestiche **10,4%**
- cura di se stesso (lavarsi, vestirsi, mangiare da solo) **25,8%**

È affetto da una delle seguenti malattie o disfunzioni? (possibili più risposte)

- 7,8%** Problemi cognitivi lievi
- 38,7%** Demenza senile/Alzheimer
- 8,6%** Parkinson
- 4,7%** Malattia psichiatrica
- 60,5%** Disabilità motoria

L'anziano ha una invalidità riconosciuta?

- 97,7%** sì; **2,3%** no

Condizioni economico-patrimoniali dell'anziano

Al momento i redditi che l'anziano (e il suo nucleo familiare convivente) percepisce:

- 5,7%** sono sufficienti per sostenere i bisogni dell'anziano e si riesce anche a mettere da parte qualcosa
- 60,7%** sono sufficienti per sostenere i bisogni dell'anziano ma non si riesce a mettere da parte qualcosa
- 33,6%** non sono sufficienti per sostenere i bisogni dell'anziano

Al di fuori del nucleo familiare stretto dell'anziano (ad es. il coniuge o le persone con cui vive) esiste qualcuno (ad es. un parente) che contribuisce a sostenere le sue spese quotidiane?

- 37,5%** sì **62,5%** no

Riceve le seguenti prestazioni?

- 80,7%** Indennità di accompagnamento
14,5% Pensioni di inabilità/assegno di invalidità

Il caregiver e i suoi bisogni

Quante ore presta aiuto in totale all'anziano in una settimana tipo?

- 24,6%** Meno di 20 ore a settimana
75,4% Più di 20 ore a settimana

Quanti giorni si reca all'abitazione dell'anziano per prestare aiuto?

- 81,3%** 7 giorni su 7; **6,4%** 5-6 giorni su 7; **9,0%** 3-4 giorni su 7; **3,3%** più di rado.

Quanto tempo dedica all'attività di cura?

- 43,8%** Giorno e notte (24h)
11,9% Durante il giorno, per almeno 7 ore
1,6% Durante la notte, per almeno 7 ore
24,2% Dalle 3 alle 7 ore durante il giorno
1,6% Dalle 3 alle 7 ore durante la notte
16,0% Meno di 3 ore durante il giorno
1,0% Meno di 3 ore durante la notte

Da quanto tempo presta aiuto?

- 75,8%** Più di 2 anni
21,5% Da 1 a 2 anni
2,7% Meno di un anno

Come il lavoro di cura ha modificato la sua vita lavorativa?

- 1,2%** Ho dovuto cambiare lavoro
8,6% Ho dovuto ridurre gli orari di lavoro
5,7% Ho dovuto lasciare il lavoro
84,0% Nessun cambiamento

Come il lavoro di cura ha impattato sulla sua vita familiare?

- 1,8%** Ho dovuto cambiare abitazione
47,1% Ho dovuto sacrificare il mio tempo libero
21,7% Ho dovuto sacrificare il tempo dedicato ad altri familiari
29,3% Nessun cambiamento

Lei o un altro parente dell'anziano avete usufruito di permessi/congedi previsti dalla legge 104/92 per assistere un parente disabile?

- 37,5%** sì **62,5%** no

*Qual è il suo stato d'animo rispetto alle cure e all'assistenza che procura?
(percentuali per riga)*

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Non risponde/ non sa
Mi sento solo nell'assolvimento di questo compito	21,1	40,0	24,2	12,9	1,8
Mi sento sostenuto dalle istituzioni (Comune, ASL, ...) nell'assolvimento di questo compito	18,9	32,4	41,0	3,7	3,9
Penso che i servizi agli anziani non siano appropriati rispetto ai loro bisogni	10,4	22,1	39,6	16,6	11,3
Penso che i servizi non siano sufficienti per soddisfare tutte le richieste	7,0	22,9	40,8	16,8	12,5
Vorrei essere liberato almeno di una parte del carico di cura	20,7	32,4	32,4	9,4	5,1

Nella sua attività di assistenza di che cosa sente più bisogno? (massimo due risposte)

- 17,4%** Volontari a tenere compagnia
- 3,3%** Ricovero di sollievo
- 2,3%** Ricovero in RSA
- 12,3%** Potenziamento dei servizi domiciliari Sad e/o Adi
- 6,4%** Una badante
- 9,8%** Una persona (parente o amico) con cui condividere il lavoro di cura
- 28,7%** Un contributo economico
- 32,8%** Non sa
- 9,2%** Altro

Avete cercato di ricoverare l'anziano in RSA e, se sì, quali sono i maggiori impedimenti incontrati per ottenere il ricovero? (massimo due risposte)

- 91,2%** No, non abbiamo cercato un ricovero
- 4,3%** Sì, ma i prezzi sono troppo alti
- 1,4%** Sì, ma le liste di attesa sono risultate essere troppo lunghe
- 0,6%** Sì, ma mancano strutture facilmente raggiungibili
- 0,8%** Sì, ma ci sembra scarsa la qualità dei servizi
- 2,9%** Altro

Se avete cercato di ricoverare l'anziano in RSA: sareste disponibili a considerare il trasferimento in una residenza estera?

- 8,9%** Sì, ad un costo inferiore
- 4,4%** Sì, per un servizio migliore di quanto offerto nelle attuali RSA italiane ad un costo identico
- 0%** Sì, per un clima più temperato con una offerta di servizi premium a pagamento
- 86,7%** No, non sarei disposto al trasferimento a nessuna condizione

Quanto al massimo sarebbe disposto a pagare al mese per un ricovero in RSA?

- 35,6%** Niente
- 24,3%** Fino a mille euro
- 39,9%** Oltre mille euro

Per meglio gestire il lavoro di cura sarebbe interessato a...?

- 10,0%** Un sostegno psicologico individuale
- 2,5%** Partecipare a gruppi di mutuo aiuto
- 4,9%** Ricevere una formazione
- 75,6%** Non saprei
- 12,1%** Altro

Se fosse interessato a una formazione (terza opzione alla domanda precedente), in che cosa questa potrebbe aiutarla?

- 2,9%** Come agire in alcune situazioni difficili
- 1,6%** Avere maggiore conoscenza della malattia dell'anziano
- 1,4%** Riuscire a gestire lo stress emotivo
- 0,8%** Conoscere meglio la rete di aiuti esistente
- 0,2%** Altro

Oltre a lei, chi altri si occupa delle cure e dell'assistenza all'anziano? (possibili più risposte)

- 12,1%** Nessuno
- 25,6%** Il coniuge/compagno
- 46,3%** Il figlio/la figlia
- 14,5%** Fratello/sorella
- 9,0%** Nipote
- 11,3%** Nuora/genero
- 9,8%** Una persona di fiducia esterna alla famiglia
- 22,5%** Una badante
- 2,9%** Altro

L'assistente familiare

Sezione riservata ai casi in cui si è dichiarata la presenza di un'assistente familiare (22,5% del campione).

Di che nazionalità è l'assistente familiare ("badante") (in caso di più assistenti familiari si indichi la nazionalità di quella che passa più tempo con l'anziano)?

- 22,6%** Italia; **53,9%** Europa dell'est; **17,4%** Sudamerica; **3,5%** Africa; **2,6%** Altro

Con quale frequenza in media assiste l'anziano (in caso di più assistenti familiari si indichi la somma delle ore di assistenza prestate)?

- 48,7%** L'assistente familiare convive con l'anziano
- 17,4%** 8 o più ore al giorno
- 19,1%** Tra 4 e 8 ore al giorno
- 14,8%** Meno di 4 ore al giorno

È soddisfatto dell'assistenza prestata dalla "badante"?

- 53,0%** Molto
45,2% Abbastanza
1,7% Poco/per nulla

Quanto incide il costo della "badante" rispetto agli introiti dell'anziano?

- 7,8%** Meno della metà
31,3% Circa la metà
48,7% Oltre la metà
12,2% Gli introiti dell'anziano non sono sufficienti e i familiari devono contribuire

Uso dei servizi

*Usa o ha usato i seguenti servizi, e se no, sarebbe interessata ad usarli?
 (valori percentuali per riga)*

	Usa	Ha usato	Mai usato ma è interessato	Mai usato e non interessa	Non conosce/ non sa
Assistenza domiciliare del Comune (Sad)	8,0	6,1	22,9	60,5	2,5
Assistenza sociale del Comune/ Segretariato	4,7	3,3	16,8	70,5	4,7
Pasti caldi a domicilio	2,7	1,6	6,4	82,0	7,2
Assistenza infermieristica a domicilio della Asl (Adi)	19,1	11,1	16,2	52,0	1,6
Attività riabilitative ambulatoriali presso l'Asl	5,1	10,7	17,2	65,0	2,0
Servizio trasporti e accompagnamento fuori casa	6,1	5,9	23,6	62,9	1,6
Ricovero in residenza (RSA/RSD)	1,8	1,8	12,1	81,4	2,9
Ricovero di sollievo	0,4	0,6	9,0	82,8	7,2
Telesoccorso/teleassistenza	2,7	1,0	12,3	72,1	11,9
Telemedicina	0,4	0,2	9,4	76,2	13,9
Vacanze/ gite	0	0	5,3	85,5	9,2
Alloggio assistito ⁽¹⁾	0,2	0,4	6,6	85,4	7,4
Centro diurno	2,1	2,7	12,7	78,5	3,9

⁽¹⁾ Strutture private che ospitano alloggi per anziani e prevedono supporto assistenziale da parte di custodi sociali e/o infermieri, oltre ad attività ricreative finalizzate al mantenimento delle abilità motorie e cognitive. Si tratta di una "co-abitazione" fra anziani che assume caratteristiche diverse dal ricovero in residenza.

Quali sono a suo avviso i maggiori ostacoli all'utilizzo dei servizi pubblici o pubblico/privati? (possibili più risposte)

- 25,0%** Prezzi alti
- 6,1%** Impossibilità di accesso per mancanza di requisiti formali
- 26,0%** Difficoltà burocratiche nell'accesso ai servizi
- 2,3%** Qualità insufficiente
- 4,1%** Scarsa fiducia nel personale
- 44,7%** Non sa/non usa servizi
- 13,9%** Altro

Se l'anziano riceve l'indennità di accompagnamento, sarebbe interessato a riceverla sotto forma di voucher, anche di valore maggiore, per acquistare servizi domiciliari?

- 7,5%** sì **84,5%** no **8,0%** non saprei

Se sì, per che cosa esattamente userebbe il voucher?

- 29,0%** Pagare un'assistente familiare
- 35,5%** Pagare un collaboratore domestico
- 32,3%** Pagare un infermiere/OSS/fisioterapista
- 3,2%** Altro

Secondo lei chi deve o dovrebbe assumersi la responsabilità delle seguenti attività di assistenza agli anziani? (valori percentuali per riga)

	Solo la famiglia	Soprattutto la famiglia	Entrambi nella medesima misura	Soprattutto lo Stato	Solo lo Stato
Aiuto con i lavori domestici, come fare le pulizie o il bucato, per gli anziani bisognosi	12,7	43,9	41,0	2,3	0
Cura personale, lavarsi o vestirsi e/o assistenza socio-sanitaria per gli anziani bisognosi	13,9	36,5	46,7	2,7	0,2

4. Badanti e lavoro di cura: realtà e direzioni emergenti

Giselda Rusmini e Sergio Pasquinelli (*)

Il lavoro di cura svolto dalle assistenti familiari – o “badanti” – è entrato in modo ormai stabile nel campo delle opzioni a disposizione delle famiglie lombarde. Una realtà, come sappiamo, sviluppatasi in maniera deregolata e sommersa.

Intorno a questa realtà sono nati e cresciuti progetti tesi a correggere i limiti e i problemi legati a un mercato poco qualificato e scollegato da ogni altra forma di aiuto. Nel tentativo di riconnettere il “welfare fai da te” a quello del sistema dei servizi formali. Peraltro, il settore dei servizi alla famiglia, e in particolare la cura delle persone anziane, è considerato rilevante per la creazione di nuovi posti di lavoro (Cnel, 2014) e promette nuove opportunità occupazionali (Fondazione Ismu-Censis, 2013). Il punto sarà capire quanto di questa possibile crescita avverrà nell’ambito del lavoro regolare e quanto invece sfuggirà a questo.

In Lombardia il lavoro privato di cura costituisce un fenomeno consolidato. La sua rilevanza non sembra oggi ridimensionarsi. Piuttosto cambiano, come vedremo, diversi elementi al suo interno.

In questo capitolo proponiamo una analisi della diffusione del lavoro privato di cura nella Regione, delle dinamiche recenti riguardanti le famiglie che ricorrono all’aiuto delle assistenti familiari e della spesa da esse sostenuta (parr. 4.1 e 4.2). Segue una disamina di alcuni significativi interventi a sostegno di famiglie e badanti, da quelli di più recente sviluppo come il lavoro somministrato e il lavoro condiviso, a quelli più consolidati quali gli sportelli dedicati e i sostegni economici (par. 4.3). Proponiamo quindi sintesi delle principali evidenze e alcune indicazioni di sviluppo, anche alla luce di due interventi legislativi,

(*) Per le loro preziose testimonianze in tema di lavoro privato di cura ringraziamo: *Alessandra Assandri*, Acli Crema e Cremona; *Pierluca Castelnovo*, Federsolidarietà Confcooperative Lombardia; *Pedro Di Iorio*, Caritas Ambrosiana; *Silvia Foresti*, Federcolf; *Massimo Minelli*, Federsolidarietà Confcooperative Lombardia; *Angela Ravelli*, Associazione Il Ponte, Cremona; *Fabrizio Tagliabue*, Famiglie e Dintorni cooperativa sociale ACLI; *Alberto Zanni*, Confabitare, Bologna; *Marco Zucchelli*, Caritas Diocesana Bergamasca. Rimane solo nostra la responsabilità di quanto riportato nel testo.

uno nazionale e uno regionale: la proposta di legge per l'istituzione del voucher universale e la legge regionale lombarda "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari" (par. 4.4).

Il capitolo, nell'ottica di analizzare l'esistente e di offrire indicazioni di policy agli operatori pubblici e privati operanti in Lombardia, non tratta interventi di competenza nazionale quali ad esempio il regime fiscale nel contratto colf, l'indennità di accompagnamento e la normativa sull'immigrazione, rispetto ai quali non sono in atto progetti di cambiamento e su cui rimandiamo a Pasquinelli e Rusmini (2013b).

4.1. Il lavoro privato di cura in Lombardia: dimensioni e cambiamenti

Secondo i più recenti dati Inps, in Lombardia i lavoratori domestici che nel corso del 2013 hanno ricevuto almeno un versamento contributivo erano 177mila, di cui solo il 30% occupati in qualità di badante (54.548)⁽¹⁾. Si tratta, evidentemente, di dati che sottostimano la reale diffusione del fenomeno, per diversi motivi:

- sono esclusi dal computo i lavoratori impiegati irregolarmente, quelli cioè a cui il datore di lavoro non versa gli oneri contributivi;
- alcuni dei lavoratori classificati come colf possono in realtà svolgere anche attività di cura e assistenza alle persone anziane.

Tabella 4.1 - I lavoratori domestici regolarizzati, anno 2013

	Colf	Badanti	Totale
Lombardia	122.548	54.548	177.107
Italia	583.068	361.517	944.634

Fonte: Inps – Osservatorio sui lavoratori domestici.

NOTA: il totale non corrisponde perfettamente alla somma di colf e badanti in quanto il dato sul tipo di attività svolta è mancante per 11 casi in Lombardia e 49 casi in Italia. Dati estratti il 2 ottobre 2014.

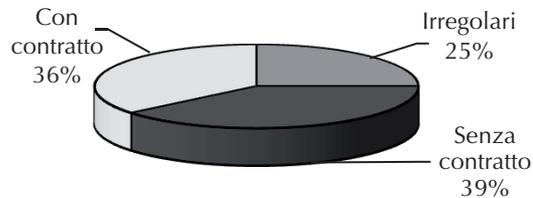
La stima del numero di *tutti* i lavoratori, anche irregolari, che proponiamo si basa su una procedura, affinata negli anni, che unisce fonti ufficiali e fonti informali. Si basa su un calcolo che utilizza i dati Inps relativi ai lavora-

⁽¹⁾ I dati sono stati estratti dall'Osservatorio sui lavoratori domestici dell'Inps il 2 ottobre 2014. La distinzione fra lavoratori domestici occupati come colf o come badanti è disponibile per le annualità 2012 e 2013 (gli anni precedenti molti lavoratori risultano non classificati).

tori domestici, i dati sui cittadini stranieri residenti (Istat) e su quelli irregolarmente soggiornanti (Ismu), nonché la testimonianza di molti interlocutori – nei Centri di ascolto della Caritas, nei sindacati, nelle associazioni, nel volontariato, nella cooperazione sociale, nei servizi impegnati nell’orientamento e accompagnamento all’inserimento lavorativo – che ci aiutano a mettere a fuoco le dimensioni del fenomeno.

Il risultato finale ci dice che in Lombardia operano, indicativamente, 156.000 assistenti familiari, di cui il 90% straniere e di cui la maggioranza senza un contratto di lavoro. Il dato Inps che vede circa 55mila badanti regolari in Lombardia conferma le nostre precedenti stime riguardo le dimensioni della regolarità contrattuale, pari a circa 1/3 del totale (Pasquinelli e Rusmini, 2008).

Figura 4.1 - Assistenti familiari operanti in Lombardia, per regolarità contrattuale e di soggiorno



Fonte: stime Irs.

Tenendo presente che una parte di queste 156mila lavoratrici può assistere anche due persone, in maniera più o meno intensa, il numero di anziani assistiti da una badante si può ragionevolmente stimare intorno a 175mila, corrispondenti all’8,2% degli ultra 65enni residenti in Lombardia (Tabella 4.2).

Tabella 4.2 - Anziani utenti di alcuni servizi/interventi in Lombardia (valori percentuali e assoluti, persone di 65 anni e più)

Servizio/intervento	%	N.
Assistenza familiare (badanti)	8,2	175.000
Assistenza domiciliare integrata - Adi	3,9	80.045
Assistenza residenziale per non autosufficienti	2,9	59.418
Servizi di assistenza domiciliare comunale - Sad	1,6	31.699
Indennità di accompagnamento	9,8	201.973

Fonte: stime Irs; dati Istat e Ministero della salute, Sistema informativo sanitario, anno 2012; elaborazioni su dati Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anno 2012; dati Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, anno 2011; elaborazioni su dati Istat, Statistiche della previdenza e dell’assistenza sociale, anno 2012.

Si tratta di oltre il doppio degli anziani che beneficiano dell'Assistenza domiciliare integrata, quasi il triplo di quelli in strutture residenziali per non autosufficienti e cinque volte il numero di anziani seguiti dai servizi di assistenza domiciliare comunali. Nonostante la crisi e la perdita di potere d'acquisto delle famiglie, il lavoro privato di cura rimane quindi una risposta essenziale alla non autosufficienza.

Se dunque le assistenti familiari rappresentano il primo servizio a cui ricorrono le famiglie con un anziano non autosufficiente, l'aiuto ad esse richiesto ha assunto nei tempi recenti connotazioni nuove. Cinque le dinamiche che si sono sviluppate, sulla spinta delle crescenti difficoltà nei bilanci di molte famiglie, delle tangibili ricadute dei tagli di spesa sui servizi sociali e dell'aumento dei costi dell'assistenza residenziale⁽²⁾ (Pasquinelli e Rusmini, 2013a):

1. *Aumento del lavoro di cura intra-familiare.* Ritorno ai legami familiari, riduzione della "esternalizzazione" del carico di cura alle assistenti familiari e una maggiore assunzione in proprio di tali oneri sono dinamiche che comprendono un numero crescente di famiglie, sotto il peso di redditi familiari in recessione e la presenza di disoccupati in molti nuclei. Si tratta di un fenomeno che non potrà essere sostenibile sul lungo periodo, stante la tendenza all'aumento del numero di anziani e alla diminuzione dei caregiver (cfr. capitolo 2).

2. *Aumento del lavoro a ore rispetto alla coresidenza.* L'accresciuta disponibilità delle famiglie a farsi carico dell'assistenza di anziani non autosufficienti porta a richiedere più frequentemente assistenza ad ore. Questa preferenza si sposa con la diminuzione delle assistenti familiari disposte alla coresidenza, in atto già da alcuni anni, legata al processo di insediamento nella società italiana, l'acquisizione di un alloggio autonomo e i ricongiungimenti familiari.

3. *Aumento del lavoro irregolare.* I dati Inps mostrano un calo di 14mila lavoratori domestici (colf + badanti) in Lombardia fra il 2009 e il 2013, che potrebbe indicare un aumento del lavoro sommerso. In ogni caso, numero-

⁽²⁾ L'aumento dei costi di compartecipazione sta determinando difficoltà di accesso ai servizi, soprattutto per gli anziani in condizioni economiche superiori alla soglia di esenzione. È il caso, in particolare, delle Rsa dove nel solo biennio 2010-2012 si registra un incremento del 6,1% nelle rette minime e del 5,6% nella retta massima (Tidoli, 2013). Ed è il caso di molti servizi domiciliari (Sad).

se associazioni/patronati al servizio delle lavoratrici rilevano una significativa tendenza delle famiglie a regolarizzare solo parzialmente la propria assistente, attraverso il riconoscimento di un orario settimanale di lavoro inferiore a quello reale, l'inquadramento in una categoria inferiore e il riconoscimento del solo stipendio minimo tabellare, che essendo spesso riferito a categorie più basse porta di fatto ad una retribuzione inferiore a quella minima dovuta⁽³⁾.

4. *Aumento delle assistenti familiari italiane.* I segnali che intercettiamo mostrano un tendenza all'aumento delle lavoratrici italiane, nel segmento del lavoro a ore. Da più parti si registra una crescita di italiane iscritte ai corsi di formazione per assistenti familiari e agli sportelli che effettuano incrocio domanda/offerta di assistenza⁽⁴⁾. È interessante osservare, in proposito, che risultano essere italiane oltre il 20% delle assistenti familiari impiegate presso le famiglie intervistate nell'ambito della nostra indagine (capitolo 3).

In sintesi, le famiglie cercano perlopiù di assistere da sole i propri membri non autosufficienti, e quando l'assistenza privata è indispensabile cercano di assicurarsela spendendo il meno possibile. Per alcune famiglie la crisi economica ha determinato la riduzione, se non addirittura la rinuncia, all'assistenza domiciliare. Non esistono, in proposito, dati specifici sulla Lombardia, tuttavia alcune ricerche svolte a livello nazionale hanno mostrato questa tendenza (Dataanalysis, 2013; Fondazione Ismu-Censis, 2013).

Sono segnali di crisi testimoniati, sull'altro versante, dalle assistenti familiari che hanno maggiori difficoltà a trovare lavoro rispetto al passato e che faticano a vedersi riconosciuti i propri diritti di lavoratrice (Iref, 2014). Nonostante le difficoltà, le donne immigrate, secondo diversi osservatori, continuano a portare avanti il loro progetto migratorio, che per molte si è ormai tradotto in un radicamento nella società italiana.

⁽³⁾ È piuttosto frequente che una lavoratrice che assiste una persona non autosufficiente (categoria C Super) venga contrattualizzata come assistente a persone autosufficienti (categoria B super) o addirittura come colf, percependo così un compenso inferiore.

⁽⁴⁾ Fra il 2008 e il 2013, l'Osservatorio Inps registra un aumento di 4.700 lavoratrici domestiche italiane in Lombardia.

Figura 4.2 - Segnali dalla crisi e cambiamenti nel lavoro privato di cura



4.2. Una scelta ancora conveniente?

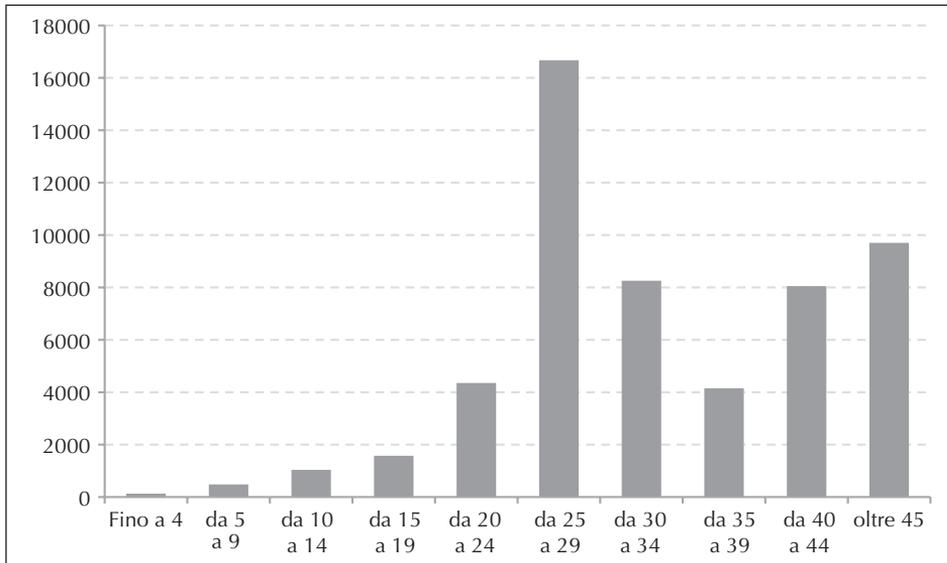
Quanto spendono le famiglie lombarde per retribuire le assistenti familiari?

Rispondere non è semplice in assenza di dati certi non solo rispetto al numero di assistenti operanti nella Regione, ma anche agli orari di lavoro. I dati ufficiali Inps relativi alle badanti regolarmente assunte riflettono una realtà distorta, perché è assai diffuso fra i datori di lavoro dichiarare un numero di ore inferiore a quelle effettive: se guardiamo ai dati Inps riferiti al territorio lombardo (Figura 4.3), il 30% delle badanti regolarmente occupate è contrattualizzata nella fascia di orario settimanale compreso fra 25 e 29 ore, ossia quella in cui scatta la contribuzione meno onerosa per il datore di lavoro (Figura 4.3). Per rapporti di lavoro fino a 24 ore settimanali, infatti, il contributo a carico della famiglia varia da 1,39 a 1,91 euro l'ora, in funzione della retribuzione oraria, mentre sopra le 25 ore settimanali l'importo orario dei contributi è fisso a 1,01 euro, indipendentemente dalla retribuzione⁽⁵⁾. È evidente l'interesse del datore di lavoro (e a volte anche della lavoratrice)⁽⁶⁾ a dichiarare un orario settimanale inferiore a quello reale, per risparmiare sul versamento dei contributi.

⁽⁵⁾ La quota a carico dell'assistente per rapporti di lavoro fino a 24 ore settimanali varia da un minimo di 0,35 a 0,48 euro orari, mentre per rapporti da 25 ore in su è pari a 0,25 euro all'ora (importi vigenti nel 2014).

⁽⁶⁾ Le lavoratrici possono avere interesse a percepire una parte del compenso in nero per far sì che il proprio reddito risulti inferiore agli 8.000 euro annui, evitando così di pre-

Figura 4.3 - Badanti in Lombardia secondo le ore settimanali di lavoro, anno 2013



Fonte: Inps, Osservatorio sui lavoratori domestici.

Con le cautele del caso, utilizziamo i dati Inps per procedere alla stima della spesa annua delle famiglie lombarde.

Applicando al numero di assistenti familiari ripartite in base all'orario settimanale di lavoro la retribuzione minima prevista dal contratto per l'assistente a persone non autosufficienti, non formato (categoria CS), ossia 950 euro mensili per i lavoratori conviventi e 6,58 euro orari per quelli non conviventi⁽⁷⁾, otteniamo una retribuzione media annua per lavoratore di circa 10.300 euro. Se moltiplichiamo tale cifra per il numero di assistenti che abbiamo stimato essere presenti in Lombardia, cioè 156.000, otteniamo un volume di spesa pari a 1 miliardo e 600 milioni di euro annui; dividendo questa spesa per il numero di anziani assistiti, che stimiamo essere 175mila, otteniamo una spesa media annua per famiglia di 9.140 euro (Tabella 4.3). Si tratta di un cal-

sentare la dichiarazione dei redditi e di pagare le tasse. Questo vale soprattutto nel caso delle assistenti che non hanno bisogno di rinnovare il permesso di soggiorno, dato che la dichiarazione dei redditi è necessaria per lo svolgimento della pratica.

(7) Secondo il contratto Colf, la durata massima dell'orario di lavoro è di 54 ore settimanali per i lavoratori conviventi e di 40 ore settimanali, distribuite su 5 o 6 giorni, per i lavoratori non conviventi.

colo grezzo, il quale sul versante del lavoro regolare non include i contributi, il tfr e gli oneri accessori (vitto, alloggio, ecc.), ma applica a tutte le lavoratrici il compenso dovuto per l'assistenza alle persone non autosufficienti (cosa che nella realtà non sempre avviene).

Pur con le cautele del caso, riteniamo che il risultato renda l'idea della spesa ingente sostenuta dalle famiglie lombarde nell'ambito del *care* privato.

Tabella 4.3 - La spesa delle famiglie lombarde per le assistenti familiari, anno 2014

	Euro
Spesa annua	1.600.000.000
Spesa media annua per famiglia	9.140

Fonte: stima Irs.

Se la spesa media annua per famiglia è stimabile in circa 9mila euro, appare evidente la convenienza rispetto all'assistenza residenziale (RSA), che mediamente ha un costo a carico delle famiglie di 19.800 euro annui (la retta giornaliera media in Lombardia è pari a 55 euro). Convenienza che però si riduce nel caso dell'assunzione regolare di una assistente di persone non autosufficienti a tempo pieno (categoria CS, 54 ore settimanali, convivente), che ha un costo annuo comprensivo di tredicesima, ferie, tfr e contributi di circa 16mila euro, a cui va aggiunto il costo legato al vitto e all'alloggio, oltre alle sostituzioni quando la lavoratrice è in ferie o a riposo. La badante convivente regolarmente assunta rimane così conveniente ma con un differenziale di costo limitato, o addirittura nullo nei casi di rette di ricovero in Rsa inferiori alla media regionale.

4.3. Tra famiglie e badanti: i progetti e gli interventi

Accanto a forme ormai consolidate di intervento a sostegno delle famiglie e delle assistenti familiari, come gli Sportelli dedicati e i sostegni di tipo economico, sono presenti oggi alcune esperienze "nuove" come il lavoro somministrato e il lavoro condiviso, che si pongono come una alternativa al rapporto esclusivo e solitario "famiglia-assistente". È proprio da queste esperienze che prende il via l'analisi proposta in questo paragrafo, dedicata ai progetti e agli interventi più significativi nell'ambito del *care* privato, che a partire da casi lombardi (ma non solo) ci permette di metterne a fuoco le ca-

ratteristiche, in termini di punti di forza e di debolezza, ma anche di opportunità e rischi.

Considereremo:

1. il lavoro somministrato;
2. il lavoro in condivisione;
3. gli sportelli di incontro domanda/offerta di assistenza;
4. i sostegni economici.

4.3.1. *Il lavoro somministrato*

Il lavoro somministrato (ex lavoro interinale) conosce alcune interessanti esperienze nell'ambito del lavoro di cura svolto dalle assistenti familiari. Alla base di questa proposta c'è una Agenzia per il lavoro autorizzata⁽⁸⁾ che si impegna, dietro corrispettivo, a fornire alla famiglia un'assistente familiare "selezionata" e ad occuparsi di tutti gli aspetti amministrativi e gestionali del rapporto di lavoro. La lavoratrice viene assunta direttamente dalla società di somministrazione, che si fa garante nei confronti della famiglia del corretto svolgimento del lavoro. Alla famiglia, comunque, è riservata la piena libertà nella gestione della lavoratrice.

Sta crescendo il numero di società private che si propongono su questo terreno. Un'esperienza di questo tipo è quella di Cooperjob, società autorizzata alla somministrazione, selezione e intermediazione di lavoro operante prevalentemente in Trentino Alto Adige, da alcuni anni attiva in questo settore. L'analisi di questa esperienza (Pasquinelli e Sala, 2013), ci offre interessanti considerazioni su questo tipo di formula.

Ci sono vantaggi innegabili. In primo luogo, il lavoro somministrato solleva le famiglie dalla gestione amministrativa del rapporto di lavoro (contratto di assunzione, cedolini paga, Cud annuale, ecc.), che per molte rappresenta un onere non affrontabile in autonomia. La responsabilità amministrativa in capo all'Agenzia – che gestisce il rapporto di lavoro secondo quanto disposto dalla disciplina prevista dal Ccnl del lavoro domestico – pone inoltre le famiglie nella condizione di non essere in alcun modo coinvolte in vertenze sin-

⁽⁸⁾ Si tratta di enti pubblici o privati che effettuano attività di collocamento al lavoro, previa autorizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. La somministrazione di lavoro è una fattispecie di rapporto di lavoro introdotta dal d.lgs. n. 276 del 2003 (legge Biagi), artt. da 20 a 28, sulla base della legge delega n. 30/2003, in sostituzione del lavoro interinale.

dacali durante il rapporto di lavoro o successivamente alla sua conclusione. Infine, l'Agenzia può offrire un accompagnamento alla relazione, attraverso il monitoraggio del rapporto di lavoro e la gestione di eventuali conflitti⁽⁹⁾. Accanto a questi principali vantaggi, si rilevano anche la velocità di attivazione del servizio ed eventualmente la possibilità di arricchirlo con altri interventi accessori (ad esempio parrucchiere e pedicure a domicilio).

Il punto di debolezza del lavoro di cura somministrato è da rintracciare, principalmente, nel costo più elevato per la famiglia rispetto all'assunzione diretta. La tariffa oraria della lavoratrice, nella fattispecie, risulta infatti maggiorata di circa il 30%. L'analisi delle attività di Cooperjob ha evidenziato che nel caso dell'assunzione diretta il costo orario minimo di un'assistente risulta complessivamente di 9,20 euro l'ora⁽¹⁰⁾, mentre col lavoro somministrato la tariffa lievita a 11,97 euro.

Da ciò consegue che il ricorso al lavoro di cura somministrato avviene prevalentemente da parte di chi richiede poche ore di assistenza settimanali (fino a 10-12 ore), oppure nel caso di sostituzione di una badante convivente per periodi limitati (come quando l'assistente assunta direttamente è in ferie). Il lavoro somministrato, dunque, si presta soprattutto quando il bisogno di assistenza è contenuto.

Le famiglie, cioè, devono poter fare ricorso ad altre risorse di cura. L'esperienza delle agenzie di somministrazione ha messo in luce, da questo punto di vista, uno scarto fra le esigenze delle famiglie che si rivolgono all'agenzia cercando in larga parte un'assistente a tempo pieno per anziani gravemente non autosufficienti, e le possibilità economiche che disincentivano un uso rilevante di questa soluzione.

Un limite importante alla crescita del lavoro somministrato sta dunque nella quota limitata di famiglie che hanno bisogno di poche ore di assistenza settimanale: il differenziale di costo rispetto all'assunzione diretta pesa fortemente sull'utilizzo del servizio superiore alla decina di ore settimanali.

Quali margini di sviluppo, allora? È possibile che si profilino opportunità nuove per il privato, soprattutto per il non profit. La cooperazione sociale – che negli anni ha sviluppato esperienza nell'ambito della gestione degli sportelli dedicati e che dunque è in grado di declinare l'intermediazione in

⁽⁹⁾ Questo tipo di servizio è garantito nell'esperienza qui analizzata (Cooperjob), ma potrebbe non esserlo in altri casi di intermediazione di lavoro privato di cura.

⁽¹⁰⁾ Il riferimento è alla categoria CS "assistente a persone non autosufficienti, non formato". Il costo include tutti gli oneri dovuti.

termini di “servizio” – al momento può solo appoggiarsi ad agenzie di somministrazione che hanno la facoltà di assumere le assistenti familiari ai costi previsti dal contratto Colf. Le cooperative sociali sono infatti vincolate dalla normativa ad applicare quanto previsto per i propri dipendenti, con costi decisamente superiori e come tali fuori mercato.

Una sperimentazione che si avvicina a questa modalità di lavoro è quella del progetto “Assistenti familiari e cooperazione” condotto dal Consorzio di Cooperative sociali Cum Sortis di Treviglio, la Cooperativa sociale Generazioni di Albino (Bergamo), il Consorzio Mestieri e il Consorzio Coesi Servizi di Bergamo, attivo dal 2012 grazie al sostegno della Fondazione Cariplo. Questa sperimentazione si è resa possibile grazie alla definizione di un Accordo aziendale per l’assunzione di assistenti familiari con il Ccnl delle cooperative sociali, in modo da permettere l’assunzione di assistenti familiari da parte della cooperativa, sottoscritto da Cgil e Cisl (Accordo recepito nel Contratto integrativo provinciale delle cooperative sociali). Ciò, tuttavia, ha determinato costi maggiori per le famiglie, nonostante l’abbattimento assicurato dal finanziamento Cariplo. Ad esempio, il servizio offerto dalla cooperativa sociale Generazioni ha un costo di 1.400 euro mensili per il lavoro a giornata, 900 euro per mezza giornata e 15 euro per il lavoro a ore (Perego e Cantini, 2013). L’esperienza, dunque, si scontra con differenziali di costo difficilmente sostenibili dalle famiglie senza contributi terzi.

La formula della somministrazione è un modo per superare il blocco all’uso del contratto colf da parte di soggetti organizzati. Un nodo contro cui si scontra la cooperazione sociale e ogni soggetto che voglia intervenire in questo mercato.

Il lavoro somministrato può superare i suoi limiti solo riducendo la differenza tra assunzione diretta con contratto colf e costo del lavoro gestito da un ente terzo. In linea di ipotesi la strada affinché ciò si possa realizzare è quella di una defiscalizzazione degli oneri contributivi, ossia la possibilità di portare in detrazione una quota significativa di ciò che le famiglie spendono per acquistare assistenza domiciliare in regime di somministrazione. Ridurre il peso fiscale permetterebbe di far emergere una quota rilevante di lavoro oggi sommerso.

Un altro modo per far crescere il lavoro somministrato è di affiancarlo ad aiuti diversi alle famiglie. Come fa per esempio il Comune di Torino, dove fra i vari interventi disponibili vi è un buono servizio per l’acquisto di prestazioni da parte di fornitori accreditati, che include anche le ore di lavoro a do-

micilio di assistenti familiari dipendenti dal fornitore (cioè una Agenzia per il lavoro accreditata) (Motta e Tidoli, 2012; Motta, 2013).

In conclusione, il lavoro di cura somministrato, nonostante gli indubbi vantaggi in termini di semplificazione amministrativa per le famiglie e possibilità di un accompagnamento durante il rapporto di lavoro, è oggi adatto solo per una quota minoritaria di mercato, quella che si può accontentare di poche ore di assistenza settimanali o che può permettersi di pagare un differenziale di costo crescente rispetto all'assunzione diretta. Nell'ottica di una crescita del lavoro somministrato riteniamo che un punto di attenzione debba essere la connessione con un ventaglio di aiuti diversi, in collegamento con la rete dei servizi territoriali, del privato sociale e con i servizi sociali di base. Lo sviluppo di questa formula dipende inoltre da cambiamenti normativi che rendano possibile l'abbattimento dei costi a carico delle famiglie (Box 4.1).

Box 4.1 – Il lavoro somministrato

Punti di forza – Opportunità	Debolezze – Rischi
<ol style="list-style-type: none"> 1. Solleva le famiglie dalla gestione amministrativa del rapporto di lavoro (contratto di assunzione, cedolini paga, Cud annuale, ecc.). 2. Possibilità di accompagnamento alla relazione (monitoraggio, gestione dei conflitti; può essere affiancato da servizi accessori: parrucchiere, pedicure, ecc.). 3. Opportunità per il privato e il non profit? Anche in collegamento con sistemi di voucher? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costo maggiore per le famiglie rispetto all'assunzione diretta: appetibile fino a 8-10 ore di assistenza alla settimana, non di più. 2. Soluzione solo per chi può accontentarsi di poche ore settimanali o può permettersi di pagare un differenziale di costo elevato. 3. Rischio di modalità irregolari di pagamento del lavoro (ad esempio, rimborso spese per prestazioni volontarie).

4.3.2. L'assistenza condivisa nella "sharing economy"

In tempi recenti è cresciuto un atteggiamento critico sul rapporto "un anziano-una badante".

Le proposte per superare questa relazione uno a uno vanno nella direzione di allargare il numero di assistiti, nella logica della *sharing economy*. Ne è un esempio il "Piano di sviluppo del welfare 2012-2014" del Comune di Milano, che sottolinea come la risposta individuale e isolata delle famiglie, cia-

scuna con la propria assistente, genera frammentazione ed isolamento sociale. Occorre allora attivare processi di aggregativi, di connessione tra bisogni, di condivisione (“una badante in comune a più anziani o un centro diurno permette di riconnettere tra di loro gli anziani e le loro famiglie”).

Le esperienze di lavoro condiviso vanno in questa direzione.

Parliamo di una assistenza che aggrega la domanda e organizzata in maniera tale da essere condivisa tra più anziani. È il caso della “badante di condominio”, formula che conta già alcune esperienze nel nostro Paese. Una delle più interessanti è rappresentata dal progetto che Confabitare (Associazione proprietari immobiliari) sta portando avanti dall’inizio del 2012, e che ha già coinvolto circa 53 condomini a Bologna, in fase di espansione a Verona, Milano, Torino, Roma. Il servizio offerto dall’Associazione consiste nel reperimento delle badanti, nel loro coordinamento e il disbrigo delle pratiche relative all’assunzione e alla preparazione delle buste paga. La lavoratrice, che è occupata a tempo pieno presso un condominio, è assunta direttamente dagli anziani attraverso più contratti part-time. Ogni anziano, dunque, retribuisce l’assistente in base alla propria “quota” di utilizzo, con un costo che a fine mese si aggira generalmente intorno ai 200/250 euro. Il servizio offerto da Confabitare è gratuito e non comporta alcun aggravio di spesa per coloro che lo utilizzano.

Questa formula presenta alcuni vantaggi. A differenza del lavoro somministrato, qui rimangono le famiglie ad assumere l’assistente familiare. Ma la presenza di un organismo che segue la gestione amministrativa del rapporto di lavoro (contratto di assunzione, cedolini paga, Cud annuale, ecc.) le sgrava da una serie di incombenze, permette all’anziano di utilizzare la badante per il tempo di cui ha realmente bisogno e di poter reperire l’assistente nell’arco di tutta la giornata dato che questa è presente all’interno del condominio. Per l’anziano, la badante di condominio può offrire elementi di socializzazione maggiore rispetto al rapporto di lavoro domestico tradizionale e una maggiore continuità legata a una presenza della badante nello spazio del vicinato.

Il lavoro in ambito condominiale consente alla lavoratrice di ottimizzare il proprio lavoro, evitando di perdere tempo in spostamenti da una parte all’altra della città, e di svolgere le stesse mansioni per più persone contemporaneamente, come fare la spesa o altre commissioni, realizzando così “economie di scala”. Per l’assistente, inoltre, questo tipo di attività può garantire un lavoro a tempo pieno in un ambiente diversificato, in grado di favorire

la socializzazione, contrariamente a quanto accade nel rapporto di lavoro per una sola famiglia⁽¹¹⁾.

I punti deboli del lavoro di cura in condivisione riguardano:

- la copertura dei bisogni, che non possono essere particolarmente intensi quantomeno in termini di estensione oraria. Si tratta di una soluzione adatta a bisogni di cura e assistenza piuttosto limitati;
- l'organizzazione: si tratta di una formula di non immediata attivazione, dato che richiede di trovare un accordo fra più persone dello stesso condominio;
- i costi: chi paga l'organizzazione che propone e coordina la badante di condominio?

Per concludere, il lavoro di cura condiviso presenta vantaggi per le assistenti e le famiglie interessate a qualche ora di assistenza settimanale. La sua attivazione richiede che vi sia un raccordo fra diversi nuclei residenti all'interno del medesimo stabile e la presenza di una organizzazione che si fa carico della gestione organizzativa ed amministrativa del sistema. L'organizzazione ha un costo che, salvo eccezioni come nel caso di Confabitare, ricade sulle famiglie. Forse per questo motivo è una soluzione ancora poco praticata (Box 4.2).

Box 4.2 – Il lavoro di cura condiviso / Badante di condominio

Punti di forza – Opportunità	Debolezze – Rischi
<ol style="list-style-type: none"> 1. Supera il rapporto una badante-un anziano, potenzialmente problematico. 2. Favorisce la condivisione e la socializzazione (degli anziani, dei loro familiari, delle badanti) riducendo ansie e fornendo appoggi. 3. Può generare delle economie di spesa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. È una soluzione adatta a bisogni di cura e assistenza limitati. 2. Richiede un accordo fra più nuclei familiari. 3. Richiede una organizzazione: chi la paga? Forse è per questo è una soluzione ancora poco diffusa.

4.3.3. Gli sportelli di incontro domanda/offerta di assistenza

Gli sportelli sono tra i primi servizi nati in questo settore, prima in modo informale – si pensi a tutta la realtà dei centri di ascolto parrocchiali – poi in modo via via più formalizzato. Accolgono in misura diversa i bisogni di assi-

⁽¹¹⁾ Una realtà che richiama per certi versi quella del lavoro condiviso è rappresentata dalle badanti impiegate nell'assistenza all'interno delle Rsa con funzioni ausiliarie rispetto agli operatori della struttura. Si tratta di un settore su cui si sa poco, che sarebbe interessante indagare.

stenti e famiglie: da luoghi di semplice informazione possono poi strutturarsi fino a servizi che offrono orientamento, accompagnamento, sostegno continuativo. In questo caso è frequente la collaborazione con i servizi sociali dei Comuni e altri soggetti che a vario titolo operano in questo campo.

Essi hanno conosciuto una certa diffusione sul territorio lombardo. La Tabella 4.4 riassume in tre modelli le diverse configurazioni di questo tipo di interventi per come sono andati differenziandosi negli anni.

Tabella 4.4 - Tre configurazioni di "Sportello badanti"

	Attività:		
Modello "informativo"	Indicazione di nominativi	-	-
Modello "matching"	Analisi dei bisogni, bilancio delle competenze	Abbinamento famiglia/assistente	-
Modello "integrato"	Analisi dei bisogni, bilancio delle competenze	Abbinamento famiglia/assistente	Accompagnamento continuativo nel corso del processo assistenziale

Fonte: Pasquinelli, 2011.

Il cosiddetto "modello informativo" si limita a segnalare alle famiglie i nominativi e il recapito delle persone che si propongono come assistenti familiari. Il "modello matching" promuove l'incontro domanda/offerta di lavoro privato di cura sulla base dell'analisi dei bisogni dell'anziano e di un bilancio di competenze delle aspiranti assistenti. A questa attività il "modello integrato" aggiunge servizi che accompagnano famiglie, anziani e assistenti durante il rapporto di lavoro, tramite la gestione amministrativa del contratto, il tutoraggio, il sostegno alla relazione, le sostituzioni, in partnership con realtà pubbliche e private operanti sul territorio (imprese sociali, aziende che attivano welfare per dipendenti, ecc.).

Il valore aggiunto degli sportelli rispetto al mercato deregolato sta proprio nel poter collegare i sostegni della domanda (informazione, orientamento, contributi economici, assistenza contrattuale) ai sostegni dell'offerta (formazione, riconoscimento delle conoscenze acquisite, iscrizione ai Registri). Diventando luoghi in cui i diversi interventi lavorano in modo complementare.

In particolare essi possono favorire:

- l'avvicinamento delle Istituzioni al cittadino che manifesta un forte bisogno di informazione e di orientamento;

- il sostegno alle famiglie nella ricerca della risposta assistenziale più adatta alle esigenze dell'anziano e la loro responsabilizzazione nel percorso di analisi del proprio bisogno e nelle scelte di cura.

Lo sportello è un servizio cruciale a favore della qualificazione del lavoro privato di cura. È il punto attraverso cui le famiglie possono accedere a vari strumenti a sostegno del *care* privato messi in campo, e può assumere una funzione di presidio territoriale quando viene attivato su iniziativa o in collaborazione con l'ente pubblico (soprattutto il Comune o i Comuni associati). Essendo liberamente accessibile ai cittadini, lo sportello tende infatti a raccogliere molte richieste di informazione e di orientamento. La sua attività, in certi casi, si configura come una sorta di prolungamento del servizio sociale in riferimento ad una popolazione che difficilmente vi farebbe ricorso, ma che necessita comunque di un luogo dove trovare ascolto e indicazioni rispetto al proprio bisogno.

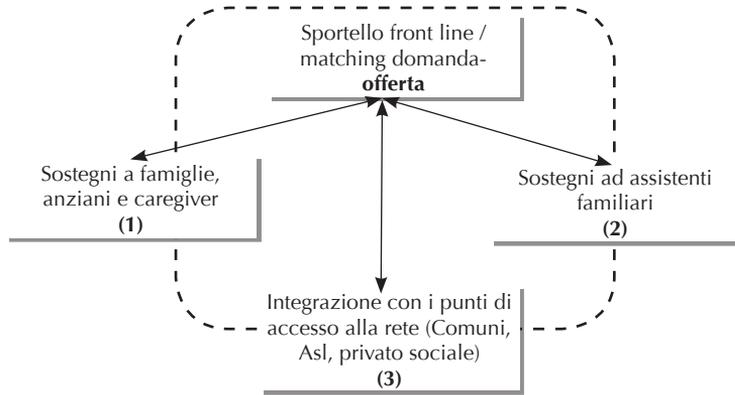
Ne sono un esempio i dati dello Sportello assistenza familiare del progetto "Agenzia di cura", realizzato da Acli Lombardia, l'Ambito di Cinisello Balsamo, la cooperativa sociale Famiglie e dintorni e l'Associazione per la ricerca sociale, e finanziato con un contributo di Fondazione Cariplo, attivo fra il 2013 e il 2014. Il servizio, durante i 17 mesi di sperimentazione, ha fatto registrare quasi 1.800 accessi, più di quelli del Segretariato sociale dei Comuni del Distretto (1.619 accessi nel corso di un anno da parte di persone classificate come "Anziani" e "Stranieri").

Tabella 4.5 - Agenzia di cura: accessi agli sportelli (da febbraio 2013 a giugno 2014)

Accessi agli Sportelli	Assistenti familiari	Famiglie con anziani	Totale
Telefonici	344	211	555
Di persona	998	218	1.216
Totale accessi	1.342	429	1.771

Accanto all'attività di abbinamento, svolta presso gli Sportelli assistenza familiare sulla base di un elenco di assistenti selezionate, all'interno di "Agenzia di cura" hanno trovato posto sostegni rivolti alle famiglie con anziani (assistenza contrattuale, monitoraggio delle situazioni più fragili, risoluzione di problematiche e conflitti, avvio di un percorso di mutuo aiuto tra caregiver) e alle assistenti familiari (servizio di gestione dei conflitti, attivazione di percorsi di formazione/mutuo aiuto tra assistenti), offerti attraverso il lavoro integrato dei punti di accesso alla rete (Figura 4.4).

Figura 4.4 - Il modello stilizzato del progetto “Agenzia di cura”



Gli Sportelli incontrano un bisogno di contatto, informazione, orientamento e una domanda di uscita dalla solitudine del mercato sommerso. I servizi offerti alle lavoratrici e alle famiglie, nel caso del modello di sportello che abbiamo definito “integrato”, vanno nella direzione di un accompagnamento durante il rapporto di lavoro (incontro domanda/offerta, monitoraggio dell’assistenza, gestione dei conflitti, gestione delle pratiche amministrative), ma non solo. A volte nell’ambito di queste progettualità viene promossa anche la formazione delle assistenti e altre attività tese a favorire la socializzazione, lo scambio, la condivisione delle esperienze, come avvenuto nell’ambito del progetto Agenzia di cura con i percorsi di auto mutuo aiuto rivolti a gruppi di assistenti familiari e di famiglie⁽¹²⁾.

Lo Sportello risulta attraente se non fa solo abbinamenti, se lavora come *hub*, facendo *counselling*, *tutoring*, assistenza contrattuale, formazione, ecc. Per realizzare tutto questo è necessaria la strutturazione di un servizio che vede spesso coinvolte più realtà in ambito sia pubblico, sia privato sociale. Le partnership di questo tipo di progetti sono spesso molto articolate, come nel caso del Sistema territoriale per l’assistenza familiare e la formazione (Staff), attuato nel cremonese, che ha visto coinvolti partner istituzionali (Provincia di Cremona, Azienda sociale del Cremonese, Comunità sociale cremasca, Consorzio Casalasco servizi sociali) e realtà operanti sul territorio a favore di famiglie e

⁽¹²⁾ Per approfondimenti sui percorsi di mutuo aiuto si rimanda all’articolo di FERRARI, E., SANTONI, E. (2014). L’auto mutuo aiuto come strumento di empowerment del singolo e della comunità. *Qualificare*, 40, (<http://www.qualificare.info/home.php?id=730>).

lavoratrici⁽¹³⁾. Il progetto ha fatto leva sull'associazionismo da anni operante sul territorio, come le Acli che attraverso gli sportelli di Patronato di Crema e Cremona si occupano delle pratiche contrattuali e dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura⁽¹⁴⁾. Una analoga valorizzazione ha trovato anche il Centro di solidarietà il Ponte, associazione di volontariato cremonese operante nell'orientamento al lavoro, che offre un servizio di formazione e selezione delle lavoratrici, affiancamento nella gestione contrattuale e accompagnamento al rapporto. Come questo, sono davvero tanti i progetti attivi in Lombardia.

In tema di servizi integrati, risultano interessanti i "punti di prossimità" dei tre sportelli attivati a Milano nell'ambito del Progetto Margherita – realizzato fra il 2013 e il 2014, con il sostegno della Fondazione Cariplo, da Caritas Ambrosiana, la cooperativa sociale Bethlem e la Fondazione Aquilone – dove è possibile richiedere svariate prestazioni domiciliari specialistiche offerte dal pubblico e dal privato sociale. Oltre all'assistenza nella ricerca e nella gestione della badante, presso gli sportelli si può accedere agli interventi di supporto domiciliare (pulizie, disbrigo pratiche, spesa, ecc.), all'assistenza alla persona anche di tipo socio-sanitario, ai pasti a domicilio, alla compagnia domiciliare da parte di volontari, alla consulenza per pratiche burocratiche.

Gli Sportelli badanti: criticità e prospettive

1. Quali risultati ottengono gli Sportelli? Le evidenze disponibili mostrano buoni riscontri per quanto riguarda i primi contatti, tra chi domanda lavoro (le famiglie) e soprattutto tra chi lo offre (assistenti familiari), ma i numeri diminuiscono di molto quando si passa dai primi contatti agli abbinamenti realizzati, nonché ai contratti regolarmente stipulati. Questo tipo di progetti sconta la difficoltà ad intervenire in un contesto sempre più sommerso, irregolare. Di qui la tendenza di molte famiglie ad allontanarsi dopo il primo contatto, la fatica a concludere gli abbinamenti. La disponibilità a stipulare un contratto di lavoro rimane bassa per motivi di convenienza reciproca. In nero un'assistente familiare prende al netto di più e costa di meno, a parità di ore lavorate, ma la

⁽¹³⁾ Acli Cremona, Centro di solidarietà Il Ponte, Api Colf, Acli Crema Sportello Incontra Lavoro, Cooperativa Progetto Assistenza. Il progetto è stato realizzato dalla Provincia di Cremona e finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dalla Regione Lombardia. Informazioni più dettagliate sul sito www.provincia.cremona.it/politichesociali/?view=Pagina&id=4897.

⁽¹⁴⁾ Dal 2011 il Patronato Acli è autorizzato all'intermediazione di lavoro, da parte del Ministero.

convenienza del mercato irregolare non è solo economica. Molte famiglie preferiscono il mercato nero per l'immediatezza di risposte che vi trova, i gradi di libertà e l'assenza di vincoli. Aspetti valorizzati dalle stesse assistenti familiari, in special modo quelle con progetti migratori di breve durata, che preferiscono rinunciare alle tutele contrattuali in cambio di una massimizzazione economica del proprio tempo di lavoro (Pasquinelli e Rusmini, 2013a).

2. Un secondo elemento di criticità riguarda la disparità di utilizzo del servizio da parte dei destinatari: a fronte di moltissime lavoratrici, gli sportelli registrano infatti un numero molto inferiore di famiglie. Ad esempio, nel caso di Agenzia di cura gli accessi da parte delle assistenti familiari si sono attestati al 75% del totale, e una disparità simile si è registrata presso lo Sportello CuraMi del Comune di Milano – attivo da metà febbraio 2014 e realizzato in collaborazione con il Pio Albergo Trivulzio e la cooperativa sociale Eureka – che nei primi due mesi ha sostenuto 4.743 colloqui (telefonici e allo sportello) con assistenti familiari, e 899 con le famiglie. Questo fenomeno si lega a più fattori: una offerta di lavoro di cura superiore alla domanda, una ridotta propensione delle famiglie alla regolarizzazione, all'abitudine delle famiglie a "fare da sé".

3. Uno sportello badanti assume visibilità e genera effetti di un certo peso solo nel corso del tempo. Fa leva su una informazione non facile da veicolare e su elementi reputazionali che crescono solo col tempo. Si tratta pertanto di attività che non hanno un ritorno immediato dal punto di vista politico, contrariamente a quanto avviene per esempio con l'erogazione di sostegni economici diretti alle famiglie, buoni e voucher sociali di cui ci occupiamo tra breve. E tutto questo costituisce un freno al loro sviluppo per chi invece ha l'attesa di risultati sul breve periodo.

4. Gli sportelli badanti richiedono un lavoro di rete (accordi, riunioni, condivisione di linguaggi e metodi), una operatività a volte complessa (lavoro di front office e di back office) e strumenti (rilevazione dei bisogni, bilancio delle competenze, gestione di una flussi informativi) che presentano costi organizzativi non trascurabili. L'analisi in termini di costi/benefici del progetto "Agenzia di cura" (per la quale si rimanda all'articolo *Agenzia di cura* pubblicato su "Prospettive Sociali e Sanitarie" di agosto 2014), mostra un costo di 37 euro ad accesso (di persona o telefonico), 81 euro per ciascun intervento di assistenza contrattuale e 140 euro per ciascun partecipante ai percorsi di mutuo aiuto rivolti a gruppi di famiglie e di assistenti. Si tratta di numeri che hanno bisogno di essere messi a confronto con altre esperienze.

Quali prospettive per gli Sportelli? La sfida che questo tipo di progettualità si trova davanti è il passaggio da progetto a servizio. Uscire cioè dalla

nicchia di attività precarie (Pasquinelli e Rusmini, 2013a). Molti progetti vengono avviati grazie a fondi limitati per importo e durata, e il rischio che ne consegue è che con l'esaurirsi dei finanziamenti tutte le attività, o una parte consistente di esse, venga meno, vanificando gran parte del lavoro svolto⁽¹⁵⁾. In diversi casi, poi, le relazioni di partnership e il funzionamento dei servizi si basano sull'iniziativa del singolo decisore/operatore, e possono cessare quando il suo contributo al progetto viene meno.

Box 4.3 – La legge regionale lombarda a favore del lavoro di cura svolto dagli assistenti familiari: principali caratteristiche

<p>La Regione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promuove corsi di formazione e aggiornamento dell'assistente familiare. – Favorisce l'istituzione a livello territoriale degli Sportelli per l'assistenza familiare, in rete con il sistema socio-sanitario regionale e con l'offerta di servizi sociali predisposta dai Comuni in forma singola o associata. – Programma annualmente forme di sostegno economico a favore della persona assistita o delle famiglie che usufruiscono delle prestazioni di un assistente familiare. – Promuove le linee guida per l'istituzione degli Sportelli e dei Registri territoriali degli assistenti familiari, d'intesa con i piani di zona degli enti locali. – Promuove attraverso le Asl e l'Ordine dei medici attività di divulgazione e informazione dei medici di famiglia e campagne di comunicazione sociale volte alla promozione e alla valorizzazione dell'assistente familiare.
<p>I Comuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – In forma singola o associata, anche avvalendosi degli organismi del Terzo settore, delle organizzazioni sindacali e dei loro patronati, in raccordo con l'Asl, possono istituire gli Sportelli per l'assistenza familiare. – Tra le attività degli Sportelli rientra la tenuta e la gestione dei Registri territoriali degli assistenti familiari.
<p>Il contributo economico alle famiglie è concesso, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'assistente familiare è iscritto ai Registri territoriali degli assistenti familiari. – L'assistente familiare è regolarmente assunta.

⁽¹⁵⁾ Ad esempio, il progetto Staff è finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, attraverso il Fondo nazionale per le politiche migratorie, e dalla Regione Lombardia; Agenzia di cura ha beneficiato di un contributo di Fondazione Cariplo erogato nell'ambito del bando "Potenziare le risposte ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie".

Un nuovo impulso agli Sportelli potrebbe venire dalla legge regionale lombarda di iniziativa consiliare “Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari” (Box 4.3), che prevede l’istituzione di Sportelli per l’assistenza familiare e di Registri territoriali degli assistenti familiari da parte dei Comuni singoli e associati, anche avvalendosi degli organismi del Terzo settore, delle organizzazioni sindacali e dei loro patronati, oltre a interventi di sostegno economico per le famiglie che assumono assistenti iscritte ai Registri. Si tratta di un intervento normativo importante, attraverso il quale gli Sportelli e i Registri trovano un inquadramento omogeneo sul territorio regionale.

Box 4.4 – Lo Sportello domanda/offerta di assistenza

Punti di forza – Opportunità	Debolezze – Rischi
<ol style="list-style-type: none"> 1. È il servizio per eccellenza a favore della qualificazione del lavoro privato di cura: funzione di presidio territoriale. 2. Incontra una domanda di uscita dalla solitudine del mercato sommerso. 3. Appetibile se lavora come Hub facendo counselling, tutoring, assistenza contrattuale, formazione, ecc. 4. Funzione di osservatorio e “antenna” sui bisogni. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poche le famiglie che li usano, molto di più le badanti in cerca di lavoro. 2. Non ha un ritorno politico immediato. 3. Complessità: front office, back office, banca dati, lavoro di rete necessario. 4. Costi organizzativi non irrilevanti. 5. Precarietà di molti “progetti” legati a linee di finanziamento non stabili.

4.3.4. *I sostegni economici*

I buoni e i voucher sociali sostengono l’assistenza di una persona fragile. Si tratta di strumenti introdotti in Lombardia fin dalla prima tornata dei Piani di zona, che presentano caratteristiche molto diverse fra loro: nel primo caso si ha un trasferimento monetario liberamente utilizzabile, nel secondo si ha l’emissione di un “ticket” valido per l’acquisto di servizi presso strutture accreditate (ad esempio assistenza domiciliare, ecc.).

In Lombardia il buono sociale fu introdotto alla fine del 2001, ma è solo nel 2007 che ha fatto la sua comparsa il buono sociale per l’assistenza familiare (“Buono badanti”), che si proponeva di sostenere i costi connessi alla scelta della permanenza a domicilio di soggetti fragili e consentire un’assistenza

sicura da parte delle assistenti familiari. La sua introduzione ha lasciato larga autonomia agli Ambiti territoriali in merito alla definizione dei criteri di accesso e all'entità del contributo, variabile da 250 a circa 400 euro mensili (Tidoli e Marotta, 2011), generando così significative disparità in base al territorio di residenza. Il buono badanti e le altre attività di regolazione del *care* privato attivate in ambito distrettuale hanno conosciuto nei 98 Ambiti lombardi uno sviluppo molto disomogeneo, risentendo dell'incertezza sulla disponibilità di risorse.

Nel 2013, con la d.G.r. n. 740 è stata introdotta una nuova misura rivolta alle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti gestita dagli Ambiti e finanziata attraverso una parte del Fondo nazionale per la non autosufficienza assegnato alla Lombardia. Gli interventi attivabili nell'ambito della Misura B2 sono diversi e sono descritti nel capitolo 6 di questo rapporto. Si tratta di una misura rilevante per consistenza dell'investimento allocato (28,4 milioni per il 2015) e consistenza delle somme erogabili (fino a 800 euro mensili).

I dati di monitoraggio relativi ai primi sei mesi del 2014 hanno mostrato che l'intervento maggiormente attivato è stato il buono per compensare l'assistenza fornita dal caregiver familiare e/o dall'assistente personale (55%)⁽¹⁶⁾. La misura B2 non ha mostrato finora una chiara capacità di far emergere il lavoro di cura, stante il fatto che non è noto quanti ambiti distrettuali abbiano richiesto la regolare assunzione dell'assistente familiare, a fronte dell'erogazione monetaria effettuata. Diversi territori si sono orientati a chiedere la regolare assunzione nel caso di uso della erogazione per remunerare un badante. Mancano informazioni su quanto questa pratica sia diffusa e con quali esiti. Rinviamo al capitolo 6 per un approfondimento su questa misura.

Buoni e voucher servono all'emersione dal lavoro sommerso?

Quando i buoni non sono finalizzati, ossia sono erogati genericamente a sostegno dell'assistenza domiciliare indipendentemente da chi viene prestata (familiare o personale privato a pagamento), possono essere utilizzati per remunerare il lavoro irregolare.

⁽¹⁶⁾ Dati tratti dalle slide "Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al Fondo nazionale per le non autosufficienze – anno 2014 – Misura B2" presentate il 4 dicembre 2014.

Il buono si può configurare come uno strumento a sostegno delle politiche di emersione e di qualificazione del mercato privato di cura quando è vincolato alla regolare assunzione dell'assistente familiare. È sintomatico rilevare che nell'ambito della Misura B2 sopra richiamata sia stato proprio il buono per compensare l'assistenza del caregiver familiare e/o dell'assistente personale l'intervento più gettonato; purtroppo non è dato sapere quanto delle risorse spese sia andata a sostenere il lavoro privato di cura regolare, ma riscontri di tipo informale lasciano pensare che si tratti di una parte minima.

Le erogazioni economiche senza vincoli di utilizzo sono decisamente viste con favore dalle famiglie, e l'indagine sui caregiver familiari condotta per questo rapporto lo conferma (cap. 3).

Ma l'esperienza, non solo lombarda, ci dice che l'interesse delle famiglie nei confronti di erogazioni monetarie dirette non è automatico ed è condizionato da una serie di elementi. Inoltre, rimangono aperti molti interrogativi sugli effetti netti che una politica di erogazioni monetarie non legata al sistema dei servizi produce sulle famiglie in termini di sostegni alla vita a domicilio. Il voucher supera limiti che caratterizzano erogazioni non vincolate: in particolare il rischio di spesa impropria e di utilizzo per remunerare il lavoro di cura irregolare. Presuppone tuttavia l'esistenza di un sistema di servizi e implica capacità di scelta da parte dell'utente e della sua famiglia, cose che non sono sempre presenti (Pasquinelli, 2006).

Ma andiamo con ordine. Le famiglie rispondono a politiche di buoni e assegni di cura in relazione ai criteri di accesso posti per utilizzarle, alla quantità di vincoli che queste misure pongono, all'entità dei contributi offerti.

Nel caso del "buono badanti", vincolato all'assunzione regolare, l'importo del beneficio appare determinante nel decretarne la richiesta. Spesso, infatti, l'entità del contributo è tale da non costituire un reale incentivo alla regolarizzazione: a fronte di un importo che tende a coprire solo il costo dei contributi previdenziali, per un periodo di tempo che può essere anche solo di qualche mese, molte famiglie continuano a preferire i vantaggi di un rapporto di impiego deregolato, con "mani libere" (Pasquinelli e Rusmini, 2008; Tidoli e Marotta, 2011). A volte questa soluzione è preferita dalle stesse assistenti, in particolare quelle che hanno progetti migratori di breve periodo, che preferiscono massimizzare il guadagno rinunciando alle tutele contrattuali.

Nell'accesso alla misura risulta determinante anche il limite di reddito per accedervi, che nel caso del ricorso a una badante non può essere troppo

basso, pena il rivolgersi solo a chi non può permettersi un'assistente familiare in regola.

Gli assegni di cura in Emilia-Romagna

L'esperienza della Regione Emilia-Romagna è di estremo interesse. L'Emilia-Romagna eroga un assegno di cura per gli anziani dal 1999. Si tratta di un assegno articolato su tre fasce di intensità assistenziale: media, alta ed elevata, per importi giornalieri rispettivamente di 13, 17 e 22 euro. In presenza di indennità di accompagnamento l'assegno non può essere erogato nel caso di intensità media e viene ridotto a 8 e 5 euro giornalieri per le altre due. Quasi tre quarti dei beneficiari percepisce l'indennità di accompagnamento. L'uso delle somme viene concordato con gli operatori dei servizi nell'ambito di progetti personalizzati⁽¹⁷⁾. L'accesso a tali benefici è rivolto a chi ha un Isee (estratto, solo dell'anziano) fino a 22.300 euro.

Ebbene, il numero di beneficiari ha visto negli ultimi anni un calo consistente. Dal 2009 al 2013 sono passati da 23.241 a 13.394. Anche la durata del beneficio si è ridotta: da 280 giorni in media a 176. Colpisce questa riduzione a fronte di una misura non particolarmente "vincolante" ma anzi bene legata al sistema dei servizi e alla possibilità di connettere l'assegno con interventi integrativi. A cosa si deve dunque questa riduzione? Probabilmente essa è legata a diversi fattori: i tempi di assegnazione dei benefici, forse criteri di accesso selettivi e una percepita "complessità" per accedere alla prestazione a fronte dei benefici offerti.

All'estero si annoverano esperienze di successo nella regolarizzazione e qualificazione del lavoro privato di cura attraverso i voucher. Le esperienze più significative si trovano in Belgio (*Titres-services pour les services et emplois de proximité*) e in Francia (*Chèque emploi service universel*)⁽¹⁸⁾, e da esse prende spunto la proposta di legge per l'istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia, presentata a giugno 2014 da un gruppo di parlamentari appartenenti a diversi schieramenti⁽¹⁹⁾.

⁽¹⁷⁾ Un contributo aggiuntivo di 160 euro al mese viene erogato nel caso di impiego regolare di una badante. Questo viene fruito da circa il 29% dei beneficiari dell'assegno di cura. Per questo la soglia Isee (estratto, del solo anziano) è pari a 15.000 euro. Tutti i dati sono tratti dalla "Relazione periodica della Regione Emilia sulla applicazione della d.G.r. n. 1377/1999. Anno 2013".

⁽¹⁸⁾ Per approfondimenti si rimanda a Stuppini (2013).

⁽¹⁹⁾ Il disegno di legge n. 1535 è stato presentato il 17 giugno 2014 al Senato, e assegnato alla 11^a Commissione permanente (Lavoro, previdenza sociale) in sede referente il 7

La proposta di “voucher universale” è tesa a realizzare un sistema nazionale in cui il lavoro privato di cura trova riconoscimento, stimolo alla qualificazione e sostegno, che dovrebbe realizzarsi con il contributo di soggetti pubblici e delle imprese. In questo sistema le *famiglie* possono pagare i servizi resi da colf e badanti attraverso il voucher, usufruendo di una detrazione fiscale del 33% degli oneri sostenuti, fino ad un importo massimo stabilito; i *datori di lavoro* possono erogare benefit ai dipendenti sotto forma di voucher usufruendo di agevolazioni fiscali, mentre il lavoratore riceve un voucher liberamente spendibile, il cui valore risulta non imponibile ai fini dell’imposta sul reddito; le *Regioni e gli Enti locali* possono utilizzare il voucher a favore di persone bisognose, con un contributo statale integrativo. Per favorire la qualità delle prestazioni è prevista l’istituzione di Registri, oltre ad un sistema di intermediazione pubblico e privato. L’opportunità è interessante, ma presenta anche dei rischi: il testo non chiarisce le relazioni tra i diversi attori e l’applicazione pratica potrebbe dare ampia libertà di attuazione, limitando fortemente la spinta alla qualificazione del lavoro privato di cura (Box 4.5).

Box 4.5 – La proposta di Voucher universale: elementi caratterizzanti in relazione al lavoro privato di cura e principali rischi ⁽²⁰⁾

Elementi caratterizzanti:

- Le famiglie possono pagare i servizi resi da colf e badanti attraverso il voucher, usufruendo di una **detrazione fiscale** pari al 33% degli oneri sostenuti, fino ad un massimo di 8.000 euro.
- L’istituzione di **Registri regionali** dei collaboratori domestici e degli assistenti personali è finalizzata a filtrare le candidature e permettere alle famiglie la selezione in vista del colloquio.
- I lavoratori che abbiano ottenuto la **certificazione delle competenze** possono essere iscritti ai Registri regionali o frequentare i percorsi di formazione solo per i contenuti e le competenze da acquisire rispetto ai rispettivi standard.
- Un **sistema d’intermediazione** pubblico e privato che faciliti l’incontro fra le famiglie e i collaboratori domestici, in sinergia con i Registri regionali.

(segue)

agosto 2014. Al momento della pubblicazione del presente volume non risulta ancora esaminato.

⁽²⁰⁾ Per approfondimenti si rimanda al contributo di RUSMINI, G. e PASQUINELLI, S. pubblicato su www.qualificare.info/home.php?id=739 e all’articolo di PASQUINELLI, S. e RANCI ORTIGOSA, E. (2014). Il sociale in attesa. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2.2.

Principali rischi:

- **Fare leva solo sull'incentivo fiscale.** La detrazione è un incentivo importante, ma la preferenza per il mercato deregolato è sostenuta anche dalla libertà da vincoli, obblighi e incombenze burocratiche che lo caratterizzano.
- **Penalizzare i percettori dell'indennità di accompagnamento.** Per i titolari dell'indennità è previsto che la detrazione fiscale sia "ridotta nella misura dell'indennità stessa" (ciò significa togliere 6.000 euro su un massimo di 8.000), limitando i benefici del voucher a una platea minoritaria di anziani non autosufficienti.
- **Concentrare le attività di sportello sui soli Centri per l'impiego o servizi per il lavoro.** Il sistema d'intermediazione pubblico-privato abbozzato nella proposta non chiarisce il ruolo delle organizzazioni non a scopo di lucro, delle parrocchie e sembra escludere i Comuni e i relativi servizi sociali, ben competenti in azioni di orientamento, informazione e counselling.
- **Limitare la spinta alla qualificazione.** La proposta prevede da un lato l'individuazione di requisiti minimi per l'iscrizione ai Registri, dall'altro promuove la valutazione delle competenze e la formazione. Il rischio è che l'applicazione pratica si limiti al primo step, soprattutto nelle Regioni che non si sono ancora attivate nella direzione di qualificare il lavoro privato di cura.

In sintesi, i sostegni economici, generalmente ben visti dalla politica, possono costituire un importante strumento a sostegno del lavoro di cura. Tuttavia possono trovare una attrattività ridotta se:

- a) presentano lungaggini all'accesso, complessità percepite come eccessive dalle famiglie (e il nuovo Isee non sembra andare verso la semplificazione);
- b) sono troppo vincolanti;
- c) sono sottoposti a criteri di accesso troppo selettivi, tali da rivolgersi a una platea talmente poco abbiente da non potersi nemmeno permettere un'assistente familiare.

Per rendere attrattivi sostegni economici legati al ricorso alla badante occorrono inoltre importi con una consistenza tale da costituire un reale incentivo all'emersione, correggendo il disequilibrio di costi tra regolare assunzione e impiego irregolare. Ma è soprattutto importante che l'erogazione sia inserita in un processo di presa in carico e di progettazione individualizzata, una erogazione legata al sistema dei servizi, *cash and care*, pena il rischio di scade-re nella pura elargizione risarcitoria (Box 4.6).

Box 4.6 – I sostegni economici

Punti di forza – Opportunità	Debolezze – Rischi
<ol style="list-style-type: none"> 1. Poco a tanti: con una spesa relativamente limitata si copre un'ampia platea. 2. Politicamente visti con favore. 3. Se erogati sotto forma di voucher, sostengono la creazione di servizi e di lavoro. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se non finalizzati alimentano il mercato irregolare. 2. L'entità degli assegni di cura, spesso, è tale da non costituire di per sé un incentivo alla regolarizzazione. 3. Il voucher presuppone un sistema di servizi. Implica possibilità di scelta. Elementi non sempre presenti. 4. Senza presa in carico, rischio di pura elargizione.

4.4. Conclusioni

In Lombardia il ricorso alle badanti non si riduce. Certo le famiglie fanno fatica, l'assistente familiare rappresenta una spesa che non tutti si possono permettere, ma essa rappresenta ancora una risorsa essenziale per la non autosufficienza. In una Regione il cui numero di persone anziane aumenta di circa 40-50.000 unità l'anno, la domanda di cura che non trova adeguate soluzioni nel sistema formale della assistenza tenderà inevitabilmente a crescere e a rivolgersi almeno in parte a questo mercato, ancora ampiamente sommerso e deregolato.

In questo capitolo ci siamo concentrati sulle opportunità e le criticità di una serie di piste di lavoro il cui scopo è quello di offrire sostegni e superare problematiche legate a questo mercato: lavoro somministrato, lavoro condiviso, sportelli dedicati e sostegni economici.

Proponiamo una sintesi delle potenzialità di crescita di questi interventi, alla luce di alcuni criteri di valore e obiettivi che riteniamo dirimenti:

- la qualificazione del lavoro di cura;
- la regolarità dei rapporti di lavoro;
- l'accompagnamento delle famiglie;
- l'offerta di una pluralità di aiuti, collegati tra loro.

1. Il *lavoro somministrato* potrebbe conoscere una certa diffusione, qualora si rendesse economicamente più accessibile per le famiglie. La formula della somministrazione è un modo per superare il blocco all'uso del contrat-

to Colf da parte di soggetti organizzati: cooperative sociali, aziende, istituzioni. Un suo sviluppo è possibile rafforzando una presa in carico del bisogno e la possibilità di offrire aiuti diversi, soprattutto domiciliari, valorizzando ciò che già esiste. Importanti anche le connessioni con il sistema di garanzie minime rispetto alla qualità dell'assistenza (formazione, Registri di assistenti qualificate). Il rischio, se questi elementi non dovessero essere presidiati, è quello di una somministrazione isolata e prestazionale, che continua ad essere limitato a chi ha bisogno di poche ore di assistenza settimanali (Tabella 4.6).

2. Il *lavoro condiviso* ("badante di condominio") potrebbe trovare una maggiore diffusione nei prossimi anni se sostenuto da attori pubblici (si veda l'interesse dimostrato per questa formula dal Comune di Milano) e privati (es. Confabitare), a condizione che venga mantenuto un differenziale di costo minimo rispetto all'assunzione tradizionale. Rimane aperto il nodo su chi paga l'organizzazione che recluta e coordina una simile figura. Il reclutamento potrebbe avvenire attraverso il sistema di sportelli e Registri di assistenti qualificate, ed è importante il ruolo dei servizi sociali territoriali, per monitorare le situazioni e le condizioni di salute degli assistiti.

3. *Gli Sportelli dedicati* hanno un peso e una attrattiva se si costruiscono come luoghi che, oltre a fare incontrare domanda e offerta, offrono una serie di servizi come la consulenza contrattuale, la gestione dei conflitti, il tutoring domiciliare, la formazione dei caregiver, la connessione con i servizi socio-sanitari. Potranno trovare un impulso grazie alla legge lombarda "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari" (di cui abbiamo proposto una sintesi nel Box 4.3).

In Lombardia stanno diffondendosi agenzie private che fanno sportello. I servizi a cui pensiamo sono diversi non solo perché espressione di una volontà pubblica e politica di intervento, ma:

- *per la capacità di lavorare in rete* con chi fa già sportello nei territori: i sindacati e i patronati sindacali, i servizi sociali comunali, l'associazionismo, la cooperazione sociale;
- *per la capacità di offrire molto più che abbinamenti*, con un collegamento ad attività di formazione, certificazione, Registri, sistema di buoni e voucher ed altro ancora.

4. *I sostegni economici* possono servire per remunerare una badante, per pagare le spese di gestione contrattuale relative o per pagare una agenzia di lavoro somministrato (Motta, 2013). I sostegni economici, buoni o voucher che siano, per essere efficaci in relazione alla emersione del lavoro sommerso devono essere:

- a) di entità e di durata tale da competere con il mercato sommerso;
 b) non troppo selettive in base al reddito, per non rivolgersi solo a chi non potrebbe comunque permettersi l'assistenza regolare;
 c) collegate a una offerta che prevede altre tipologie di aiuto: incontro domanda/offerta, gestione contrattuale, accompagnamento durante il rapporto di lavoro.

Tabella 4.6 - Sviluppo degli strumenti a sostegno del rapporto famiglie/badanti: condizioni e punti di attenzione

Strumento	Condizioni di sviluppo	Punti di attenzione
Lavoro somministrato	<ul style="list-style-type: none"> • Abbattimento del differenziale di costo rispetto all'assunzione diretta da parte delle famiglie • Ingresso di nuovi operatori 	<ul style="list-style-type: none"> • Il legame con i servizi già esistenti (soprattutto pubblici) • Le connessioni con il sistema di garanzie minime di qualità (formazione e Registri)
Lavoro condiviso	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento di un differenziale di costo limitato rispetto al lavoro non condiviso • Maggiore investimento nell'ambito residenziale pubblico e/o privato 	<ul style="list-style-type: none"> • Le connessioni con il sistema di garanzie minime di qualità (formazione e Registri) • Le connessioni con i servizi di informazione e orientamento esistenti, nel momento di aggravamento dei bisogni
Sportelli dedicati	<ul style="list-style-type: none"> • Maggiore investimento pubblico e continuità delle risorse dedicate • Offerta di sostegni post-match: ass. contrattuale, gestione controversie, prestazioni accessorie 	<ul style="list-style-type: none"> • La visibilità e la conoscenza da parte dei cittadini • Collegamento con i servizi pubblici e privati per la non autosufficienza
Sostegni economici	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione di incentivi appetibili rispetto alla convenienza del lavoro sommerso • Collegamento con servizi domiciliari e aiuti socio-sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • Connessioni con gli Sportelli di incontro domanda/offerta di lavoro di cura, le Agenzie per il lavoro, ecc. • Legame con il sistema di qualificazione esistente (formazione e Registri)

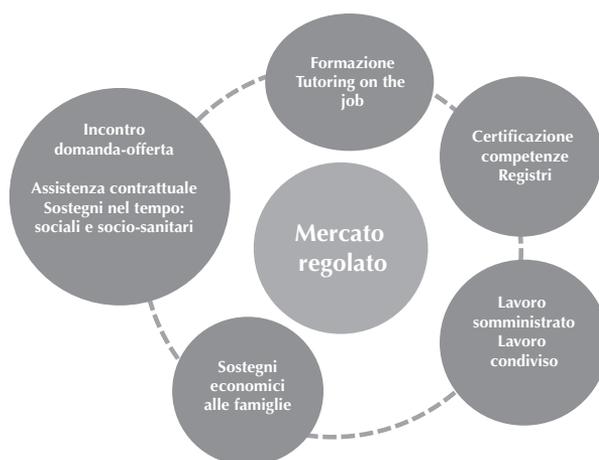
Nella tabella riportata abbiamo sintetizzato alcune condizioni di sviluppo degli interventi analizzati in questo capitolo. Vediamo il rischio che si vadano affermando azioni che confermano la natura prestazionale del lavoro privato di cura, riducendo di poco la solitudine e i paradossi del mercato privato, e che si realizzi un arretramento rispetto ai tentativi di regolazione di questo mercato già in atto.

Occorre collegare, creare una filiera tra vari tipi di intervento a sostegno del lavoro privato di cura, per rispondere alle diverse esigenze espresse dalle famiglie con anziani non autosufficienti (Figura 4.5).

Occorrono sportelli che non si limitano a fare matching ma che lavorano

sul prima e sul dopo gli abbinamenti, offrendo sostegni appetibili per le famiglie e facilitando la corretta gestione del rapporto di lavoro in modo da tutelare da un lato le esigenze dei datori e dall'altro il rispetto dei diritti (retributivi, pensionistici e assistenziali) delle lavoratrici. Occorrono proposte formative non lunghe, articolate per moduli, che prevedano affiancamenti *on the job* sotto forma di tutoraggi, anche impiegando operatori dei servizi (Sad). Occorrono Registri dei soggetti accreditati, che riconoscano non solo quanto acquisito con la formazione ma anche le competenze maturate in ambito lavorativo. Occorrono sostegni (non solo economici) alle famiglie e ai caregiver familiari.

Figura 4.5 - Il lavoro integrato nella regolazione del mercato privato di cura



Determinante è la capacità di regia pubblica, di coordinamento degli interventi presenti sul territorio, non solo quelli a sostegno del rapporto famiglie/badanti, ma anche quelli tesi a garantire la qualità dell'assistenza. Oltre alla formazione è la certificazione delle competenze – cioè l'accertamento e la formalizzazione delle competenze acquisite in contesti non formali e informali – che necessita in Lombardia di essere sviluppata (Oliva, 2012). Sarebbe importante che ciò avvenisse, come peraltro fortemente sostenuto dalla Comunità europea da anni, anche in considerazione del fatto che moltissime assistenti hanno acquisito una significativa esperienza sul campo e che dunque la qualità delle loro prestazioni professionali potrebbe essere semplicemente "attestata", evitando una formazione costosa e pleonastica.

Serve una rete di interventi che si sostengano in modo circolare: sportelli per l'incontro domanda/offerta, formazione, sostegni contrattuali e rela-

zionali al rapporto badante/famiglia, Registri delle assistenti qualificate, lavoro somministrato e condiviso, sostegni economici. Azioni isolate portano a poco o nulla. Nella logica del *One stop shop* (Gilbert, Terrel, 2013), del luogo unico che integra risposte diverse. Occorre una connessione tra soggetti che non sempre sono abituati a collaborare e a lavorare insieme. Ma questa è l'unica strada per riuscire a creare una alternativa credibile al dilagante mercato sommerso della cura nella nostra Regione.

Bibliografia

- BELTRAMETTI, L. (2013). *Voucher sociali a sostegno del lavoro di cura*. In: PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. (a cura di). *Badare non basta*. Roma: Ediesse.
- CNEL (2014). *Rapporto sul mercato del lavoro 2013-2014*. Roma.
- COSTA, G. (2011). Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 4.
- DATANALYSIS (2013). *Gli anziani over 75 e le badanti*. Rapporto di ricerca.
- FONDAZIONE ISMU-CENSIS (2013). *Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera*. Sintesi della ricerca, maggio.
- GHETTI, V. (2014). *I piani di zona alla prova dell'incremento di risorse -1*. Lombardiasociale, 24 febbraio. www.lombardiasociale.it/2014/02/27/i-piani-di-zona-alla-prova-dellincremento-di-risorse/?c=nel-territorio.
- GILBERT, N., TERREL, P. (2013). *Dimensions of Social Welfare Policy*. New Jersey: Pearson.
- GORI, C. (2008). *Le riforme regionali per i non autosufficienti*. Roma: Carocci.
- GORI, C., PASQUINELLI, S. (2008). *Gli assegni di cura*. In: GORI C. (a cura di). *Le riforme regionali per i non autosufficienti*. Roma: Carocci, 157-182.
- GORI, C., PELLICIA, L. (2013). *I territori davanti alla crisi*. In: NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quarto Rapporto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 45-70. www.maggioli.it/rna/.
- INPS, *Osservatorio sui lavoratori domestici*.
- IREF (2014). *Viaggio nel lavoro di cura. Le trasformazioni del lavoro domestico nella vita quotidiana tra qualità del lavoro e riconoscimento delle competenze, anticipazione dei risultati della ricerca*.
- MOTTA, M. (2013). Criteri per costruire buona assistenza domiciliare ai non autosufficienti. *Qualificare*, 37, settembre. www.qualificare.info/home.php?list=archivio&id=679.
- MOTTA, M., TIDOLI, R. (2012). Assistenza domiciliare: Torino e Milano a confronto. *Qualificare*, 31.
- OLIVA, D. (2012). La certificazione delle competenze delle assistenti familiari. *Qualificare*, n. 33. www.qualificare.info/home.php?list=archivio&id=618.

- PASQUINELLI, S. (a cura di) (2006). *Buoni e voucher sociali in Lombardia*. Milano: Franco Angeli.
- PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. (2014). Agenzia di cura. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, agosto.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2013a). *Il punto sulle badanti*. In: NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quarto Rapporto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 93-111. www.maggioli.it/rna/.
- PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. (a cura di) (2013b). *Badare non basta*. Roma: Ediesse.
- PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. (2008). *Badanti. La nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*. Rapporto di ricerca.
- PASQUINELLI, S., SALA, M. (2013). Assistenti familiari e lavoro somministrato. L'esperienza di Cooperjob. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 7.
- PEREGO, G., CANTINI, B. (2013). Assistenti familiari e cooperazione. *Welfare Oggi*, 6: 37-42.
- REGIONE LOMBARDIA. ÉUPOLIS LOMBARDIA. FONDAZIONE ISMU (2014). *Gli immigrati in Lombardia. Rapporto 2013*. www.ismu.org/wp-content/uploads/2014/04/Vol-intero_orim-2013-2014.pdf.
- RUSMINI, G. (2013). *I progetti di sostegno del lavoro privato di cura: un bilancio*. In: PASQUINELLI, S., RUSMINI, G. (a cura di). *Badare non basta*. Roma: Ediesse, 155-182.
- STUPPINI, A. (2013). *L'esperienza francese*. In: PASQUINELLI, S. e RUSMINI, G. (a cura di). *Badare non basta*. Roma: Ediesse.
- TIDOLI, R. (2013). Le rette delle RSA lombarde. Aggiornamento a dicembre 2012. *Lombardiasociale*, 13 marzo.
- TIDOLI, R., MAROTTA, R. (2011). *I titoli sociali*. In: GORI, C. (a cura di). *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*. Rimini: Maggioli, 157-182.
- UNICREDIT FOUNDATION (2013). *Indagine sull'assistenza familiare in Italia: il contributo degli immigrati*. Rapporto di ricerca.
- ZUCHELLI, M. (a cura di) (2007). *Il fenomeno migratorio nella bergamasca e il servizio domiciliare alla persona*. Caritas Diocesana Bergamasca. Rapporto di ricerca.

5. Il finanziamento e la spesa

Elenka Brenna

5.1. Il finanziamento del welfare lombardo: inquadramento generale e sue peculiarità

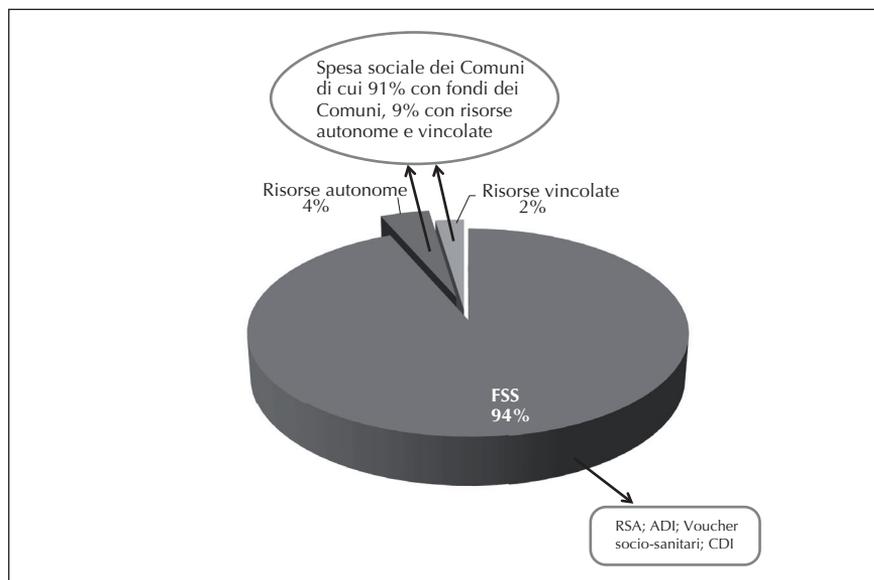
In Italia il finanziamento dei servizi agli anziani non autosufficienti avviene su tre livelli, centrale, regionale e comunale. In sede centrale (e talvolta comunitaria) viene stabilita l'entità dei Fondi che transitano per le Regioni e servono a finanziare la spesa sociale dei Comuni: costituiscono un esempio il Fondo nazionale per la non autosufficienza (Fna) o il Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps). Queste risorse, proprio per la loro destinazione, prendono il nome di **risorse vincolate**. Sempre a livello centrale – sebbene attraverso un canale autonomo costituito dall'Inps – viene gestita la partita delle Indennità di accompagnamento, i contributi monetari di circa cinquecento euro destinati a invalidi civili, ciechi civili e sordomuti. A titolo indicativo questi aiuti finanziari rappresentano circa il 50% delle risorse pubbliche destinate agli anziani.

Sul secondo livello, quello regionale, si individuano due canali di finanziamento separati: quello per la spesa sociale destinata ai Comuni singoli o associati e quello per la spesa socio-sanitaria, amministrata direttamente dalla Regione. Per la spesa sociale, oltre alle già citate risorse vincolate provenienti dal Centro, la Regione Lombardia individua annualmente una quota dal proprio bilancio – le cosiddette **risorse autonome** o Fondo sociale – da destinare ai Comuni per l'implementazione dei servizi sul territorio. Come illustra la Figura 5.1, le risorse autonome, insieme alle risorse vincolate provenienti dal Centro, contribuiscono solo parzialmente alla spesa sociale dei Comuni: circa il 9% dei fondi proviene dalla Regione, e il 91% è costituito da risorse proprie dei Comuni⁽¹⁾. A queste risorse pubbliche si deve aggiunge-

(1) Da notare che esiste una certa variabilità interregionale sulle risorse che vengono dedicate dalle Regioni ai Comuni. La Lombardia si distingue dalle altre Regioni per il fatto che trattiene parte delle risorse per interventi diretti al posto di trasferirle ai Comuni.

re una percentuale di compartecipazione dell'utenza, che in Lombardia è mediamente più alta rispetto alle altre Regioni.

Figura 5.1 - La ripartizione delle risorse regionali per il welfare – disaggregazione fra socio-sanitario e sociale



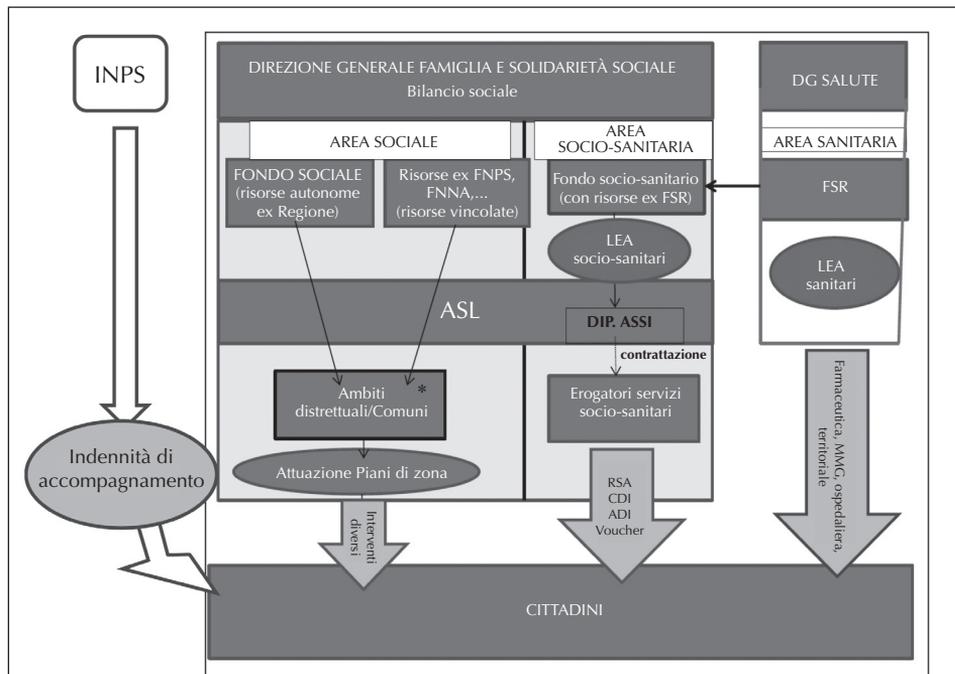
Fonte: elaborazione propria dati del Bilancio sociale 2009 e aggiornamenti.

La spesa socio-sanitaria è invece di competenza delle Regioni. Nel modello di welfare lombardo, che viene descritto dallo schema rappresentato in Figura 5.2, si osserva che il finanziamento destinato a coprire quest'area di competenza proviene dal Fondo socio-sanitario, una costola del Fondo sanitario regionale, pari a circa il suo 8,9% (Bilancio sociale Lombardia, 2009). La scelta di mantenere separate le risorse che finanziano i servizi sanitari da quelle per l'assistenza socio-sanitaria distingue il modello lombardo dal resto del panorama nazionale e viene convalidata dalla presenza di due assessorati, la Dg Sanità e la Dg Famiglia che gestiscono rispettivamente le due aree di competenza. La separazione dei flussi è effettuata a monte, direttamente dalla Regione, per cui le risorse ex Fondo sanitario regionale (d'ora in poi Fsr) convergenti

Per questo motivo la quota di risorse per il sociale che i Comuni ricevono attraverso la Regione è minore rispetto alla media nazionale (9% versus 20%).

nel Fondo socio-sanitario vengono gestite autonomamente dalla DG Famiglia, mentre il Fsr, al netto della parte devoluta, viene gestito dalla DG Sanità. Tale orientamento trova espressione nell'attivazione di Dipartimenti autonomi all'interno delle Asl, i Dipartimenti Assi (Attività socio-sanitarie integrate), che sono provvisti di un sistema di contabilità separata per il finanziamento dei Lea socio-sanitari⁽²⁾. Sebbene l'intento del legislatore – ovvero garantire che le risorse per i Lea socio-sanitari non venissero assorbite dal settore sanitario – fosse encomiabile, la conseguenza è che alle Aziende sanitarie è negata la possibilità di allocare autonomamente le risorse fra ospedale e territorio e ciò costituisce un limite in un'ottica di gestione integrata del bisogno (Pelliccia, 2010).

Figura 5.2 - Il modello di welfare lombardo – Fonti di finanziamento regionali, soggetti istituzionali e impieghi delle risorse



Fonte: elaborazione personale dati provenienti da "Bilancio sociale Lombardia" e Rapporto 2014 Ragioneria generale dello Stato.

* I Comuni finanziano il 91% del welfare con fondi propri, la Regione, tramite risorse autonome e vincolate, passa circa il 9% della spesa per i Comuni.

⁽²⁾ Si tratta dei livelli minimi di assistenza stabiliti dalla Regione, in ottemperanza ai vincoli nazionali, nell'ambito dei servizi socio-sanitari.

Il modello di welfare lombardo si distingue per una seconda caratteristica, rappresentata dall'arbitrarietà con cui la Regione ripartisce i fondi per il sociale, in particolare quelli provenienti dal Centro. Mentre altrove vale la prassi secondo cui i fondi destinati al sociale (le risorse vincolate) vengono trasmessi *in toto* ai Comuni per l'implementazione dei Piani di zona, la Regione Lombardia ne trattiene una parte per interventi diretti, negando ai Comuni la possibilità di usufruirne in pieno. Lo stesso vale per le risorse autonome stabilite annualmente dalla Giunta per la spesa sociale: non tutte vengono destinate ai Comuni perché la Regione ne trattiene una parte per interventi diretti. Come conseguenza negli ultimi dieci anni sono andate incrementandosi le risorse regionali destinate al socio-sanitario a scapito delle risorse destinate al sociale. L'analisi dettagliata di questo fenomeno viene illustrata nel prossimo paragrafo.

5.1.1. *Analisi dei flussi finanziari negli anni dal 2010 al 2014*

L'analisi che si propone qui di seguito si concentra sui flussi di finanziamento del welfare lombardo negli anni più recenti, dal 2010 al 2014. Sono anni che vedono l'avvicinarsi di due legislature e l'inasprirsi dei tagli alla spesa pubblica dovuti alla crisi economica, per cui, per una visione più completa, è stato necessario andare indietro nel tempo e prendere come *benchmark* il periodo dell'ottava legislatura, dal 2004 al 2009. La Tabella 5.1 riporta il budget per la spesa sociale negli anni 2010-2014: sono state disaggregate le voci per il finanziamento della spesa socio-sanitaria da quelle che servono a finanziare la spesa sociale dei Comuni. Rispetto alla prima voce la novità è costituita dalla nascita del Fondo famiglia che, a partire dalla Giunta Maroni⁽³⁾, va ad integrare il finanziamento dei Lea socio-sanitari gestito direttamente dalla Regione, confermando, come nella passata legislatura, la volontà della Regione di trasferire risorse in ambito socio-sanitario rispetto a quelle dedicate agli ambiti distrettuali (Pelliccia, 2014; Ghetti, 2014). Si noti l'incremento (+14%) delle risorse a disposizione del Dipartimento Assi nel periodo considerato⁽⁴⁾.

⁽³⁾ Il Fondo famiglia nasce effettivamente nel 2013 per un'entità di 50 milioni di euro. Dal momento che buona parte del Fondo è finanziata da rimanenze del Bilancio 2012, una parte (30 milioni) viene ripartita sul 2012, come mostrato in Tabella 5.1.

⁽⁴⁾ Da notare che maggiori risorse alle Asl corrispondono ad un maggior peso dato alla residenzialità (che normalmente assorbe circa l'86% delle risorse socio-sanitarie) rispetto alle altre forme di assistenza, come conferma il testo che segue sulla spesa per gli anziani.

Tabella 5.1 - Budget per la spesa sociale, anni 2010-2014 – valori in milioni di euro

	2010	2011	2012	2013	2014	variaz.
a) Finanziamento ASSI - LEA socio-san.	1.500,0	1.597,0	1.650,0	1.652,0	1.712,0	14%
Di cui Fondo Famiglia			30,0	20,0	80,0	
Di cui Fondo socio-sanitario			1.620,0	1.632,0	1.632,0	
b) Finanziamento spesa sociale -	195,0	110,0	73,0	153,9	153,3	-21%
Di cui risorse autonome	85,0	70,0	70,0	70,0	58,0	-32%
Di cui risorse vincolate ex FNNA	56,0	15,0	1,5	41,5	52,9	-6%
Di cui risorse vincolate ex FNPS	54,0	25,0	1,5	42,4	42,4	-21%
a)+b) Totale budget per il welfare sociale	1.695,0	1.707,0	1.723,0	1.805,9	1.865,3	10%
Stima della spesa per anziani*	1.017	1.024,2	1.033,8	1.083,6	1.119,0	10%

* Si è stimata una spesa per gli anziani pari al 60% del totale del budget per il welfare

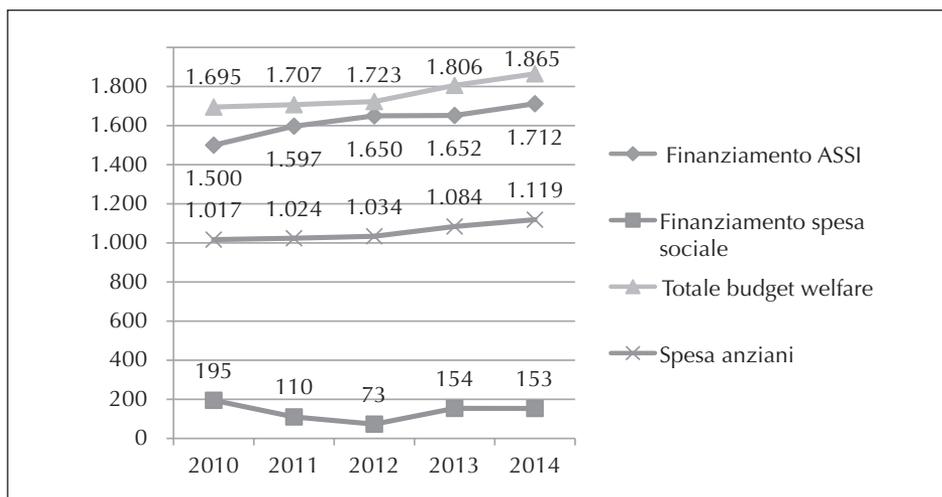
Fonte: adattamento da *Il finanziamento al welfare nella X legislatura*, vademecum Lombardia sociale.

I fondi a disposizione della spesa sociale a favore dei Comuni subiscono invece un decremento pari al 21%: sia le risorse autonome che quelle vincolate invertono il trend rispetto agli anni precedenti, con una riduzione particolarmente accentuata per le prime (-32%), che nell'ultimo anno passano da 70 a 58. In linea con le passate legislature la nuova Giunta conferma la priorità dell'area socio-sanitaria a scapito del sociale. Anche la ripartizione del Fna e del Fnps subisce una battuta d'arresto rispetto agli anni precedenti, con un eccessivo contenimento nel 2011 e nel 2012, anno in cui i due fondi si attestano su un milione e mezzo di euro, e una ripresa negli ultimi due anni. Per quanto riguarda la spesa per anziani, la Regione non ha aggiornato i dati dopo il 2009 (Bilancio sociale, 2009) e quindi è stato necessario procedere con una stima sulla base dell'assorbimento medio delle risorse per questa categoria di utenti nel periodo 2005-2009, che corrisponde al 60% del totale del budget⁽⁵⁾. Per chiarezza espositiva l'andamento dei flussi considerati in Tabella 5.1 è stato riprodotto nel grafico in Figura 5.3. Se anche l'aggregato (sociale più socio-sanitario) fino al 2014 segue un trend crescente, le due voci separa-

⁽⁵⁾ Si è consapevoli dei limiti che questa stima impone anche perché nel periodo considerato detta percentuale ha subito un andamento variabile, con punte del 64% e del 56%, tuttavia, in mancanza di dati aggiornati, questo valore può fornire una stima ragionevole della spesa per anziani finanziata dalla Regione.

te crescono in maniera opposta. Prevale il tratto compensativo fra di esse, per cui ad un minimo nei fondi destinati alla spesa sociale – si veda l’anno 2012 – corrisponde un incremento accentuato nei flussi che finanziano la spesa socio-sanitaria.

Figura 5.3 - Trend delle risorse che compongono il Bilancio sociale con dettaglio anziani*, anni 2010-2014 – valori in milioni di euro

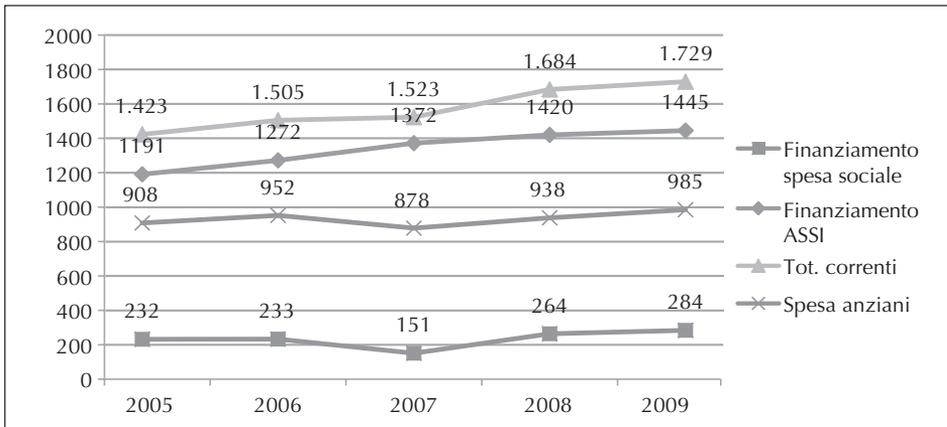


* spesa anziani stimata

Fonte: adattamento da *Il finanziamento al welfare nella X legislatura*, vademecum Lombardia sociale.

I due fenomeni appena delineati, ovvero l’aumento del socio-sanitario a scapito del sociale e una tendenza a compensare le due voci al fine di mantenere un trend in crescita dell’intero aggregato per il welfare, non sono nuovi per la Regione Lombardia, anzi consolidano una prassi già sperimentata durante l’ottava legislatura, dal 2005 al 2009. La Figura 5.4 riporta l’andamento della spesa sociale disaggregata per le medesime macro-categorie per gli anni in questione. Si può osservare come le risorse dedicate dalla Regione alla spesa sociale dei Comuni mostrino un andamento variabile con un drastico calo nell’anno 2007, anno che corrisponde all’incremento maggiore (+7%) per la spesa socio-sanitaria (finanziamento ASSI). La spesa dedicata agli anziani sembra risentire particolarmente dell’andamento altalenante della spesa sociale.

Figura 5.4 - Trend delle risorse che compongono il Bilancio sociale con dettaglio anziani, anni 2005-2009 – valori in milioni di euro



Fonte: adattamento dai dati riportati nel Bilancio sociale 2009.

5.2. La spesa per gli anziani finanziata dalla Regione

La spesa socio-sanitaria per anziani assorbe circa il 63% del Fondo socio-sanitario (Bilancio sociale, 2009) e si distribuisce principalmente su quattro tipologie di servizi:

- le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa);
- i Centri diurni integrati (Cdi);
- l'Assistenza domiciliare integrata (Adi);
- i voucher.

Gli ultimi dati disponibili, aggiornati all'ottava legislatura – dal 2005 al 2009 – mostrano un peso molto marcato delle Rsa, in media l'86,26% sulla spesa totale per anziani finanziata con Fondo socio-sanitario. Rimangono sotto la soglia del 5% tutte le altre voci, nonostante un incremento consistente della spesa per i Cdi che aumenta del 63% passando da 19 milioni di euro a 32 nel 2009, un valore comunque irrisorio in confronto alla spesa per Rsa che assorbe nello stesso anno 798 milioni di euro. In assenza di dati aggiornati, si è proceduto alla stima della spesa per ciascuna delle quattro tipologie partendo dal finanziamento dei Lea socio-sanitari per il 2014 (pari a euro 1.712.000.000), scorporando il 63% in veste di spesa dedicata agli anziani (1.078.560.000 euro), e utilizzando la ripartizione delle risorse sulle quattro tipologie di servizio adottata nell'ottava legislatura. I valori sono riportati in Tabella 5.2.

Tabella 5.2 - Allocazione della spesa per anziani finanziata dai Dipartimenti Assi, anno 2014, stima dei valori sulla base della ripartizione dell'ottava legislatura

Rsa	938.347.200	87%
Cdi	32.356.800	3%
Adi	53.928.000	5%
Voucher	53.928.000	5%
Tot. spesa anziani	1.078.560.000	100%

Fonte: elaborazione dati da www.lombardiasociale.it e Bilancio sociale 2004-2009.

Passando alle previsioni per un prossimo futuro, si è visto che, nonostante un aumento dei bisogni determinato dal trend demografico, i tagli alla spesa pubblica dovuti alla crisi economica hanno prodotto una contrazione delle risorse regionali destinate sia al sociale che al socio-sanitario e le previsioni per il futuro non sono rosee (si veda *www.lavoce* commento di Turati, ottobre 2014). Per quanto riguarda i Lea socio-sanitari, il Fondo sanitario regionale ha subito nel corso dell'ultimo anno, dal 2013 al 2014, decurtazioni per più di due miliardi di euro passando da 20.649.887.314 a 18.326.395.354 (Regione Lombardia 2013 e 2014, Indicatori di bilancio). Non è dato sapere se anche la quota del Fsr destinata al Fondo socio-sanitario sia stata decurtata, e se i tagli previsti verranno in qualche modo compensati con disavanzi di bilancio; certo è che si agisce su un territorio già particolarmente penalizzato e sul quale eventuali tagli possono portare ad un progressivo impoverimento delle famiglie che convivono con un anziano non autosufficiente, come mostrano le evidenze empiriche (Spandonaro, 2014).

5.2.1. Un esercizio di stima della spesa per anziani in Lombardia a partire dai dati di bilancio 2013

Una seconda possibilità per stimare la spesa che la Lombardia dedica agli anziani è quella di utilizzare la tecnica *bottom-up* partendo dai dati di Bilancio pubblicati sul sito della Regione (Regione Lombardia, 2013). Si è pensato di presentare questo esercizio per fornire una visione più appropriata ed esaustiva degli interventi volti all'assistenza agli anziani, consapevoli che i valori ai quali si perviene sono stimati e quindi suscettibili di aggiustamenti. Qui di seguito, con l'ausilio della terminologia adottata nel Piano degli Indicatori e dei Risultati di Bilancio, si illustrano i principali passaggi effettuati. Nel documento della Regione le spese correnti sono raggruppate per capitoli, denominati Missioni, che si suddividono in ulteriori Programmi di spesa. La ricostruzione

ne numerica è riportata in Tabella 5.3; la Missione 12, il cui dettaglio è illustrato in Figura 5.5, si riferisce alle spese riconducibili ai “Diritti sociali politiche sociali e famiglia”; all’interno di questa, due sono i Programmi che comportano un impiego di risorse a favore degli anziani: il Programma 3, a sostegno delle strutture dedicate all’assistenza residenziale specifica degli anziani per un ammontare pari a € 9.846.520, e il Programma 7, più ampio e avente come target gli anziani, i disabili e i minori (si veda la Figura 5.5). Il Programma 7 assorbe il 49,4% dell’intera Missione per un valore pari a 97.557.993 euro, che vengono distribuiti ai Comuni e alle ASL per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio-assistenziali e sociali sul territorio. Isolando l’utenza anziani, le strutture di riferimento sono i centri diurni – per un totale di 4.636 posti letto – e gli alloggi protetti, per 381 posti letto. In base a quanto illustrato nella sezione che segue riguardante la spesa sociale dei Comuni, si è pensato di imputare la spesa per anziani per un valore pari al 12% dell’intero ammontare: risulta una spesa sociale di 11.706.959 euro a favore degli anziani⁽⁶⁾.

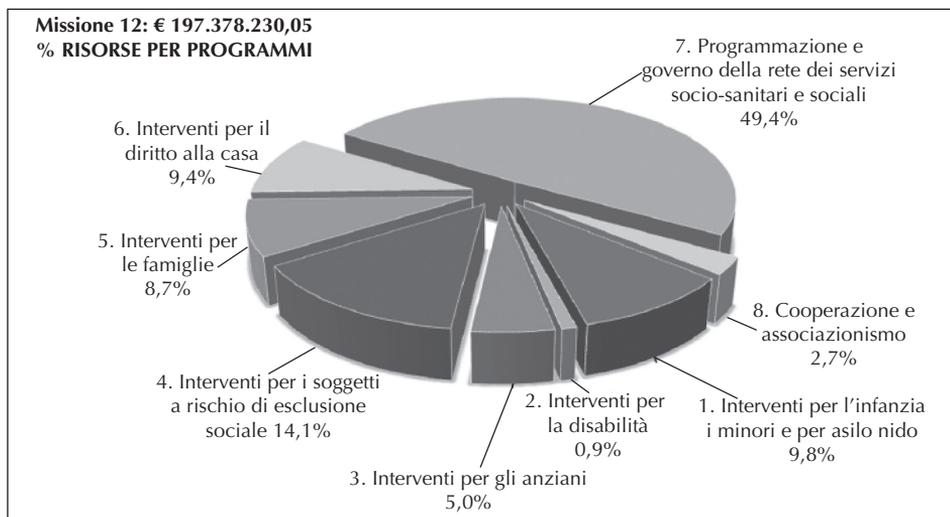
Tabella 5.3 - Spesa della Regione a favore degli anziani, anno 2013

Capitolo di spesa	Denominazione	Spesa sociale	Di cui spesa per anziani
Missione 12	Diritti sociali politiche sociali famiglia	197.378.230	
Programma 3 (5%)	Interventi per anziani		9.846.520
Programma 7 (49,4%):	Programmazione e governo delle reti dei servizi socio-sanitari e sociali	97.557.993	
		<i>di cui 12% a favore degli anziani</i>	11.706.959
Missione 13	Tutela della salute	20.649.887.315	
Programma 1 (95,7%)	Finanziamento Lea	19.770.414.400	
Lea socio-sanitari	di cui parte devoluta a FSS (8,4%)	1.652.000.000	
		<i>parte destinata agli anziani (63% del FSS)</i>	1.040.760.000
Totale spesa per anziani			1.062.313.479

Fonte: elaborazione dati Bilancio Regione Lombardia 2013.

⁽⁶⁾ Si noti che questa è una approssimazione per difetto. Infatti il Programma 7 contiene anche misure inerenti l’assistenza socio-sanitaria (come ad es. i Centri diurni), area in cui normalmente l’assorbimento delle risorse da parte degli anziani è pari al 60%. Tuttavia, non potendo individuare all’interno del Programma 7 le voci per la spesa socio-sanitaria, si è preferito utilizzare l’indice medio di assorbimento di risorse per gli anziani valido per l’area sociale, ovvero il 12%.

Figura 5.5 - Dettaglio Missione 12, ripartizione della spesa in Programmi, anno 2013



Fonte: Piano degli indicatori di Bilancio, 2013 – Regione Lombardia.

Diverso è il percorso seguito per l'imputazione della spesa inerente i servizi socio-sanitari; la ricostruzione prende origine dalla Missione 13, che nel Bilancio della Regione Lombardia rappresenta la spesa per la salute. Dall'aggregato relativo alla copertura dei Lea sanitari (19.770.000.000) si è scorporato l'8,4%, in modo da avere un valore del finanziamento ASSI (1.652.000.000 euro) che corrispondesse al valore ufficiale riportato in Tabella 5.1^(?). Si è poi proceduto ad individuare la quota destinata agli anziani, che nel 2009, ultimo anno disponibile, corrispondeva al 63% del Fondo socio-sanitario (Fss)⁽⁸⁾, giungendo ad un valore pari a 1.040.760.000 euro. Sommando i diversi importi si perviene ad una stima delle risorse destinate agli anziani per l'anno 2013 pari a 1.062.313.479 euro. Il dato differisce dalla stima riportata in Tabella 5.1. (1.083,6 milioni di euro) per circa 21 milioni di euro, una cifra considerevole, possibilmente imputabile a modifiche marginali nelle percentuali di assorbimento della spesa da parte della categoria anziani (si veda al proposito la nota 6). Purtroppo, in assenza di dati ufficiali, non è dato sapere quale fra i valori trovati sia il più appropriato. Il rilievo di questo esercizio di stima, tuttavia, non consiste tanto nel definire un

(?) La percentuale di Fsr destinata al Fondo socio-sanitario era pari a 8,9% nel 2009 ma può essere che la quota sia stata abbassata negli anni seguenti.

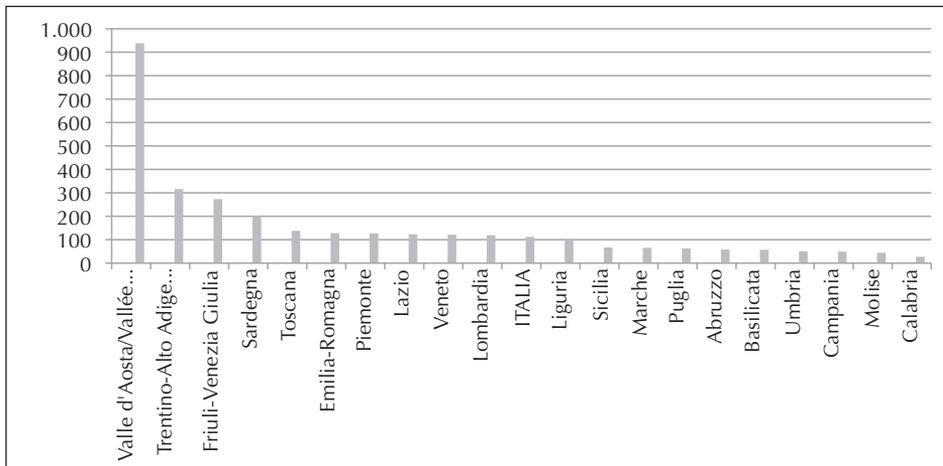
(8) È questa la percentuale trovata nel Bilancio sociale 2009, ultimo anno in cui i dati regionali sulla spesa per anziani sono disponibili.

importo preciso, quanto nel riconoscere una tecnica – la tecnica *bottom up* – utile per comprendere quali siano le voci del bilancio, e i relativi servizi, che concorrono a determinare la spesa per gli anziani in Lombardia.

5.3. La spesa dei Comuni per gli anziani non autosufficienti

Come illustrato nella sezione introduttiva, i Comuni gestiscono autonomamente una serie di servizi per l'assistenza sociale, di cui una parte è dedicata alla cura degli anziani. I finanziamenti, al netto della quota pagata dall'utenza, provengono prevalentemente da entrate proprie e in parte (circa il 9%, cfr. Figura 5.1) dalla Regione. Il grafico in Figura 5.6 riporta per l'anno 2011 i valori della spesa *pro capite* per anziani, ottenuta dividendo la quota di risorse destinata dai Comuni agli anziani per la popolazione over 65⁽⁹⁾ (Istat, 2011). Si può osservare che la Lombardia, con i suoi **119 euro** per anziano residente, si situa al di sotto di tutte le Regioni del Nord e del Centro, ad eccezione della Liguria, e appena al di sopra della media nazionale. Questi minori impieghi sono in parte compensati dalla compartecipazione dell'utenza che, per quanto riguarda l'aggregato spesa sociale, in Lombardia è più alta rispetto alla media delle altre Regioni, circa il 13,2% rispetto al 11,5% del Centro Nord.

Figura 5.6 - Spesa dei Comuni per gli anziani – valori *pro capite*, anno 2011



Fonte: elaborazione dati Istat: *La spesa sociale dei Comuni*, anno 2011.

(9) Si tratta di valori al netto della quota pagata dai cittadini.

Tabella 5.4 - Spesa dei Comuni – spesa sociale e spesa per gli anziani al netto della compartecipazione utenza – valori *pro capite*, anni 2007-2011

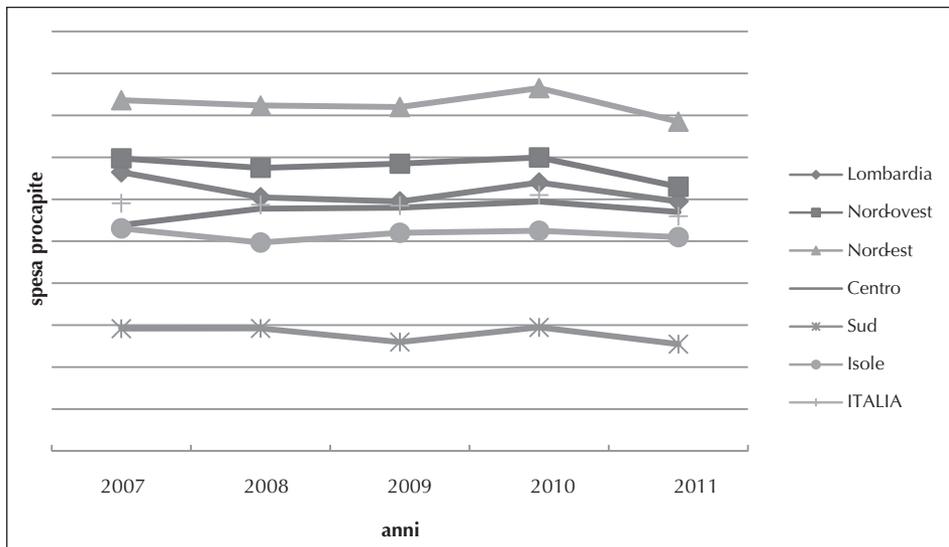
	2007		2008		2009		2010		2011		Variaz. %	
	spesa sociale	spesa anziani										
Lombardia	120	133	120	121	140	119	127	128	124	119	3%	-10%
Nord-ovest	125	140	129	135	133	137	134	140	129	126	3%	-10%
Nord-est	149	167	155	165	163	164	162	173	159	157	7%	-6%
Centro	122	108	126	116	132	116	135	119	136	114	11%	6%
Sud	52	58	52	59	51	52	53	59	50	51	-3%	-13%
Isole	91	106	95	99	107	104	110	105	111	102	22%	-4%
ITALIA	108	118	111	117	116	117	118	122	116	112	7%	-5%

Fonte: elaborazione dati Istat: *La spesa sociale dei Comuni*, annate diverse.

La Tabella 5.4 riporta l'andamento dei valori *pro capite* (rispettivamente spesa sociale e dettaglio spesa anziani) negli anni che vanno dal 2007 al 2011. Analizzando per prima la spesa sociale, nei cinque anni si assiste ad un lieve incremento dei valori riportati, pari al 7% a livello nazionale e al 3% a livello lombardo. Viceversa, per tutte le aree geografiche riportate – ad eccezione del Centro Italia – si assiste ad un decremento della spesa *pro capite* a favore degli anziani, segno che a livello territoriale si è preferito riallocare le risorse per il sociale a favore di altre classe di utenti.

Concentrando l'attenzione sulla Lombardia, si osserva che sia la spesa sociale che quella per gli anziani si mantiene per tutto il periodo al di sotto dei valori medi riportati per il Nord. Il dettaglio della spesa per anziani è visibile dal grafico in Figura 5.7. L'anno 2010 si distingue da tutti gli altri per un picco, ma l'anno successivo riporta la spesa ai valori di trend e segna comunque una flessione su ognuna delle aree geografiche e sulla Lombardia. Da sottolineare infine il notevole divario fra le Regioni del Centro e del Nord e le Regioni delle Isole e in particolare del Sud Italia.

Figura 5.7 - La spesa dei Comuni per gli anziani, anni 2007-2011



Fonte: elaborazione dati Istat: *La spesa sociale dei Comuni*, anni diversi.

5.3.1. La spesa per tipologia di servizio

I Comuni erogano diverse tipologie di servizi a favore degli anziani, che possono essere distinte in tre raggruppamenti: servizi residenziali e semiresidenziali, assistenza a domicilio, aiuti finanziari. In quest'ambito, il servizio che raggiunge il maggior numero di utenti è l'assistenza domiciliare a carattere esclusivamente assistenziale, che prende il nome di Sad (Servizio di assistenza domiciliare). Si distingue dall'Adi (Assistenza domiciliare integrata), per il fatto che quest'ultima comprende l'assistenza sanitaria e pertanto viene amministrata dalle Asl e finanziata quasi interamente dai Dipartimenti Assi.

La Tabella 5.5 riporta alcuni dati descrittivi per la Sad relativi all'anno 2011. In Lombardia per l'assistenza domiciliare si spende in media **1.848** euro, una cifra minore rispetto alla maggioranza delle altre Regioni situate al Nord, al Centro e nelle Isole. L'unica ripartizione geografica che mostra un valore inferiore rispetto alla Lombardia è rappresentata dalle Regioni del Sud Italia, dove mediamente la spesa per gli anziani è molto più contenuta. In via generale 1,6 persone su cento anziani usufruisce di questo servizio, in linea con i dati del Nord Italia. Dal 2009 al 2011 si è assistito ad un calo dell'utenza, a spesa invariata, fatto che ha provocato un aumento della spesa media per utente da 1.709 a 1.848.

Tabella 5.5 - Servizi assistenza domiciliare, anno 2011 – valori assoluti

	N. utenti	Spesa totale	Spesa per utente	Indicatore di presa in carico degli utenti * (per 100 persone)
Lombardia	31.699	58.583.015	1.848	1,6
Nord Ovest	47.323	89.767.906	1.897	1,4
Nord Est	44.050	90.412.770	2.053	1,8
Centro	20.238	57.912.551	2.862	0,8
Sud	32.525	49.597.222	1.525	1,3
Isole	25.444	57.787.653	2.271	2,0
ITALIA	169.580	345.478.102	2.037	1,4

* Utenti sul totale della popolazione di riferimento della Regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni (per la Lombardia sono 1.990.483)

Fonte: elaborazione dati Istat (*La spesa sociale dei Comuni*, 2011).

Diversa è la situazione per l'Adi descritta in Tabella 5.6. Qui esiste un visibile divario fra quanto spendono in media per utente i Comuni lombardi e quanto spendono i Comuni che fanno capo alle altre Regioni, soprattutto

quelle del Centro e del Sud. La differenza può essere spiegata dai diversi modelli gestionali che caratterizzano le Regioni d'Italia e che portano a rilevazioni diverse a seconda che il servizio sia gestito e finanziato in via prevalente dalle Asl o dalle municipalità. Per quanto riguarda la Lombardia, la percentuale di Comuni coperti dal servizio è limitata rispetto alle altre aree geografiche e il numero di utenti, 3.471, è irrisorio rispetto ai quasi due milioni di anziani presenti in Lombardia. La spiegazione è data dal fatto che in Lombardia l'Adi è di competenza delle Asl e le voci riportate in Tabella 5.6 si riferiscono a servizi integrativi di tipo sociale ai quali contribuiscono ancora pochi Comuni. In realtà gli utenti lombardi che usufruiscono di questo servizio, nonostante una flessione negli ultimi due anni, sono circa 82.000 nel 2011, perciò ci troviamo di fronte ad un problema di rilevazione dovuto al fatto che la competenza dell'Adi in Lombardia spetta quasi esclusivamente alla Regione.

Tabella 5.6 - Servizi Adi a carico dei Comuni lombardi, anno 2011

Regioni e ripartizioni geografiche	Utenti	Spesa	Spesa media per utente	Percentuale di Comuni coperti dal servizio
Lombardia	3.471	988.386	285	15,2
Nord-ovest	12.969	9.243.893	713	43,7
Nord-est	45.129	26.109.313	579	66,6
Centro	12.150	20.473.287	1.685	48,4
Sud	4.280	10.654.412	2.489	39,4
Isole	819	1.702.015	2.078	14,3
ITALIA	75.347	68.182.920	905	44,4

Fonte: elaborazione dati Istat (*La spesa sociale dei Comuni*, 2011).

La Tabella 5.7 si riferisce agli aiuti finanziari (voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari), usati di norma per retribuire i servizi a domicilio. Rimandando al capitolo dedicato per la descrizione dei diversi strumenti, si può qui osservare una certa variabilità a livello geografico, data probabilmente dalla vastità degli strumenti finanziari a disposizione dei Comuni e dalla eterogeneità normativa per quanto riguarda il loro utilizzo. La Lombardia mostra un valore, **1.468** euro, di poco inferiore alla spesa media nazionale e comunque di molto superiore all'area del Nord Est, ma il dato appare poco significativo se non si dispone di strumenti che permettano paragoni più appropriati in termini di utilizzo e diffusione delle diverse tipologie di aiuti finanziari. Rispetto al 2009 la spesa lombarda per questi servizi, in linea con la

maggior parte delle Regioni italiane, è diminuita in maniera considerevole, sia in valori assoluti che in termini *pro capite*: per quest'ultimo valore si è passati da 1.706 a 1.468 euro.

Tabella 5.7 - Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per Lombardia e ripartizione geografica, anno 2011

Regioni e ripartizioni geografiche	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Lombardia	10.035	14.733.471	1.468
Nord-ovest	20.020	50.061.738	2.501
Nord-est	31.949	30.237.396	946
Centro	3.585	7.432.215	2.073
Sud	2.038	4.933.270	2.421
Isole	5.364	7.678.810	1.432
ITALIA	62.956	100.343.429	1.594

Fonte: elaborazione dati Istat (*La spesa sociale dei Comuni*, 2011).

L'ultima voce da considerare è quella relativa alla residenzialità (Tabella 5.8). Anche qui bisognerebbe aprire una parentesi che spieghi la normativa che disciplina l'accesso e la compartecipazione degli utenti in ogni Regione. Per la Lombardia i valori medi per utente mostrano un carico finanziario ugualmente distribuito fra utenza (6.001 euro) e Comuni (6.304 euro), con una compartecipazione relativamente bassa (1.054 euro) del Ssn. Da notare, come già osservato, che la quota a carico degli utenti è maggiore in Lombardia rispetto a qualsiasi altra area geografica. Per i rimanenti dettagli ogni tentativo di confronto è superfluo, vista l'eterogeneità nelle quote contributive, che vedono il Nord-est con un aiuto medio del Ssn pari a € 10.875 e le isole con aiuti dal settore sanitario pari a € 74. L'unico possibile paragone può essere fatto sulla spesa media aggregata per utente, che vede la Lombardia di poco al di sotto del valore nazionale (13.359 euro *versus* 14.625). Tuttavia, se il dato viene disaggregato per Regione, come mostra la Figura 5.8, si nota che il valore medio nazionale viene sollevato dalle Regioni e Province autonome del Nord, e che la Lombardia è seguita da quattordici Regioni che mostrano valori medi più contenuti per la residenzialità gestita dai Comuni (Istat, 2011).

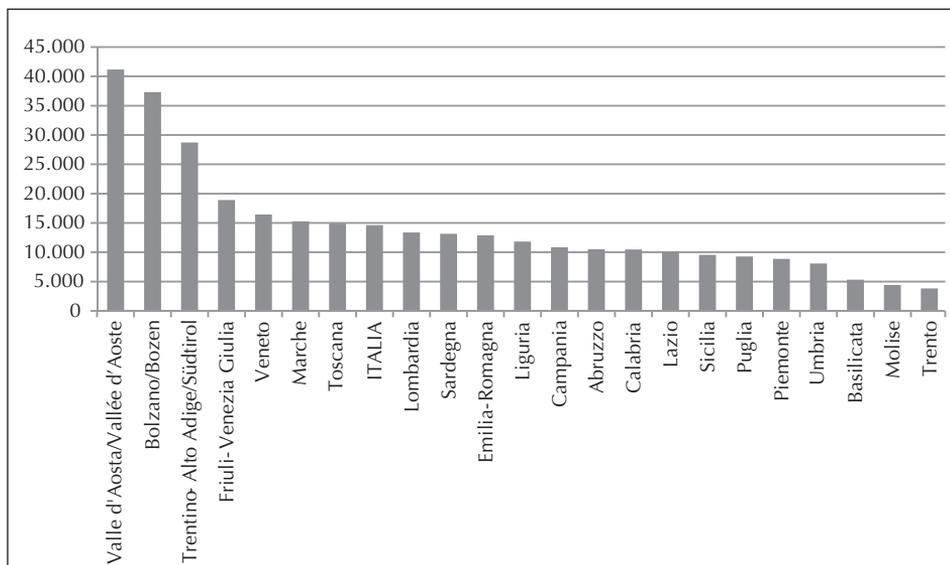
Tabella 5.8 - Le strutture residenziali (a) nell'area anziani: utenti, spesa, compartecipazione degli utenti, compartecipazione del Sistema sanitario nazionale e valori medi per utente, per Regione e per ripartizione geografica, anno 2011

Regioni e ripartizioni geografiche	Utenti	Spesa dei Comuni	Compartecipaz. degli utenti	Compartecipaz. del Ssn	Valori medi per utente			Spesa media totale
					Spesa media per utente	Compartecipaz. media degli utenti	Compartecipaz. media del Ssn	
Lombardia	11.693	73.710.452	70.171.010	12.329.896	6.304	6.001	1.054	13.359
Nord-ovest	24.645	134.695.983	128.857.986	34.317.543	5.465	5.229	1.392	12.086
Nord-est	48.353	99.553.995	206.476.368	525.848.903	2.059	4.270	10.875	17.204
Centro	21.892	121.109.723	72.885.668	93.063.426	5.532	3.329	4.251	13.112
Sud	3.464	26.500.961	6.156.071	900.628	7.650	1.777	260	9.687
Isole	3.999	32.210.743	13.942.174	296.668	8.055	3.486	74	11.615
ITALIA	102.353	414.071.405	428.318.267	654.427.168	4.046	4.185	6.394	14.625

(a) Questa voce comprende sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai Comuni per gli utenti di strutture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

Fonte: elaborazione dati Istat (*La spesa sociale dei Comuni*, 2011).

Figura 5.8 - Spesa media aggregata per le RSA, dettaglio regionale 2011



Fonte: elaborazione dati Istat (*La spesa sociale dei Comuni*, 2011).

Sotto il profilo del finanziamento, la Tabella 5.9. riporta per gli anni 2009-2011 l'aggregato totale della spesa sociale dei Comuni, al netto delle compartecipazioni (queste ultime a carico dell'utenza e in piccola parte del Ssn). Due sono le principali osservazioni in merito: innanzitutto i Comuni lombardi si distinguono per il valore elevato della propria quota di finanziamento rispetto al dato italiano e alla media delle ripartizioni geografiche. Questa realtà riflette l'arbitrarietà della Giunta lombarda nel trattenere in parte i fondi destinati alla spesa sociale, dato confermato dall'esiguità della quota finanziata dai fondi regionali propri e vincolati (prime due colonne da sinistra) rispetto ai valori medi riportati. La seconda osservazione si riferisce al trend, che vede la quota a carico dei Comuni lombardi incrementarsi nel tempo. In riferimento al periodo 2007-2011, se all'aggregato totale si aggiunge la compartecipazione dell'utenza e del SSN, oltre ad una partecipazione finanziaria dei Comuni lombardi via via maggiore, emerge una quota incrementale a carico dell'utenza e una quota decrescente da parte del SSN. In altri termini i Comuni hanno dovuto far fronte ai minori finanziamenti sulla spesa sociale sia attraverso risorse proprie – prevalentemente entrate tributarie ma anche extra tributarie, come l'alienazione di beni in possesso del Comune – sia tramite un inasprimento delle quote sull'utenza.

Tabella 5.9 - Spesa sociale dei Comuni per fonte di finanziamento. Valori %

	Regioni e ripartizioni geografica	Fondo indistinto per le politiche sociali	Fondi regionali vincolati per le politiche sociali	Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o da Unione europea	Altri trasferimenti da Enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie dei Comuni	Risorse proprie degli Enti associativi	Totale
2009	Lombardia	8,0	8,3	3,1	1,8	1,0	77,5	0,3	100,0
	Nord-ovest	11,6	12,2	2,1	2,2	1,4	67,9	2,6	100,0
	Nord-est	15,0	14,0	1,9	2,8	0,9	63,7	1,7	100,0
	Centro	11,7	14,1	1,9	2,0	1,3	67,2	1,8	100,0
	Sud	19,2	15,6	5,6	2,0	0,3	56,1	1,2	100,0
	Isole	25,4	32,3	2,2	1,2	0,4	38,5	-	100,0
	ITALIA	14,6	15,2	2,3	2,2	1,0	62,9	1,8	100,0
	Lombardia	5,8	8,9	3,6	1,7	1,3	78,4	0,3	100,0
	Nord-ovest	9,8	13,2	2,5	2,2	1,5	69,1	1,7	100,0
	Nord-est	19,2	14,4	1,7	1,4	1,2	60,5	1,6	100,0
2010	Centro	8,3	19,8	2,9	1,6	0,7	65,4	1,3	100,0
	Sud	18,1	11,5	3,8	2,3	0,4	62,0	1,9	100,0
	Isole	21,1	32,2	2,3	1,0	0,4	43,0	-	100,0
	ITALIA	13,9	16,8	2,5	1,7	1,0	62,7	1,4	100,0
	Lombardia	5,6	7,9	3,6	2,2	1,2	79,2	0,3	100,0
	Nord-ovest	9,5	11,9	2,7	2,9	1,3	70,0	1,7	100,0
	Nord-est	13,1	18,4	1,6	1,4	1,6	62,0	1,9	100,0
	Centro	7,5	17,1	3,8	1,6	0,9	67,1	2,0	100,0
	Sud	20,4	10,1	4,6	6,6	0,5	55,7	2,1	100,0
	Isole	24,5	34,5	3,3	0,8	0,6	36,1	0,2	100,0
ITALIA	12,4	17,1	2,9	2,2	1,2	62,5	1,7	100,0	

Fonte: elaborazione dati Istat (La spesa sociale dei Comuni, 2011).

5.3.2 *Alcune considerazioni di sintesi sulla spesa sociale dei Comuni a favore degli anziani*

Nel 2011 la spesa sociale dei Comuni per i principali servizi (servizi domiciliari, erogazioni finanziarie, ricoveri in struttura residenziale e integrazione alle rette di ricovero) dedicati agli anziani non autosufficienti supera di poco i 148 milioni di euro (Tabella 5.10). Rispetto alle altre Regioni del Nord, in Lombardia si spende mediamente meno per gli anziani. Il periodo di contingentamento dei conti pubblici che ha coinvolto tutte le Regioni italiane ha costretto, dal 2009 in poi, i Comuni lombardi a tagli sia nella spesa sociale sia nella spesa per gli anziani; su quest'ultima la tendenza al ribasso è più radicata nel tempo, essendo questa voce in calo dal 2007. Si aggiunga che, mentre a livello nazionale la quota di spesa sociale devoluta agli anziani rappresenta il 18%, in Lombardia questa percentuale si abbassa al 12%, poiché i Comuni lombardi hanno optato per una allocazione delle risorse che favorisce maggiormente altre categorie di utenti. All'interno della spesa per anziani circa il 50% è dedicato alla residenzialità, a seguire l'assistenza domiciliare (39,6%) che interessa la maggior parte degli utenti, 31.699, e infine gli aiuti finanziari (10%). Sebbene prevalga la spesa per la residenzialità (soprattutto sotto forma di integrazione alle rette), una quota rilevante di risorse (quasi 60 milioni di euro) è utilizzata per servizi di assistenza a domicilio. Per quanto riguarda la residenzialità, negli ultimi due anni si è assistito ad un calo dell'utenza accompagnato da un aumento della spesa in termini assoluti e da una leggera diminuzione della quota a carico del Ssn. Come risultato si è giunti ad un inasprimento delle partecipazioni a carico degli utenti (circa 500 euro in più rispetto al 2009) insieme ad un aumento notevole della quota *pro capite* a carico dei Comuni (da 5.120 euro a 6.304). Si ricorda infine che le risorse investite dai Comuni lombardi a favore degli anziani sono minime rispetto alla quota devoluta dal Fondo socio-sanitario per gli stessi. Nel 2011 la Regione spendeva in assistenza socio-sanitaria a favore degli anziani circa 1.006 milioni di euro, il 63% del Fondo socio-sanitario (si veda la Tabella 5.1), a fronte dei 148 milioni di euro che i Comuni investono nei servizi sociali dedicati alla popolazione anziana.

Tabella 5.10 - Spesa dei Comuni lombardi, ripartizione percentuale delle risorse dedicate agli anziani, anno 2011

Tipologia servizio	Spesa a carico dei Comuni	% spesa sul totale	Utenti	Spesa media per utente
Sad	58.583.015	39,6%	31.699	1.848
Adi	988.386	0,7%	3.471	285
Aiuti finanziari	14.733.471	10,0%	10.035	1.468
Residenzialità	73.710.452	49,8%	11.693	6.304
Totale	148.015.324	100,0%	56.898	(*) 2.601

(*) il valore si riferisce alla spesa media per anziano trattato, a prescindere dal servizio acquisito

Fonte: elaborazione dati Istat (*La spesa sociale dei Comuni*, 2011).

5.4. L'indennità di accompagnamento

Sebbene l'indennità di accompagnamento non sia di competenza delle Regioni, questo strumento viene qui brevemente richiamato perché fa parte dei mezzi utilizzati dal settore pubblico per fornire assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente e, nella spesa aggregata per questa categoria di utenti, contribuisce per il 50%. Si tratta di una prestazione monetaria di poco superiore ai cinquecento euro mensili (504 euro nel 2014) erogata a invalidi civili, ciechi civili e sordomuti, a prescindere dalla posizione reddituale. Secondo il dato nazionale, nel 76% dei casi il percettore è un ultrasessantacinquenne, e l'utilizzo è altamente correlato all'età, con punte di un percettore su due oltre i novant'anni d'età. Ai fini di un confronto interregionale, essendo il valore del contributo identico per tutte le Regioni, la comparazione si focalizza solamente sulla percentuale di beneficiari anziani. Dai dati del Rapporto nazionale sulle non autosufficienza (NNA, 2013) emerge un forte gradiente geografico nell'erogazione di questo contributo, con picchi in Umbria, Campania e Calabria, Regioni che mostrano un consistente incremento nell'uso dell'indennità fra il 2005 e il 2010. La Lombardia, insieme a molte Regioni del Nord si situa ben al di sotto della media nazionale. La considerazione che sorge spontanea è che nelle aree geografiche dove minore è l'investimento pubblico in servizi socio-assistenziali a favore degli anziani, maggiore è la diffusione dell'indennità di accompagnamento che in parte sembrerebbe compensare le carenze nella dotazione di servizi. Questo fenomeno porta inevitabilmente a iniquità e distorsioni, causate rispettivamente dalla mancanza di vincoli sull'erogazione (l'indennità vie-

ne erogata a prescindere dalla posizione reddituale) e sull'utilizzo (il contributo monetario non è assoggettato all'acquisto di prestazioni assistenziali). Come conseguenza questa prestazione viene più spesso utilizzata come integrazione ai redditi che come sostegno alle spese di assistenza e cura. Tornando al caso della Lombardia, il tasso di beneficiari è fra i più bassi anche all'interno del Nord Italia, secondo solo al Piemonte, se si escludono le Regioni a statuto autonomo.

5.5. Discussione e considerazioni di sintesi

Dal quadro delineato emergono alcune caratteristiche e peculiarità del modello di welfare lombardo che si riflettono sull'assetto assistenziale degli anziani non autosufficienti e che vengono qui riprese brevemente. In primo luogo la presenza di due distinti assessorati, uno per l'area sanitaria, l'altro per il welfare, al posto di uno solo: questa decisione è volta ad evitare che per finanziare la sanità si attinga alle risorse destinate ai Lea socio-sanitari ed è convalidata dalla presenza di Dipartimenti autonomi all'interno delle Asl, i Dipartimenti Assi, che vengono gestiti tramite un sistema di contabilità separato. Purtroppo, e questa è la seconda caratteristica, la medesima cautela non è stata utilizzata per tutelare la spesa sociale destinata ai Comuni. La Lombardia è nota per trattenere una parte dei fondi statali (ovvero le risorse vincolate come il Fnps e il Fna) che sarebbero destinati ai Comuni per interventi sul territorio. Il ruolo accentratore della Regione nelle decisioni inerenti le politiche per il welfare e l'arbitrarietà con cui la stessa stabilisce, di anno in anno, le risorse autonome e vincolate da passare ai Comuni, trattenendo una quota via via maggiore per interventi diretti sul territorio, unitamente alla frammentazione delle funzioni gestionali delle Asl, comporta una scarsa integrazione fra socio-sanitario e sociale, che si riflette nell'ancora basso livello di coordinamento tra Asl e Comuni. È questo un altro tratto che distingue il modello lombardo e che è stato criticato da diversi autori (Brenna, 2011; Gori, 2014; Pelliccia, 2014).

Per quanto riguarda lo specifico della spesa per anziani, a livello regionale, nonostante la difficoltà nello stimare i valori, emergono tre elementi:

- a) una crescita della spesa per il welfare sensibilmente ridotta negli ultimi cinque anni;
- b) una maggiore attenzione della Regione all'area socio-sanitaria a scapito del sociale;

c) una riallocazione delle risorse che penalizza gli anziani rispetto ad altre aree di utenza. Tale penalizzazione è più evidente se si guarda alla spesa sociale dei Comuni, dove i dati forniti dall'Istat registrano un calo nella spesa *pro capite* per anziani pari al 10% dal 2007 (133 euro per anziano), al 2011 (119 euro per anziano), segnalando la scelta dei Comuni di ridurre progressivamente le risorse dedicate agli anziani rispetto ad altre aree di utenza. Questo dato trova conferma nelle percentuali: gli anziani assorbono in Lombardia il 12% della spesa sociale dei Comuni *versus* una media nazionale del 18%.

Il confronto dei valori di spesa rispetto alle Regioni del Centro-Nord è stato possibile solamente per la spesa sociale dei Comuni, per la quale si aveva disponibilità di dati (Istat, 2011). I Comuni lombardi spendono mediamente meno per gli anziani rispetto alle altre Regioni del Nord Italia e del Centro. La spesa è sbilanciata verso i servizi residenziali e l'onere per l'utenza è mediamente maggiore rispetto alle altre Regioni settentrionali: in Lombardia la quota di compartecipazione alla spesa sociale è infatti pari a 13,2% rispetto all'11,5% del Centro-Nord e ad una media italiana del 10,5%. Infine, escludendo le Regioni a statuto autonomo, gli anziani lombardi sfruttano l'indennità di accompagnamento meno rispetto alla totalità delle Regioni, ad eccezione del Piemonte, fatto che può trovare spiegazione nel concorso di più fattori: una maggiore disponibilità di servizi alternativi a livello regionale, un quadro epidemiologico differenziato, una applicazione diversa di una normativa teoricamente omogenea a livello nazionale e, infine, una diversa propensione a richiedere questa prestazione. Un'ultima considerazione va fatta sui tagli alla spesa pubblica e al welfare che stanno interessando in maniera particolarmente incisiva la Lombardia, già penalizzata da una riallocazione delle risorse in vista di Expo 2015. Nel settore "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia" (Missione 12 nel Rapporto sugli indicatori e i risultati di Bilancio redatto dalla Giunta Maroni) ai tagli di circa 87,5 milioni di euro per il 2014 seguiranno tagli di altri 50 milioni nel 2015, di cui circa trenta nella "programmazione e governo per i servizi socio-sanitari e sociali", voce che include l'assistenza agli anziani. Di altra e ben più grave entità sono i tagli previsti per il Fondo sanitario regionale (Missione 13) che comprende la copertura dei Lea socio-sanitari. Sul Fsr i tagli nel 2014 sono stati pari a due miliardi e trecento milioni. Tagli di entità minore (circa cinquecento milioni per il 2015 e altri 100 nel 2016) sono in agenda per i prossimi due anni. Per il momento non si sono verificate notevoli ripercussioni sui Lea socio-sanitari, ma ciò è dovuto probabilmente alla tecni-

ca del ripiano *ex post*, che permette alle Regioni di sfiorare sul Bilancio; tuttavia le decurtazioni previste per gli anni a venire fanno pensare che il trend crescente del welfare lombardo sia destinato ad arrestarsi.

Bibliografia

- BRENNA, E. (2011). Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: The Lombardy model of Italy. *Health Policy*, 103: 209-218.
- GHETTI, V. (2014). Fondi sociali a passo di gambero: tendenze recenti e prospettive future. In: "Il finanziamento al welfare nella X legislatura", i vademecum di Lombardia Sociale.
- GORI, C., GHETTI V. (2014). *Giunta Maroni un primo bilancio*. <http://www.lombardiasociale.it/>.
- ISTAT. *La spesa sociale dei Comuni – anni 2007, 2008, 2009, 2010, 2011*.
- MONTEMURRO, F. (a cura di) (2014). *Un tentativo di definire linee guida per la lettura dei bilanci comunali*, Luglio.
- NNA, NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (2013). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- OCSE (2013). *Health for all*.
- PELLICCIA, L. (2010). *Il finanziamento e la spesa*. In: *Come cambia il welfare lombardo*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- PELLICCIA, L. (2014). Interventi diversi su "il Finanziamento al welfare nella decima legislatura". I vademecum di Lombardia Sociale.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO. *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario: Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2014*.
- REGIONE LOMBARDIA (2009). *Bilancio Sociale*.
- REGIONE LOMBARDIA (2013). *Piano degli indicatori e dei risultati di bilancio*. Settembre.
- REGIONE LOMBARDIA (2014). *Piano degli indicatori e dei risultati di bilancio: anni 2014-2016*. Gennaio.
- REGIONE LOMBARDIA (2014). *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia*. 30 giugno.
- SPANDONARO, F. (a cura di). X Rapporto Sanità, Crea Sanità Tor Vergata.
- TURATI, G. (2014). *Dove taglieranno le regioni*. <http://www.lavoce.info/>.
- UNIONE EUROPEA, COMITATO PROTEZIONE SOCIALE (2014). *Adequate social protection for long term care needs in ageing society*. Giugno.

Riferimenti normativi

D.G.r. 14 maggio 2013, n. 116.

Legge regionale 11 luglio 1997, n. 31, "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali".

Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

6. Sostegni al domicilio 2.0

Marcella Sala, Sergio Pasquinelli e Giselda Rusmini

6.1. Introduzione

È cambiata molto la realtà dell'assistenza domiciliare. Negli anni Settanta e Ottanta sugli aiuti offerti nel proprio ambiente di vita si è giocata la possibilità di realizzare un sistema dei servizi davvero territoriale. Oggi, la tutela della domiciliarità continua a essere centrale ma in un contesto radicalmente cambiato dalla presenza delle badanti, da caratteristiche dei bisogni di cura che si sono trasformate nel tempo, da una organizzazione dei servizi diversa, che per esempio chiede alle famiglie una compartecipazione ai costi non irrisoria.

Questo capitolo affronta il tema del sostegno alla domiciliarità della popolazione anziana nell'ottica di quello che esiste e si è consolidato nel tempo e nell'ottica di quello che ha bisogno di crescere, che già sta evolvendo oltre ai servizi più tradizionali. I prossimi anni vedranno una montante domanda di aiuti da parte degli anziani, e di anziani soli, e i servizi domiciliari sono quelli per definizione più prossimi ai bisogni di cura familiari.

Come in molte altre Regioni, in Lombardia i servizi domiciliari si sono sviluppati su due assi:

- il Servizio di assistenza domiciliare (Sad), gestito dai Comuni, che si connota per un contenuto della prestazione di tipo sociale, tutelare;
- l'Assistenza domiciliare integrata (Adi), gestita dalle Asl, che prevede prestazioni prevalentemente di tipo infermieristico, fisioterapico, riabilitativo.

Sad e Adi, Adi e Sad. I sostegni domiciliari alla popolazione anziana sono ruotati per lunghi anni intorno a questo binomio. Servizi importanti, che coinvolgono un numero rilevante di persone ma che presentano criticità.

Analizzeremo ora questi due servizi, per poi concentrarci sulle nuove misure recentemente avviate dalla Regione Lombardia e su nuove progettualità, possibili direzioni di sviluppo e crescita, alla luce di esperienze lombarde e non.

6.2. I Servizi di assistenza domiciliare dei Comuni (Sad)

I Sad sono stati storicamente i primi servizi nati per favorire la permanenza a domicilio delle persone anziane, evitando il ricovero in struttura. Svolgono interventi di tipo tutelare, con azioni di assistenza alla persona di vario tipo ma naturalmente non di contenuto socio-sanitario, anche semplici (somministrazione medicinali, misurazione della pressione), che competono all'Adi.

Gli utenti dei Sad in Lombardia erano 31.699 al 2011 (ultimi dati Istat disponibili). Rispetto alla popolazione ultra 65enne di quell'anno, il tasso di copertura era dell'1,6%.

Figura 6.1 - Tasso di presa in carico degli utenti in Sad sulla popolazione anziana (ultra 65enni), 2011

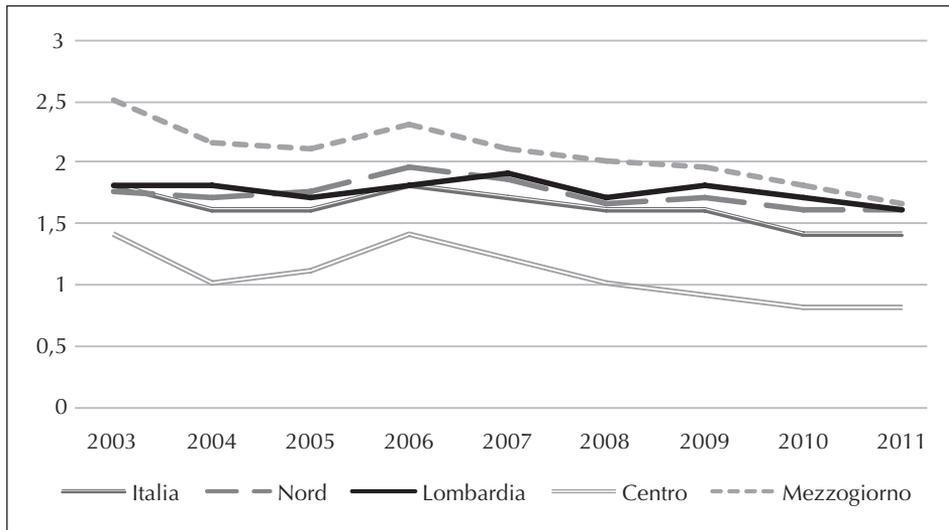


Fonte: Istat.

Fra le Regioni italiane il *range* di copertura sulla popolazione anziana va da 0,3% (Umbria) a 5,2% (Valle d'Aosta). La Lombardia si colloca nel mezzo, leggermente al di sopra della media nazionale (1,4%) ma lontana dai livelli di Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, così come di Sardegna, Friuli e Molise. In tutta Italia, comunque, la copertura rimane bassa, configurando così un servizio "di nicchia". Se anche volessimo restringere l'universo di potenziali beneficiari, non considerando tutta la popolazione anziana ma solo quella non autosufficiente che risiede a domicilio, escludendo dunque sia gli anziani autosufficienti sia chi è ricoverato in struttura, arriveremmo a un indice di presa in carico del 10% circa. Una copertura quindi che resta molto circoscritta anche rispetto un bacino ridotto di potenziali utenti.

Come il tasso di presa in carico, anche i livelli di spesa *pro capite* presentano una certa disomogeneità regionale. La Lombardia si colloca questa volta al di sotto della media italiana (2.037 euro), con una spesa per utente pari a 1.848 euro. Peraltro, negli anni dal 2005 ad oggi la spesa *pro capite* è lievemente aumentata, vedendo contestualmente ridursi, tuttavia, il tasso di presa in carico.

Figura 6.2 - Andamento del tasso di presa in carico in Sad in Lombardia e nelle altre macro-aree geografiche, dal 2003 al 2011



Fonte: Istat, anni vari.

NOTA: a fini di sintesi abbiamo riportato il dato del Mezzogiorno, ricavato dalla media dei dati di Sud e Isole, e il dato del Nord, ricavato da una media dei dati di Nord-ovest e Nord-est.

Nell'ultimo decennio si evidenzia una riduzione dell'indice di presa in carico da parte dei Sad, che ha riguardato non solo la Lombardia ma tutte le aree d'Italia, a dimostrazione di un servizio che conosce già da tempo una situazione critica un po' ovunque. In effetti, il Sad non ha trovato negli anni un proprio percorso di espansione. Solo il Nord Italia è riuscito a mantenere costante o comunque a ridurre di poco il tasso di presa in carico. Nelle Regioni del Centro e del Mezzogiorno, invece, dal 2003 al 2011 si è arretrati di circa un punto percentuale.

Quali sono le ragioni di questa generalizzata contrazione dei Sad? Essenzialmente dal combinato disposto della concorrenza alimentata dal lavoro privato di cura, le badanti, e della crescente richiesta di compartecipazione ai costi del servizio. Molti regolamenti comunali prevedono, oltre a valori Isee di 12-14.000 euro, una quota di contribuzione da parte dell'utente che può arrivare anche a 7-8 euro l'ora: praticamente il costo di una badante. In effetti, il Sad è il servizio che più ha subito nel tempo la concorrenza delle assistenti familiari, opzione più accessibile e spesso più economica, in particolare se irregolare.

Nel tentativo di rispondere a bisogni crescenti, contenere la compartecipazione per le fasce più basse e allo stesso tempo far fronte a risorse finanziarie in diminuzione, i Comuni hanno accresciuto le quote richieste alle fasce più benestanti. In taluni casi, il contenimento dei costi è andato a scapito del numero medio di accessi a domicilio e del numero di ore settimanali, o anche alle fasce orarie di copertura (Gori *et al.*, 2014).

Così oggi i Sad si rivolgono a una utenza fragile, specie dal punto di vista economico, e offrono una assistenza limitata. L'intensità dell'assistenza raggiunge una media di 4-5 ore alla settimana, in Lombardia. Poco, spesso troppo poco se messo in relazione con il bisogno reale di assistenza di un anziano non autosufficiente. Inoltre, il Sad presenta regole di accesso e soglie economiche di compartecipazione ai costi assai differenziate, anche da un Comune all'altro nel medesimo Ambito territoriale, con evidenti diseguità.

Di fronte a un servizio non garantito e spesso costoso le famiglie hanno mostrato di reagire rinunciando al servizio pubblico e ricorrendo alle proprie risorse, alle badanti o a centri privati di assistenza. Questi ultimi, in particolare, sono sempre più diffusi sul territorio, offrono interventi in emergenza, molto diversificati e mirati, spesso anche di tipo continuativo e prolungato, cosa che il pubblico non riesce a garantire. Di fronte ad un'offerta statica e poco rispondente ai nuovi bisogni, insomma, le famiglie da parecchi anni hanno individuato e premiato nuovi strumenti di *care*.

Una ulteriore questione è la mancata integrazione fra interventi sociali e socio-sanitari. La perdurante separatezza rispetto all'Adi impedisce di sfruttare potenziali sinergie fra i due servizi e non manca di ripercuotersi sull'anziano, spesso portatore di bisogni complessi che gioverebbero di risposte integrate. Recenti indirizzi regionali hanno finalmente posto attenzione a questo delicato nodo, su cui avremo modo di ritornare in questo capitolo.

Nel Box di seguito riportato riassumiamo criticità e linee di possibile sviluppo del Sad anziani. Un servizio che può continuare a svuotarsi e a rivolgersi solo alle fasce più basse, o al contrario evolversi, grazie a un rinnovato sistema di compartecipazione al costo, superando i suoi tradizionali limiti di ore di servizio erogate e target d'utenza.

Criticità e linee di sviluppo dei Sad

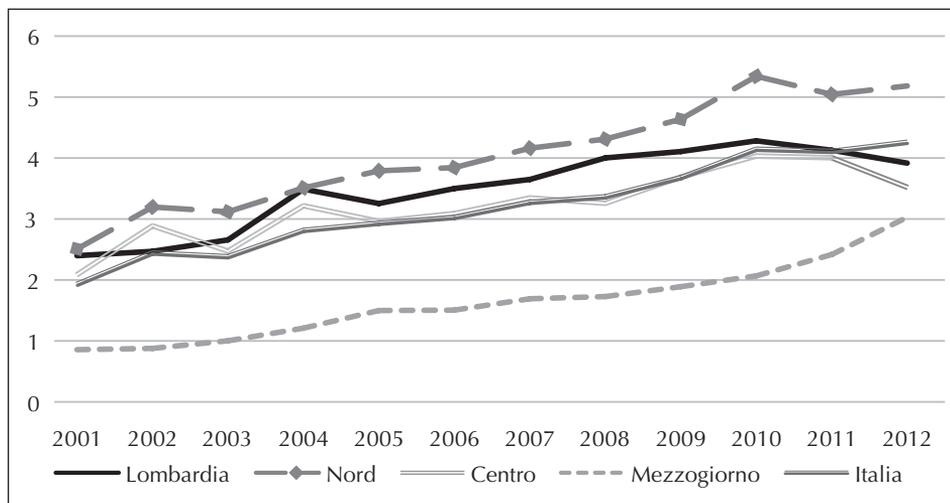
Criticità	Alcune linee di sviluppo
<ul style="list-style-type: none"> • Limitato numero di utenti • Limitata intensità di assistenza • Costi poco competitivi col mercato privato della cura • Percorsi di accesso percepiti come complessi • Variabilità dei criteri d'accesso e di compartecipazione alla spesa da un Comune all'altro 	<ul style="list-style-type: none"> • Maggiore coordinamento con altri sostegni domiciliari • Ridefinizione soglie lsee • Capacità di intercettare bisogni non strettamente assistenziali • Sviluppo di azioni a sostegno dei caregiver familiari

6.3. L'Assistenza domiciliare integrata (Adi)

L'Adi, di competenza delle Asl, è un tipo di assistenza socio-sanitaria che può essere attivata dai medici di base, dalle Asl o dagli ospedali nei confronti di anziani (ma non solo) in condizioni sanitarie tali da richiedere aiuti specifici, prevalentemente di carattere infermieristico o fisioterapico. In Lombardia il numero di anziani trattati in Adi era di 80.045 nel 2012 (Ministero della salute).

La Lombardia non è fra le Regioni che vedono i valori più alti della quota di anziani in Adi: si colloca in posizione intermedia, con un tasso di copertura del 3,9%. Le Regioni con il tasso di copertura maggiore in assoluto sono Emilia-Romagna (11,8%), Umbria (7,9%) e Friuli-Venezia Giulia (6,2%). La Lombardia è anche superata da Veneto, Lazio, Abruzzo, Basilicata e Sardegna.

Figura 6.3 - Tassi di presa in carico degli utenti in Adi sulla popolazione ultra 65enne, dal 2001 al 2012



Fonte: Istat, anni vari.

Come è cambiato il numero di fruitori del servizio nel corso degli anni?

A differenza di quanto osservato per il Sad, nell'ultimo decennio l'utenza Adi è aumentata in tutta Italia. La crescita è stata pressoché costante, salvo qualche momentanea battuta d'arresto (in particolare nelle Regioni del Centro). La crescita maggiore si è registrata nel Mezzogiorno, che partiva da livelli decisamente inferiori e che si sta ora avvicinando ai livelli delle altre aree.

Se osserviamo la situazione al 2012, con il suo 3,9% di anziani in carico la Lombardia presenta un dato inferiore alla media non solo delle Regioni del Nord (5,1%), ma anche nazionale (4,2%). La differenza con le Regioni del Nord, in particolare, si è accentuata nel corso dell'ultimo decennio, e soprattutto dopo il 2008. In particolare, fra il 2010 e il 2012 la Lombardia ha fatto registrare una riduzione del numero di utenti anziani (da circa 84.000 a 80.000) e del tasso di presa in carico (da 4,2 a 3,9%).

Sembra dunque che la struttura dell'offerta fatichi ad adeguarsi a una domanda in crescita.

Un aspetto importante è la quantità di assistenza erogata. Il numero di ore erogato in Adi è in generale di molto inferiore rispetto al Sad anziani. Questo è dovuto principalmente alla diversa natura del servizio, che non è di tipo continuativo, come il Sad, ma viene erogato a pacchetti di un certo numero di accessi, in un arco di tempo compreso fra uno e tre mesi. L'Adi nasce

infatti come servizio a carattere temporaneo, pur trascendendo talvolta questa dimensione (si pensi alle piaghe da decubito, trattate in Adi pur essendo difficilmente guaribili).

Nell'ultimo triennio disponibile (2009-2011) nella metà delle Regioni italiane il numero medio di ore godute annualmente da ciascun utente anziano è calato, mentre nell'altra metà è aumentato. Il calo più significativo si registra in Valle d'Aosta (-45 ore), mentre gli aumenti più consistenti si registrano in alcune Regioni del Sud, come Molise e Sardegna. In Lombardia il numero medio di ore prestate per paziente, diciotto, è invece aumentato di una unità.

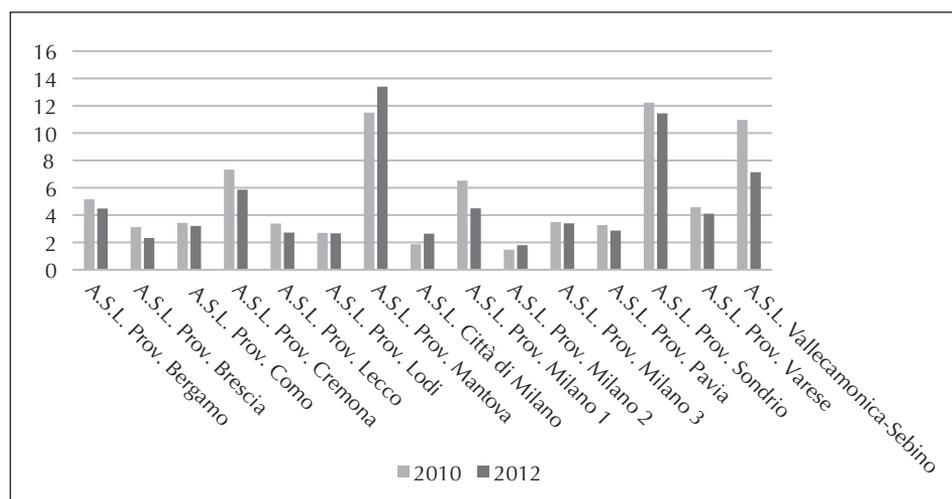
Tabella 6.1 - Numero medio di ore di assistenza annuali per anziano in Adi

	2009	2010	2011	Var. 2009-2011
Molise	56	81	81	25
Basilicata	39	40	40	1
Puglia	43	37	37	-6
Sardegna	23	35	35	12
Sicilia	26	35	35	9
Abruzzo	26	34	34	8
Campania	36	33	33	-3
Marche	28	27	27	-1
Calabria	26	23	23	-3
Liguria	20	23	23	3
Toscana	21	22	22	1
Emilia-Romagna	17	21	21	4
Valle d'Aosta	66	21	21	-45
Lombardia	17	18	18	1
Lazio	18	16	16	-2
Piemonte	17	14	14	-3
Umbria	15	14	14	-1
Trentino-Alto Adige	25	11	11	-14
Veneto	9	10	10	1
Friuli-Venezia Giulia	6	3	3	-3

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2014 (dati 2011) – Direzione generale del sistema statistico sanitario – Ufficio di Direzione Statistica.

Un altro elemento che vale la pena sottolineare e che riguarda tutte le Regioni, Lombardia compresa, è quello della disomogeneità territoriale interna. L'Adi risente fortemente degli indirizzi delle singole Asl e della propensione degli attori locali a investire sul servizio, sebbene gli ultimi indirizzi della Regione tendano a ridurre questa disomogeneità.

Figura 6.4 - Indice di presa in carico in Adi sugli anziani residenti 2010 e 2012, per provincia



Fonte: Dipartimento politiche sociali – Istat, 2013.

Il tasso di copertura dell'Adi sugli anziani residenti, al 2010 e al 2012, mostra disomogeneità significative tra le Asl (Figura 6.4): è tendenzialmente più alto nelle Asl di Mantova, Sondrio e Vallecambonica-Sebino, mentre risulta piuttosto basso nella Provincia di Milano 2 e a Milano Città. Se si osserva poi la variazione dal 2010 al 2012 si evince come nella maggior parte delle Asl, ad eccezione di Mantova, Milano città e Milano 2, la copertura del servizio si sia ridotta nel biennio 2010-2012.

Per concludere. Il sistema Adi, dalla introduzione nel 2003 del voucher socio-sanitario, è stato oggetto di revisioni e adattamenti continui. Dopo la fase di sperimentazione avviata nel 2011 (d.G.r. n. 1746 di quell'anno) oggi il servizio punta a integrarsi nel sistema più ampio delle cure domiciliari, facendo leva su una attenta valutazione multidimensionale del bisogno e una presa in carico integrata.

I soggetti coinvolti sono distinti per funzioni: le Asl con funzioni di programmazione, valutazione e controllo e gli enti erogatori con funzione di ge-

stione degli interventi. A questi ultimi è affidata la definizione dei Piani di assistenza, mentre le Asl definiscono i singoli profili assistenziali, dove a ciascun profilo è collegata una tariffa. Nel corso del 2014 sono stati introdotti indicatori di appropriatezza per gli enti erogatori (d.G.r. n. 1756/2014). Tali indicatori sono sottoposti per l'Adi a una duplice valutazione, *in itinere* ed *ex post*, a campione. Il tempo dirà quanto questo nuovo sistema riuscirà a migliorare la qualità dell'assistenza. Per il momento, la percezione di molti enti erogatori è quella di un aumento degli adempimenti richiesti, a fronte di risorse invariate. Inoltre, con la D.g.r. 2655/2014 entra in vigore, nel 2015, la scala di valutazione InterRai Home Care (la versione Vaor per la domiciliarietà) quale strumento omogeneo nella Regione. Si è chiuso così un lungo percorso sperimentale che ha visto l'alternarsi di diverse scale di valutazione della non autosufficienza.

Qual è lo stato di salute dell'Adi in Lombardia?

I dati ci mostrano un servizio meno diffuso rispetto alla media dell'Italia del Nord, presente in modo disomogeneo nelle diverse Asl lombarde, che non è aumentato negli ultimi anni, a fronte di un bisogno certamente in crescita in termini assoluti. Un servizio importante, vitale per molti anziani e molte famiglie, ma ancora circoscritto in termini numerici e nella durata degli interventi posti in essere.

Un servizio che fatica a raggiungere quella integrazione socio-sanitaria di cui si parla con rinnovato vigore: l'effettivo concorso, nella fase valutativa, di personale Asl e di assistenti sociali comunali difficilmente si realizza. I rapporti con i Sad comunali, che spesso insistono sulla stessa utenza, sono assai scarsi, al di là di alcune specifiche, positive esperienze territoriali, che certo non mancano. Il ruolo dei medici di base è poi solitamente limitato alla segnalazione e agli invii dei pazienti alla Asl, ma risulta pressoché assente successivamente.

Gli anziani in Lombardia aumentano a un ritmo di circa 40-50.000 unità all'anno e un servizio come l'Adi dovrebbe stare al passo con questa crescita. Resta dubbio quanto si stia investendo per estendere l'intervento, riducendo così il ricorso obbligato, e talvolta improprio, a servizi alternativi: ambulatoriali, ospedalieri e della sanità privata.

Criticità e linee di sviluppo dell'Adi in Lombardia

Criticità	Alcune linee di sviluppo
<ul style="list-style-type: none"> • Limitato numero di utenti • Limitata durata della assistenza • Disomogeneità territoriale • Scarsa integrazione con il Sad 	<ul style="list-style-type: none"> • Estensione del servizio in relazione all'aumento dei bisogni • Sviluppo delle connessioni con i Sad comunali • Sviluppo delle connessioni con le nuove misure regionali, in particolare Rsa aperta

6.4. I nuovi interventi regionali: la "misura B2" e la "Rsa aperta"

Recentemente sono stati avviati importanti interventi regionali che vanno a sostenere e sviluppare quanto Sad e Adi offrono. Ci riferiamo agli interventi di cui al Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze, in particolare la sua "misura B2" e alla nuova misura cosiddetta di "Rsa aperta", riguardante servizi di sostegno domiciliare gestiti da strutture residenziali. Vediamoli distintamente.

Buoni e voucher a sostegno della domiciliarità: la "Misura B2"

Con la d.G.r. n. 740/2013 la Regione Lombardia ha introdotto la cosiddetta misura B2, un contributo destinato a "persone, di qualsiasi età, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, della vita di relazione e sociale". Si tratta di persone impossibilitate a svolgere in modo autonomo le attività di vita quotidiana (Adl) e le attività strumentali alla vita quotidiana (Iadl). La finalità generale è "garantire piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita".

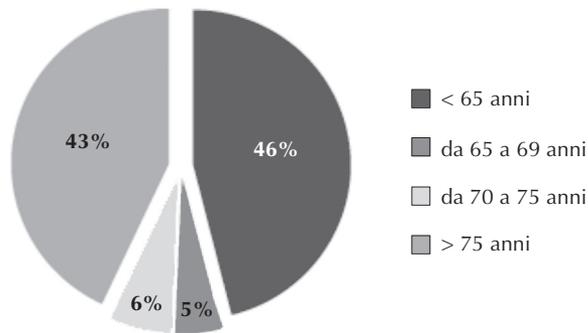
La misura prevede una gamma ampia di applicazioni. *Per quanto riguarda quelle di pertinenza alla popolazione anziana:*

1. un buono mensile fino ad un importo di 800 euro, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o per acquistare le prestazioni da un'assistente (badante);
2. contributi sociali per periodi di sollievo della famiglia, trascorsi dalla persona fragile presso unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali;
3. voucher sociali per l'acquisto degli interventi complementari e/o integrativi al sostegno della domiciliarità (pasti, lavanderia, stireria, trasporto);
4. potenziamento degli interventi tutelari domiciliari a persone già in carico al Sad.

La gestione è affidata ai Comuni, dopo il trasferimento di risorse da parte delle Asl. L'assegnazione della misura viene decretata a seguito di una valutazione multidimensionale da effettuarsi sulla base di intese tra Comuni e Asl, cui segue la predisposizione di un Piano individualizzato di intervento. Sono previste soglie Isee da definire territorialmente. Salvo laddove assuma la forma di un voucher, la misura è aperta, ossia non richiede di presentare eventuali giustificativi di spesa, se non espressamente richiesti dai Comuni. Per il 2015 la Regione ha stanziato su questa misura 28,4 milioni di euro (d.G.r. n. 2883/2014), quota pari al 55% del Fondo non autosufficienza della Lombardia.

Il monitoraggio del primo semestre 2014 di implementazione della misura evidenzia informazioni interessanti. In questo periodo sono state complessivamente sostenute 4.205 persone, di cui 2.271 anziani, la maggior parte dei quali dai 75 anni in su.

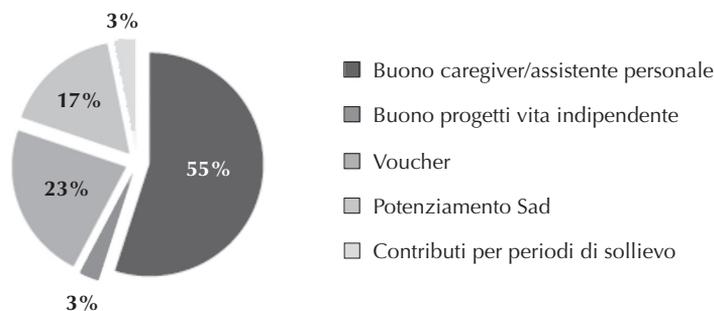
Figura 6.5 - Distribuzione per età dei beneficiari della misura B2



Fonte: Regione Lombardia, Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza, Misura B2. Milano, 4 dicembre 2014.

Per la maggior parte si è trattato di buoni destinati al caregiver familiare o all'assistente personale. Un quinto di spesa è stato destinato al potenziamento del Sad e un altro quinto ai voucher sociali per l'acquisto degli interventi complementari e/o integrativi al sostegno della domiciliarità: pasti, lavanderia, stireria, trasporto. Residuale è stato invece il ricorso a servizi di sollievo e l'attivazione di progetti di vita indipendente.

Figura 6.6 - Modalità di erogazione della misura B2



Fonte: Regione Lombardia, Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza, Misura B2. Milano, 4 dicembre 2014.

A fronte di questi dati, la misura B2 presenta opportunità e rischi.

Si tratta di una misura con la quale gli Ambiti territoriali hanno positivamente intercettato una utenza nuova, rispondendo a una domanda di aiuti a domicilio ed evitando il ricovero in struttura. Inoltre, prevedendo il coinvolgimento di Comuni e ASL sul fronte della valutazione multidimensionale dell'utente, ha posto le basi per una possibile integrazione fra settori sociale e socio-sanitario.

Laddove si è concretizzata come buono per il lavoro di cura, la misura riconosce l'impegno del caregiver, remunerandolo con una discreta somma. Tuttavia, e qui sta il punto, la misura non riesce a discriminare fra lavoro di cura informale e ricorso a badanti irregolari. Pertanto, potrebbe generare l'effetto indesiderato di sostenere il lavoro irregolare in quanto di per sé non introduce alcun incentivo alla regolarizzazione delle assistenti familiari.

Dunque, per quanto riguarda i beneficiari anziani, la misura ha assunto soprattutto la forma di una compensazione economica delle prestazioni di assistenza del caregiver familiare o dell'acquisto di prestazioni di un'assistente familiare. Il trasferimento monetario aperto e non controllato rischia di riproporre una formula ben nota, la formula risarcitoria già propria dell'indennità di accompagnamento, proponendosi come integrazione ai redditi *tout court* piuttosto che come sostegno agli oneri di cura. Potrebbe allora essere opportuno certificare l'assunzione regolare della badante, o incentivare modalità quali il potenziamento dei Sad, per aggiungere contenuti e servizi piuttosto che duplicare trasferimenti monetari.

Le dimensioni numeriche dell'utenza anziana, 2.271 casi presi in carico nel primo semestre di attuazione, vanno valutati assieme a informazioni successive ma l'impressione è di una misura circoscritta rispetto al potenziale di bisogno esistente.

È totalmente condivisibile l'obiettivo programmatico per il 2015 di sviluppare questa misura in modo complementare ai servizi già esistenti e di raggiungere una maggiore omogeneità nell'applicazione della misura a livello territoriale, fra Comuni di uno stesso Ambito e possibilmente anche fra Ambiti di una stessa Asl (d.G.r. n. 2883/2014). L'omogeneità dovrebbe investire diversi aspetti: la rilevazione dei bisogni e la programmazione degli interventi, la scelta dello strumento valutativo (da usare in modo integrato fra Comuni e Asl), i criteri economici di accesso (soglie Isee). L'integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere favorita da una "Cabina di regia", indicata anche nelle Linee di indirizzo 2015-2017 regionali per i nuovi Piani di zona, quale strumento fondamentale per "l'attivazione di azioni integrate, che possano concretamente favorire uno stretto raccordo tra Asl e Comuni/Ambiti territoriali e coordinamento delle attività e degli interventi".

Non siamo sicuri che basti una "Cabina di regia" per sviluppare quella integrazione tra attori che fa difetto da tempo nella nostra Regione. È certamente un luogo necessario per far crescere intese e collaborazioni, un luogo che tuttavia va "allestito": dotato di strumenti e risorse dedicate.

Voucher a sostegno della domiciliarità: la "Rsa aperta"

Con la cosiddetta "Rsa aperta" la Regione ha avviato un percorso di evoluzione delle Residenze sanitarie assistenziali verso centri multiservizi sul territorio, sul modello di alcuni paesi del Nord Europa, dove le strutture residenziali svolgono anche funzioni di presidio territoriale. E questa è la sfida vera, ancora del tutto aperta: far crescere strutture, che tradizionalmente si sono limitate ai ricoveri, anche sui servizi territoriali, su cui tradizionalmente altri tipi di soggetti si sono sviluppati nel tempo: pensiamo in particolare al mondo della cooperazione sociale.

La "Rsa aperta", introdotta con la d.G.r. n. 856/2013, è una misura di presa in carico dell'anziano non autosufficiente che vive nel proprio domicilio, con particolare riferimento a persone affette da demenza/Alzheimer o altre patologie di natura psicogeriatrica. Per il 2015 la sua regolamentazione è stata rivista, superando alcune criticità precedenti (d.G.r. n. 2942/2014).

La misura prevede un voucher articolato su tre profili, di entità variabile da un minimo di 350 a un massimo di 700 euro al mese. Il collegamento di

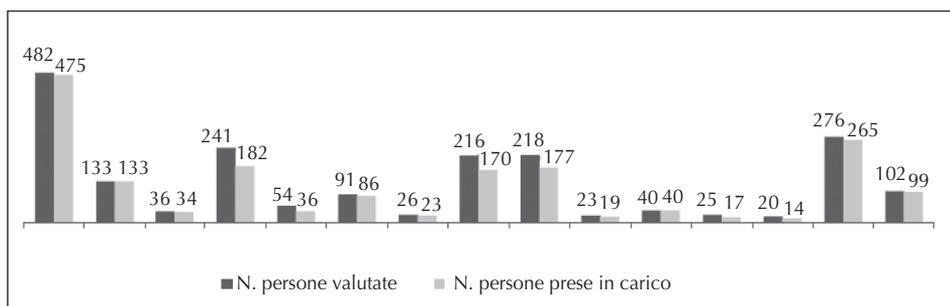
questi valori con i costi reali delle singole figure professionali coinvolte restituisce trasparenza nell'uso delle risorse e nelle possibilità di assistenza che ogni profilo è in grado di garantire.

L'uso del voucher è flessibile e può integrarsi con altri servizi e prestazioni dell'offerta sociale, socio-sanitaria o sanitaria. Tra gli interventi possibili richiamiamo: attività di integrazione/sostituzione temporanea del caregiver, azioni qualificate di accompagnamento, adattamento degli ambienti, addestramento e formazione dei caregiver, stimolazioni cognitive, counselling e altre attività integrative presso Rsa e Cdi.

Una rosa di servizi sicuramente più ampia rispetto a quella con cui abbiamo di solito a che fare nell'ambito dei servizi domiciliari, che estende il raggio dell'intervento ai familiari oltreché all'anziano. Interessante inoltre la previsione della figura del *care manager*, che dovrebbe diventare il punto di riferimento per l'anziano e la sua famiglia, figura individuata nel profilo dell'assistente sociale.

Data la novità di una misura di questo tipo, i dati di monitoraggio disponibili, che si riferiscono al primo semestre di attuazione, sono ancora molto parziali, ma iniziano a dire qualcosa (d.G.r. n. 2942/2014 allegato D). Nei primi sei mesi sono stati presi in carico 1.770 anziani: un numero lontano dalle attese iniziali (che ha poi portato alle correzioni introdotte con la d.G.r. n. 2942/2014). L'attivazione della misura è avvenuta a macchia di leopardo sul territorio regionale: più elevata nelle province di Bergamo, Varese e Cremona, oltre a Milano, molto meno negli altri territori.

Figura 6.7 - N. persone valutate e prese in carico nei primi sei mesi di attuazione della "Rsa aperta"



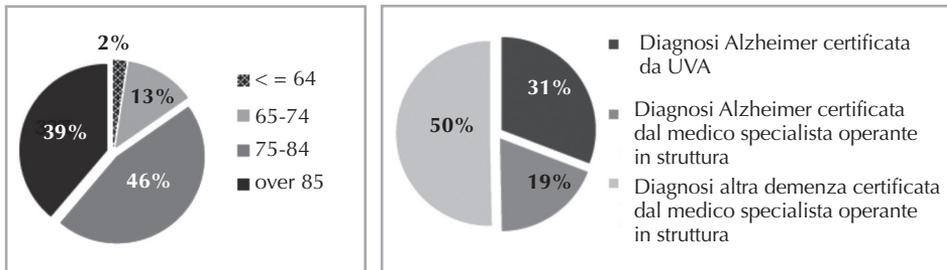
Fonte: D.G.r. n. 2942/2014, allegato D.

L'utenza è data da anziani over 85enni per oltre un caso su tre, e il 30% delle persone in carico è utente Adi. Se osserviamo il tipo di diagnosi effet-

tuata, la metà dei casi in carico presenta una diagnosi di Alzheimer certificata dalle Unità di valutazione Alzheimer o dal medico specialista operante in struttura accreditata. L'altra metà dei casi è risultata affetta da forma di demenza diversa dall'Alzheimer.

Tra le prestazioni maggiormente richieste si collocano la sostituzione temporanea al domicilio del caregiver, il bagno assistito e interventi riabilitativi di mantenimento.

Figura 6.8 - "Rsa aperta": n. utenti nei primi sei mesi di attuazione, per fascia di età e tipologia di diagnosi



Fonte: D.G.r. n. 2942/2014, allegato D.

Il 2015 dirà quanto questa misura sia efficace nel sostenere a domicilio situazioni particolarmente complesse come quelle legate alla non autosufficienza in età molto avanzata e in presenza di demenza senile. I nuovi parametri economici introdotti dalla Regione e le azioni migliorative proposte con la d.G.r. n. 2942/2014 vanno nella direzione di creare condizioni più favorevoli per strutture ancora poco abituate a operare al di fuori dei propri confini.

Una particolare attenzione dovrà essere posta nel valutare per quale tipo di prestazioni questa misura viene utilizzata e che cosa effettivamente "funziona". L'ultima delibera richiamata struttura in dettaglio la sua applicazione: occorre capire quanto questa strutturazione ne incentiva l'utilizzo. Un secondo punto di attenzione riguarda il raccordo con i servizi domiciliari tradizionali: Adi e Sad. Come si è visto un terzo degli utenti già usufruiscono di Adi. Risulta importante, per evitare che avvenga una sorta di *bricolage* in capo alle famiglie, che vi sia una integrazione reale tra servizi. La prevista figura del care manager è importante da questo punto di vista.

Se infatti un'integrazione tra attori è necessaria, questa va primariamente agita con i servizi domiciliari dei Distretti Asl e dei Comuni. Il rischio è, altrimenti, aggiungere un altro pezzo al complesso *puzzle* delle cure agli an-

ziani senza che questo dialoghi col resto, creando duplicazioni di interventi e inefficienze: l'anziano potrebbe trovarsi a beneficiare del Sad per alcune ore alla settimana, di cure infermieristiche o fisioterapiche a domicilio (Adi) qualche volta al mese e, talvolta, di ricoveri di sollievo in struttura. Offrendo un sostegno in più ma nel quadro di interventi parcellizzati e non collegati tra loro.

6.5. Sostegni a domicilio: alcune direzioni

Le nuove misure introdotte da Regione Lombardia sviluppano e potenziano il tradizionale sistema di cure incardinato nel binomio Adi e Sad. Ma la domanda di assistenza a domicilio, oggi e domani, richiederà ulteriori sforzi. Verso un sistema sempre più rispondente a bisogni che cambiano. Pensiamo per esempio all'aumento degli anziani soli e di quelli con problemi cognitivi importanti.

Sono auspicabili sviluppi che incidono sui contesti di vita, non solo basati su singole prestazioni erogabili, e che riguardano i modi in cui l'aiuto viene organizzato e proposto alle famiglie. Prestando attenzione a come fare sistema, "riconnettere" le risorse di cui le famiglie dispongono con le risorse pubbliche, tema su cui pure gli indirizzi regionali recentemente insistono.

Non abbiamo compiuto una ricerca sistematica delle esperienze innovative in corso, e non abbiamo la pretesa di essere esaustivi. Ma crediamo valga la pena richiamare, in chiave sintetica, alcune direzioni di lavoro di particolare interesse:

1. miglioramento degli spazi domestici;
2. promozione di "nuove forme" di abitare: residenze protette e abitare leggero;
3. aumento dei sostegni per gli anziani affetti da demenze;
4. intercettazione di una domanda pagante di assistenza a domicilio.

Migliorare l'uso degli spazi domestici

In questo ambito rientrano gli interventi che mirano a rendere più adatte le abitazioni delle persone anziane alle loro condizioni socio-economiche e funzionali. Questi interventi partono dal presupposto che spesso gli anziani vivono in case grandi, poco adatte a persone con limitazioni funzionali, in solitudine. Due i versanti su cui gli interventi intendono agire:

- a) *La riduzione dei costi dell'abitazione e della solitudine.* Favorire i rappor-

ti sociali e abbattere le spese legate all'abitare sono gli obiettivi delle proposte di condivisione dell'abitazione. Questo tipo di esperienze vede spesso coinvolti anziani titolari di un appartamento e studenti universitari fuori sede, che a fronte di un po' di compagnia e di qualche servizio trovano alloggio ad un costo nettamente inferiore a quelli di mercato. In altri casi la condivisione dell'alloggio avviene da parte di più persone anziane. Il *Silver cohousing* è una soluzione nata nei paesi del Nord Europa, che rispetto all'abitare tradizionale (un anziano – una casa) consente la riduzione delle spese legate all'abitare, permette di liberare risorse (quelle derivanti dall'immissione sul mercato degli immobili lasciati liberi) e favorisce la socializzazione e la condivisione, riducendo così la solitudine. Una ipotesi di lavoro è quella che vede lo sviluppo di progetti su base regionale, volti a promuovere questo tipo di soluzioni, anche con il coinvolgimento delle varie sedi universitarie (Fabrizio, 2014).

b) *L'adattamento domestico*. Include interventi volti a rendere la casa più adatta alle esigenze di autonomia degli anziani con problemi di autosufficienza, e a quelle di cura e assistenza dei caregiver e degli operatori professionali a domicilio. Gli interventi includono l'abbattimento delle barriere architettoniche (ad esempio presenza di dislivelli, mancanza di ascensore, porte troppo strette, inaccessibilità della vasca da bagno), l'adozione di soluzioni ed ausili per l'autonomia, la domotizzazione degli ambienti (motorizzazioni per infissi interni ed esterni, impianti di sicurezza per l'abitazione, ecc.), le strumentazioni di telesoccorso, telemedicina e teleassistenza. Su questo versante, una direzione di lavoro importante riguarda l'informazione e la consulenza alle famiglie. In Emilia-Romagna, ad esempio, sono attivi dal 2005 i Centri provinciali per l'adattamento dell'ambiente domestico per le persone anziane e con disabilità (Caad), liberamente accessibili da parte della cittadinanza, dove sono presenti équipe a carattere interdisciplinare e multiprofessionale⁽¹⁾.

Residenze protette e abitare leggero

Il sostegno a domicilio include anche soluzioni che non riguardano la vita nella propria dimora abituale, ma in contesti che vi si avvicinano di resi-

(1) I Caad, oltre ad occuparsi di informazione e consulenza diretta ai cittadini, svolgono anche azioni informative, promozionali e formative rivolte non solo agli operatori della rete territoriale dei servizi socio-sanitari, ma anche a vari soggetti del mondo professionale.

denzialità sociale intermedia, in grado di evitare e ritardare un eventuale ricovero in struttura.

Quando parliamo di servizi per anziani ci riferiamo a interventi che si rivolgono a persone che hanno perso la capacità di svolgere in autonomia le funzioni di base della vita quotidiana. Le proposte riguardanti un abitare alternativo a quello tradizionale vanno nella direzione di favorire una migliore qualità di vita in presenza di difficoltà non gravi. Le applicazioni possibili sono molte, e innumerevoli sono i termini usati per designare questo tipo di soluzioni residenziali, che spaziano dall'housing sociale, ai servizi per la vita indipendente o per la vita assistita, dai centri polifunzionali ai sistemi abitativi intergenerazionali e multiservizi (Giunco, 2014)⁽²⁾. Alla base di queste proposte c'è la volontà di fronteggiare le difficoltà emergenti lungo l'intero arco della vecchiaia, in maniera tempestiva, proporzionata e vicina ai desideri della persona, favorendo una migliore qualità della vita e riducendo o ritardando la necessità di intervenire con servizi dedicati. Sulla base di una classificazione che collega l'offerta al livello di funzionalità delle persone, la realtà lombarda (Giunco, 2014) evidenzia casi riconducibili a:

a) *Soluzioni abitative per la vita indipendente (Independent Living Facilities)*. Sono orientate a sostenere il bisogno di autonomia e indipendenza degli anziani, mantenendo sotto controllo eventuali cambiamenti attraverso forme di monitoraggio leggero. Queste soluzioni abitative prevedono un appartamento in uso alla persona anziana (che può essere condiviso con il coniuge o altre persone che intrattengano con esso relazioni significative), di norma in affitto. La persona può entrare e uscire liberamente dal proprio appartamento, mentre gli operatori possono accedervi solo con il suo permesso, oppure in caso di urgenza. Gli spazi comuni (ad esempio salotti) e gli interventi di aggregazione sono frequentabili a discrezione della persona. Sono previsti servizi centralizzati (es. portineria/reception, pronta reperibilità, ecc.).

b) *Soluzioni residenziali per la vita assistita (Assisted Living Facilities)*. Si tratta di residenze comunitarie che, accanto alla tutela dell'autonomia e dell'indipendenza, offrono sostegno a possibili limitazioni funzionali. Mettono a disposizione degli ospiti una camera con o senza bagno autonomo, accessibile

⁽²⁾ Questo paragrafo riprende i contenuti di *Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani*, a cura di Fabrizio Giunco – ricerca finanziata dalla Fondazione Cariplo e realizzata con il coinvolgimento della Fondazione Housing Sociale di Milano e della cooperativa sociale La Meridiana di Monza – che ha approfondito questo tema e le sue traduzioni pratiche in 52 strutture pubbliche o private attive sul territorio lombardo.

agli operatori anche per esigenze di servizio non urgenti, che può essere condivisa con estranei selezionati dall'ente gestore; l'ospite può aver bisogno di una qualche forma di autorizzazione per uscire dalla struttura. I servizi assistenziali, normalmente estesi alle 24 ore, sono garantiti dal personale della struttura, quelli sanitari possono essere forniti da servizi formalizzati di comunità. Si tratta di forme di residenzialità sociale che si inseriscono fra il domicilio privato e le strutture sanitarizzate tipo le Rsa.

Negli ultimi anni la differenza fra queste due macro-categorie è andata riducendosi. Gli interventi più recenti tendono ad associare normali abitazioni con unità più specifiche per la vita indipendente o per la vita assistita. I più recenti esempi lombardi si presentano spesso come Centri polifunzionali in cui servizi accreditati o abilitati (es. centri diurni integrati, appartamenti protetti) sono associati ad altre tipologie non presenti nel sistema regionale certificato: centri diurni, comunità alloggio o case-famiglia, appartamenti in condivisione. Dalla tradizionale separazione dei servizi in unità a diverso livello d'intensità assistenziale, si tende dunque verso l'aggregazione.

Si tratta, in ogni caso, di soluzioni ancora poco diffuse, che paiono efficaci sotto il piano sociale ma più deboli sotto quello della sostenibilità economica, che mostrano la difficoltà nell'essere riconosciute e utilizzate in modo coerente dai Comuni, dalle Asl, dai reparti ospedalieri e riabilitativi e che necessitano di una maggiore regolazione pubblica.

Residenzialità leggera e Comunità alloggio per anziani, con investimenti pubblici e privati mirati, possono incontrare una domanda di residenzialità assistita presente e, in futuro, in crescita.

Sostegni alle demenze

Da più parti in Lombardia si va manifestando l'impegno a sostenere maggiormente le famiglie che assistono a domicilio una persona anziana affetta da demenza, attraverso la moltiplicazione di servizi che, per il nostro Paese, si possono definire innovativi.

Un esempio è rappresentato dal progetto "Una rete per l'Alzheimer", realizzato del Comune di Milano in collaborazione con l'Asl di Milano e diverse realtà del Terzo settore (associazioni, cooperative, fondazioni), che ha visto l'attivazione di una Linea Verde Alzheimer cittadina; l'apertura di 9 Centri di psicologia per l'anziano e l'Alzheimer (Cpaa) per il supporto psico-diagnostico e l'accompagnamento della persona con Alzheimer e dei suoi familiari, con funzioni diverse tra cui il raccordo con il sistema dei servizi, gli Alzhei-

mer Cafè presenti in città, il supporto ai caregiver. Nel 2015 saranno inoltre attivati due "Centri di incontro" a bassa soglia rivolti a malati e i loro familiari, ad opera della Fondazione Don Gnocchi in collaborazione con un insieme di soggetti del privato sociale, con funzioni riabilitative, di socializzazione, supporto ai caregiver.

In diversi contesti, soprattutto locali, vanno inoltre diffondendosi Alzheimer Cafè. Nati in Olanda sul finire degli anni Novanta, offrono occasioni di incontro e scambio di esperienze tra le persone affette dalla patologia, familiari ed esperti. Le attività si articolano su due fronti: aiuto nella gestione del paziente affetto da demenza (momenti conviviali, animazione, interventi di stimolazione cognitiva, musicoterapia, ecc.) e supporto al caregiver (colloqui con psicologi, promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto, incontri con specialisti, ecc.).

Una indagine su questo tipo di strutture finanziata da UniCredit Foundation e sostenuta dal Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia (Trabucchi, 2012) ha messo in luce che si tratta di una proposta a basso costo, in grado di offrire un servizio qualificato, vicino al cittadino. Queste strutture, nate dalla sinergia tra diversi attori sensibili alle esigenze dei pazienti affetti da demenza e dei loro familiari (associazioni di volontariato, fondazioni, cooperative), lungo il loro cammino hanno trovato nuovi supporti, anche tra i Comuni e le Aziende sanitarie, a testimonianza della loro utilità e rilievo sociale. Hanno il duplice effetto benefico di ridurre i disturbi comportamentali degli anziani e di ridurre il carico di cura per i familiari.

Una delle direzioni per ampliare la gamma delle risposte a favore delle persone affette da demenza, che prende a riferimento esperienze dei paesi nordici, è quella che guarda a questi servizi "leggeri". Forme di assistenza a bassa soglia, poco costosi, capaci di offrire un aiuto prezioso soprattutto in condizioni patologiche non avanzate.

Intercettare la domanda pagante

I bisogni degli anziani con problemi di autosufficienza, e delle loro famiglie, rimangono sovente inespressi (capitolo 3). La lontananza dai servizi spinge chi non riesce a far fronte in autonomia alle necessità di assistenza, ma ha un minimo di capacità economica, a rivolgersi al mercato privato della cura, in particolare alle badanti (capitolo 4). Ecco allora che una delle piste di lavoro è quella che vede l'ente pubblico impegnato nel fornire una risposta a tutti i cittadini bisognosi di assistenza, comprese le famiglie che, per capacità economica, tenderebbero a fare da sé, rivolgendosi al mercato privato.

La riorganizzazione dei servizi domiciliari del Comune di Milano, avviata di recente, va in questa direzione. L'obiettivo è quello di costruire un sistema di welfare che si rivolge alla città nel suo complesso, capace di incontrare un'utenza più allargata di quella tradizionale, aperto a quella fascia di popolazione che ha la possibilità di compartecipare alla spesa. L'assistenza domiciliare a favore di vari gruppi di popolazione (quindi anche disabili e minori) è stata riorganizzata in cinque linee di prodotto – intervento educativo, socio-assistenziale, aiuti familiari, custodia sociale, interventi aggiuntivi “peripherals” – cui corrispondono specifici interventi (Tabella 6.2).

Tabella 6.2 - Riorganizzazione dei servizi domiciliari del Comune di Milano: linee di prodotto

Linee di prodotto	Tipologie intervento
1. Intervento educativo	1a) Educativo individuale
	1b) Educativo di gruppo
	1c) Animativo di gruppo
2. Intervento socio-assistenziale	2a) Socio-assistenziale complesso
	2b) Socio-assistenziale semplice
	2c) Socio-assistenziale di gruppo
3. Intervento aiuti familiari	3a) Colf/badanti/baby-sitter
	3b) Assistenza alla contrattualistica diretta
4. Intervento custodia sociale	4a) Socializzazione/coesione sociale/prestazioni specifiche
5. Interventi aggiuntivi “peripherals”	5a) Pasti
	5b) Piccola manutenzione
	5c) Trasporti con accompagnamento
	5d) Iniettorato
	5e) Pedicure curativa
	5f) Proposte degli enti

Fonte: deliberazione di Giunta comunale n. 2744/2013.

Gli operatori accreditati per ciascuna Linea di prodotto, dopo la presa in carico, sono tenuti ad erogare le prestazioni sulla base di un tariffario prestabilito. Il sistema prevede la sperimentazione di forme di compartecipazione alla spesa, determinata in relazione alla crescita dell'Isee, con una soglia minima sotto la quale si ha diritto alla gratuità del servizio e di una soglia massima a partire dalla quale la quota di contribuzione ne copre interamente il costo. Il cittadino non in carico ai servizi sociali può liberamente

scegliere il soggetto accreditato di cui servirsi, godendo del prezzo concordato e delle garanzie di controllo della qualità offerte dall'Amministrazione comunale.

In particolare, la linea "Intervento aiuti familiari" ha lo scopo di sostenere nella gestione e nella cura nuclei familiari e/o singole persone che necessitano di aiuto negli atti della vita quotidiana, coadiuvando i familiari, i caregiver, gli operatori professionisti. Include interventi da parte di badanti, colf e baby-sitter ad un costo di 12 euro orari (più Iva) e assistenza alla contrattualistica diretta (ricerca di personale, assistenza contrattuale, sostegno alla formazione del personale, supporto per famiglie e assistenti). Gli interventi di assistenza possono essere assicurati dagli operatori accreditati anche ricorrendo ad Agenzie per il lavoro autorizzate.

Si tratta di una riorganizzazione della domiciliarità in fase di avvio, di cui sarà interessante valutare l'andamento e gli esiti. Va anche nella direzione di intercettare la domanda pagante, nel tentativo di ricomporre le risorse pubbliche e quelle private (Pasquinelli, 2014). Una direzione, quella della ricomposizione, che anche Regione Lombardia auspica, difficile ma necessaria per superare la situazione di un welfare pubblico i cui margini di espansione nel breve periodo non sembrano particolarmente ampi.

6.6. Conclusioni

Una moderna rete dei servizi che vuole aiutare gli anziani a vivere a casa propria, "ageing in place", dovrà negli anni fronteggiare dinamiche diverse: un aumento quantitativo dei bisogni, una lenta decrescita delle risorse familiari, l'aumento degli anziani soli e di anziani con problemi cognitivi importanti. La permanenza al proprio domicilio, con una adeguata assistenza, fa "guadagnare" tutti: gli anziani stessi, le famiglie, i servizi.

Sad e Adi sono servizi importanti ma ancora molto poco collegati, integrati. Lo stato di sofferenza dei Sad, diventati servizi di nicchia, ne riduce un ruolo potenzialmente cruciale nella rete dei servizi: quello di protezione e prevenzione. E riduce la loro funzione di deterrenza nei confronti del ricorso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Essi vanno rilanciati nel contesto di una gamma più ampia di risposte.

Una domiciliarità 2.0 è una rete che valorizza i servizi più consolidati, li connette con interventi e progetti innovativi, che fa sintesi in termini di governo di sistema, tra il quadro dei bisogni e quello delle risposte. È una re-

te che mette in relazione aiuti diversi: assistenza di base con quella specialistica, trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, pratiche burocratiche. Secondo il modello “*One stop shop*”. È una rete che si adatta a bisogni diversi, che richiedono forte specializzazione ma anche aiuti semplici e a bassa complessità. È una rete che guarda ai caregiver, non solo agli anziani, e all’incremento delle patologie cognitive e cronico degenerative in età avanzata. È una rete che valorizza tutte le risorse che gli enti possiedono sul territorio, comprese Rsa e Centri diurni, a favore della permanenza delle persone a casa propria.

L’integrazione socio-sanitaria e la collaborazione tra Asl e Comuni dovrebbero essere favorite dalla “Cabina di Regia” introdotta dalla d.G.r. n. 326/2013 e ripresa da successivi provvedimenti. Si tratta di una risorsa importante, ma non siamo sicuri che un tale luogo sia davvero sufficiente per *agire* il coordinamento tra servizi, favorirlo, accompagnarlo, se non viene dotato di strumenti e risorse dedicate.

Le nuove misure di residenzialità aperta e a sostegno alla non autosufficienza (misura B2) sono meritevoli nel potenziare in maniera complementare servizi quali i Sad e l’Adi e vanno nella direzione di bisogni che cambiano. Il loro impatto è stato finora limitato ma è prematuro esprimersi su questo. Serve ora un attento monitoraggio di queste nuove misure. Con l’auspicio che esse non si riducano a produrre qualche prestazione in più a una serie di anziani in più, ma che partecipino a un nuovo sistema di risposte integrate a favore della non autosufficienza.

Bibliografia e principali riferimenti normativi regionali

- COSTA, G. (2014). Alternatives to Home Informal Care and to Nursing Homes in Old Age: An Italian Exploration. Intervento alla International Conference on Evidence-based Policy in Long-term Care. Londra, 31 agosto-3 settembre.
- FABRIZIO, R. (2014). Intervento al Seminario “Vivere a domicilio. Riflessione sulle possibili innovazioni”. Regione Emilia-Romagna. Bologna, 28 maggio.
- GHETTI, V. (2014). *Fondo non autosufficienza 2014. Prime indicazioni*. Lombardia Sociale. <http://www.lombardiasociale.it/2014/11/28/fondo-non-autosufficienza-2014-prime-indicazioni/>.
- GIUNCO, F. (a cura di) (2014). Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani. *Quaderni dell’Osservatorio*, 17, Fondazione Cariplo. [www.fondazione cariplo.it/static/upload/qua/qua_abitareleggero_web.pdf](http://www.fondazione.cariplo.it/static/upload/qua/qua_abitareleggero_web.pdf).

- GORI, C., GHETTI, V., RUSMINI, G., TIDOLI, R. (2014). *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*. Roma: Carocci.
- ISTAT (2014a). *Demografia in cifre*. Istituto Nazionale di Statistica. Roma. <http://demo.istat.it/>.
- ISTAT (2014b). *Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati. Anno 2011*. Istituto Nazionale di Statistica. Roma.
- MEF-DPS (anni vari). *Banca dati Obiettivi di servizio*. http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2014). *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende ospedaliere – Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Anno 2011*. Roma: Ministero della salute.
- N.N.A. – NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di) (2013). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- PASQUINELLI, S. (2014). Politiche sociali, quale ricomposizione. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2.1.
- REGIONE LOMBARDIA. DGR n. X / 116 del 14 maggio 2013, *Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo*.
- REGIONE LOMBARDIA. DGR n. X / 856 del 25 ottobre 2013, *Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della dgr 116/2013: primo provvedimento attuativo*.
- REGIONE LOMBARDIA. DGR n. X / 2655 del 14 novembre 2014. *Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Prime determinazioni*.
- REGIONE LOMBARDIA. DGR n. X / 2883 del 12 dicembre 2014. *Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al Fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Ulteriori determinazioni*.
- REGIONE LOMBARDIA. DGR n. X / 2942 del 19 dicembre 2014, *Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della dgr 116/2013: secondo provvedimento attuativo – conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative*.
- TIDOLI, R. (a cura di) (2014). *Residenzialità leggera e RSA / RSD aperte: possibili opportunità e insidie da evitare*. Lombardia Sociale. <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/13/residenzialita-leggera-e-rsarsd-aperte-possibili-opportunita-e-insidie-da-evitare/>.
- TRABUCCHI, M. (2012). *Alzheimer Caffè: la ricchezza di una esperienza*. UniCredit Foundation. www.unicreditfoundation.org/it/publications/alzheimer-caffe-la-ricchezza-di-una-esperienza.html.

7. Conclusioni e linee operative

A cura di Sergio Pasquinelli

Siamo arrivati in fondo a questo viaggio. Abbiamo toccato temi diversi. Abbiamo realizzato due approfondimenti con indagini *ad hoc*, abbiamo messo a frutto le conoscenze esistenti e i dati disponibili. Ci ha animato lo sforzo di tenere in relazione il quadro dei bisogni con quello dell'offerta di servizi e gli elementi raccolti ci spingono a fare qualche passo oltre l'analisi.

So what? E quindi? Intendiamo in queste pagine conclusive richiamare in sintesi gli elementi più rilevanti che abbiamo raccolto e le linee operative conseguenti. Lo facciamo su sei temi che riteniamo particolarmente rilevanti:

1. l'invecchiamento attivo;
2. l'assetto di un welfare che diventi davvero "di prossimità";
3. il sostegno ai caregiver familiari;
4. le badanti e il lavoro privato di cura;
5. il sostegno alla domiciliarità;
6. il finanziamento e la *governance* dei servizi.

I contenuti qui avanzati sono la sintesi del confronto avvenuto tra i Partner di questo Rapporto. Tali Partner giocano ruoli diversi nel welfare lombardo, sono portatori di attenzioni e sensibilità diversificate: queste pagine risultano dal confronto di queste differenze. Esse riprendono alcuni temi che i Partner hanno già affrontato, e richiamano anche alcuni contenuti dell'accordo che Cgil, Cisl e Uil hanno siglato con Regione Lombardia sulla riforma del servizio socio-sanitario⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Ci si riferisce all'accordo sulla Riforma del servizio socio-sanitario della Lombardia, siglato da Regione Lombardia assieme a Cgil, Cisl e Uil nel settembre 2014.

Sul piano nazionale

I temi di queste conclusioni attengono a quanto è oggetto di politiche regionali e territoriali. Sul piano nazionale tuttavia condividiamo due esigenze, che avrebbero importanti ripercussioni sul welfare sociale.

Livelli essenziali di assistenza. Sentiamo la necessità e l'urgenza di definire livelli essenziali di assistenza in tema di servizi sociali (Liveas). Livelli che si collocano entro politiche e interventi sociali a carattere universalistico, rivolti cioè a tutta la popolazione che presenta quel bisogno e quella necessità di quell'intervento. Devono essere garantiti a livello nazionale. Oggi rileviamo la distanza tra le garanzie offerte da una sanità pubblica universalistica e un sociale troppo condizionato da risorse e regolamenti locali discrezionali.

A agevolazioni fiscali nell'assunzione di una assistente familiare. L'onere fiscale è il freno primario all'emersione dal mercato irregolare. La disciplina attuale consente una deduzione massima dal reddito imponibile di 1.550 euro e una detrazione dalle imposte che non arriva, nel migliore dei casi, a 400 euro. Se pensiamo che gli oneri fiscali possono raggiungere una cifra otto volte superiore, si capisce la scarsa rilevanza di queste agevolazioni.

Auspichiamo un superamento delle attuali misure, rivelatesi inefficaci per contrastare il mercato sommerso. Proponiamo una fiscalizzazione degli oneri contributivi a carico delle famiglie. Le stime formulabili in merito evidenziano un costo contenuto per i conti pubblici per un effetto di compensazione tra riduzione fiscale e aumento della base imponibile. È la soluzione più efficace per promuovere un mercato del lavoro di cura meno aleatorio, qualificato, collegato con il sistema dei servizi.

7.1. Invecchiamento attivo*Cosa vediamo*

In Lombardia gli ultra 65enni sono 2,1 milioni. Di questi almeno 335.000 sono non autosufficienti residenti al proprio domicilio. Gli anziani aumentano di circa 40.000 unità all'anno. Fra questi, una stima approssimativa ci dice che i non autosufficienti aumenteranno per i prossimi dieci anni di circa 6-7.000 unità all'anno.

Le famiglie che abbiamo interpellato nella nostra indagine dichiarano un problema cognitivo importante da parte dell'anziano (demenza, Alzheimer) in 4 casi su 10. Si tratta di un dato in linea con il Piano nazionale demenze del 2014 secondo il quale, fatte le debite proporzioni, si può stimare in Lombar-

dia la presenza di 170.000 anziani affetti da demenze, di cui circa 92.000 da Alzheimer. Dati epidemiologici in linea con quanto stimato da Regione Lombardia (d.G.r. n. 1185/2013).

Si consideri, inoltre, la realtà della solitudine. Il numero di anziani soli (già ora uno su tre) aumenterà per l'aumento delle separazioni e la diminuzione delle risorse di *care*. Al tempo stesso aumenteranno i giovani anziani in salute, i "silver age", i quali rappresentano una risorsa di esperienza importante per le generazioni più giovani.

A fronte di questi diversi elementi risulta fondamentale puntare sulla prevenzione. I bisogni di cura possono essere ridotti da misure che aiutino le persone a vivere in buona salute il maggior numero di anni della loro vita. "Le persone che rimangono fisicamente e mentalmente attive non solo hanno migliori possibilità di evitare o ritardare le proprie fragilità, ma sono spesso anche più in grado di gestire il proprio declino funzionale quando questo si presenta" ⁽²⁾.

Puntare sull'invecchiamento attivo fa bene a tutti: agli anziani, alle loro famiglie, e al sistema dei servizi, riducendo la domanda di aiuti e di assistenza.

Cosa proponiamo

a) Promozione di tutte quelle azioni che rientrano nell'invecchiamento attivo, anche attraverso un'area all'interno del portale di Regione Lombardia, dedicata ai senior. Che diventi contenitore di informazioni, studi e statistiche, progetti dedicati all'invecchiamento in buona salute degli over 65.

b) Si valuta positivamente l'impegno preso da Regione Lombardia con Cgil, Cisl e Uil nell'accordo sulla riforma del servizio socio-sanitario per l'implementazione di programmi, da sviluppare nelle Asl, a favore dell'invecchiamento attivo e in buona salute.

c) Adesione di Regione Lombardia al progetto "Passi d'argento" – sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese. <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento>.

d) Nei bandi e nelle linee di finanziamento regionali a favore di associa-

⁽²⁾ Social Protection Committee, Commissione europea, *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, 2014. Download: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724&type=2&furtherPubs=yes>. Una traduzione parziale di questo Rapporto è in corso di pubblicazione su "Prospettive Sociali e Sanitarie".

zionismo e volontariato una attenzione particolare andrebbe dedicata ai progetti di sostegno dell'invecchiamento attivo.

e) Enti pubblici, fondazioni, imprese dovrebbero con maggiore decisione sostenere progetti di: scambio intergenerazionale; sostegno all'impegno civile; socialità, sport e uso del corpo, gruppi di cammino, iniziative tese a coltivare la socialità degli anziani, tra loro e con le generazioni più giovani; apprendimento permanente lungo tutto l'arco della vita.

f) Auspichiamo che Regione, enti locali, fondazioni e imprese allestiscano periodicamente spazi, iniziative, eventi dedicati dove i progetti più interessanti e innovativi sull'invecchiamento attivo possano essere conosciuti, comunicati, promossi.

7.2. Un welfare di prossimità

Cosa vediamo

Famiglie, badanti, sistema dei servizi: dalla ricerca emergono tre mondi distanti tra loro, ad eccezione del rapporto tra famiglie e badanti. Solo 3 caregiver su 100 ritengono che la responsabilità della cura di un anziano non autosufficiente sia principalmente dello Stato. Nel Nord Europa lo ritiene il 74% delle famiglie.

Le famiglie che si prendono cura risultano poco abituate a esprimersi e sono propense al welfare fai-da-te, per la solitudine sperimentata e la carenza di servizi. I servizi formali, gli aiuti domiciliari in particolare, sono utilizzati da meno di tre non autosufficienti su dieci. La maggioranza delle famiglie con anziani non autosufficienti a carico non usa e non è interessata a fruire degli aiuti che la rete dei servizi offre loro.

Una realtà più rassegnata che rivendicativa, distante dal sistema dei servizi, interessata casomai ad avere più soldi, possibilmente senza vincoli. L'interesse maggiore è verso un aiuto "monetizzato", che integri le spese di cura sostenute. Sintomatica la resistenza verso un'ipotesi di revisione della indennità di accompagnamento, descritta nel terzo capitolo.

Cosa proponiamo

a) Occorre potenziare su tutto il territorio regionale, a livello di Ambiti territoriali, una maggiore informazione sui servizi, su come accedervi, su ciò che offrono, sulle alternative a disposizione degli anziani e delle famiglie.

b) Vanno sviluppati luoghi di primo livello che informino e che comu-

nichino proattivamente le informazioni alle famiglie, cioè luoghi che “si fanno vicini alle famiglie”. Occorre porre attenzione a come questa informazione viene comunicata, diffusa, resa disponibile, intercettando il bisogno potenziale.

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

d) Gli *Sportelli Unici per il welfare*, ancora parzialmente operativi, devono andare nella direzione di una informazione e un primo accesso con dette caratteristiche (d.G.r. n. 1185/2013). Sviluppando e integrando risposte diverse: sociali, socio-sanitarie e sanitarie e valorizzando le competenze di soggetti pubblici e privati, già attivi nell’offrire informazioni, collegandole tra loro⁽³⁾.

7.3. Sostenere i caregiver

Cosa vediamo

Non è semplice quantificare la presenza dei caregiver di anziani, per molteplici ragioni (v. secondo capitolo). Stimiamo la presenza di almeno 340.000 caregiver primari, ossia il referente primo nella attività di cura. Se allarghiamo il fuoco sugli altri familiari, risorse di vicinato e amicali, questa cifra più che raddoppia, attestandosi intorno alle 800.000 persone.

Chi sono i caregiver? Età media 59 anni, donna in tre quarti dei casi, figlia o figlio dell’anziano in sei casi su dieci, con a sua volta figli conviventi in un quarto dei casi. Il 36% per cento dei caregiver lavora full time.

La condizione di caregiver, soprattutto se convivente con l’anziano, è fonte di stress e di peggioramento delle condizioni di salute. Il 37% dei caregiver dichiara di sentirsi solo e la condizione di solitudine aumenterà con l’aumentare di caregiver senza fratelli/sorelle. Il 31% dichiara di voler essere sollevato almeno di una parte del carico di cura.

⁽³⁾ E quindi garantendo una successiva presa in carico “unitaria ed integrata della persona e della sua famiglia sulla base di un processo valutativo coerente con la multifattorialità dello stato di fragilità”.

Il caregiver in quanto tale è raramente considerato “utente” del sistema dei servizi sociali tradizionali, lo è primariamente l’anziano. In quanto tale viene poco intercettato. I più recenti provvedimenti regionali (Rsa aperta e misura B2) correggono questa impostazione ed esistono nella Regione esperienze territoriali interessanti di sostegno a questa figura. In paesi come la Svezia e la Gran Bretagna sono in uso protocolli nazionali per la valutazione (*assessment*) dei bisogni del caregiver, per definire funzioni, contenuti, durata ed entità degli aiuti⁽⁴⁾.

Abbiamo stimato quanto vale economicamente l’attività dei caregiver non autosufficienti in Lombardia, utilizzando l’intensità dell’impegno da come emerge nella nostra indagine e applicando il valore di una assistente familiare nella categoria CS del contratto Colf, cioè addetta all’assistenza di persone non autosufficienti. Il lavoro di cura svolto dai caregiver lombardi primari vale 14 miliardi e 177 milioni di euro annui (più di tre quarti di quanto spende Regione Lombardia per la gestione corrente della sanità).

Cosa proponiamo

a) “Aiutare chi aiuta” deve diventare un obiettivo cruciale delle politiche sociali e socio-sanitarie. Gli ultimi provvedimenti della Regione Lombardia (d.G.r. n. 2883/2014 – misura B2 – e d.G.r. n. 2942/2014 – Rsa aperta) vanno nella direzione di sostenere i caregiver di anziani non autosufficienti. Si tratta di misure che andranno potenziate nel tempo e attentamente monitorate per capire che cosa le rende efficaci nel mantenere una buona qualità della vita a casa, ritardare i ricoveri, dare rispo a situazioni di fragilità e stress.

b) Vanno potenziati i sostegni per un ambiente domestico amico degli anziani: tele-medicina, tele-soccorso, tele-controllo, domotica, anche utilizzando le diverse possibilità di finanziamento dai fondi europei.

c) Occorre promuovere attività formative a favore dei caregiver, soprattutto per chi segue dementi/Alzheimer. I diversi enti accreditati sui servizi domiciliari, compresi centri diurni e Rsa, possono assumere un ruolo importante su questo terreno. Con operatori che diventano una sorta di “tutor” del caregiver, affiancandolo e riducendone la solitudine frequente.

d) Una figura chiave che può intercettare una domanda di sostegno da parte del caregiver è il medico di base, che va rafforzato in questo suo ruolo

⁽⁴⁾ OCSE, *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, 2011, cap. 4: *Policies to support family carers*.

anche attraverso un maggiore scambio di informazioni con il sistema dei servizi, sia sociali sia socio-sanitari.

e) Vi è la necessità di sensibilizzare l'opinione pubblica sul ruolo importante dei caregiver familiari e i vari progetti e servizi che li riguardano, anche attraverso campagne informative sui sostegni rivolti a questa figura importante.

7.4. Badanti

Cosa vediamo

Il ricorso alle badanti non è in calo. Sono aumentate le famiglie che fanno fatica a sostenere il costo di un'assistente familiare, ma questa soluzione comunque rimane conveniente, nella maggior parte dei casi, rispetto ai costi legati a un ricovero in struttura. Le badanti sono almeno 156.000 in Lombardia, quasi due terzi delle quali operano nel mercato sommerso. Vi ricorre la metà degli anziani non autosufficienti. Le famiglie lombarde spendono per le badanti 1,6 miliardi di euro l'anno. Il numero di badanti disposte alla convivenza negli anni è diminuito, mentre è aumentato il segmento del lavoro a ore.

A livello territoriale (singoli Comuni/Ambiti territoriali) si sono moltiplicati progetti volti a qualificare il lavoro privato di cura e a sostenere il ricorso a un mercato regolato. L'impatto complessivo di queste iniziative rimane incerto ma l'impressione è che sia, complessivamente, limitato.

Regione Lombardia ha definito un profilo formativo per le assistenti familiari, ma mancano informazioni su quante di esse vengono formate annualmente e sulla loro collocazione successiva.

Il modello prevalente basato sul rapporto un anziano-una badante e che vede la famiglia come datore di lavoro fatica ad essere superato. I tentativi in corso come il lavoro somministrato e la badante di condominio, evidenziano percorsi non facili, comunque circoscritti alle situazioni di bisogno non elevato, di non autosufficienza moderata.

Cosa proponiamo

a) Occorre costruire una valida alternativa al mercato sommerso, dequalificato, solitario della cura richiede di mettere a sistema interventi diversi. Azioni isolate portano a poco o nulla

b) Sportelli domanda/offerta, formazione delle competenze, Registri,

sostegni economici per chi è più in difficoltà: occorre creare filiere leggere tra queste azioni, che devono sostenersi a vicenda.

c) Occorre far crescere azioni di sportello che non si limitino a fare abbinamenti ma che lavorino sul prima e sul dopo, offrendo sostegni appetibili per le famiglie.

d) Auspichiamo una rapida attuazione della nuova legge regionale sulle assistenti familiari, con gli adempimenti previsti a livello regionale e territoriale.

7.5. Sostegno alla domiciliarità

Cosa vediamo

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

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

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

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

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

Cosa proponiamo

a) Occorre andare verso una offerta integrata di sostegni a domicilio: sociali e socio-sanitari. Che governi in chiave unificata i vari interventi. La ricomposizione dei servizi, indicata come priorità da Regione Lombardia, è cruciale nel sostegno della domiciliarità. In modo particolare tra Sad, Adi, la misura B2 del Programma operativo regionale per il Fondo nazionale non autosufficienze e la misura di Rsa aperta (d.G.r. n. 2941/2014).

b) La ricomposizione deve iniziare a partire da una condivisione delle informazioni sull'utenza tra Comuni e Asl. La "Cabina di regia" condivisa tra Asl e Comuni (d.G.r. n. 326/2013 e Linee di indirizzo per i Piani di zona) è un luogo importante per realizzare integrazione socio-sanitaria, che tuttavia necessita di strumenti e dotazioni anche economiche per raggiungere tale obiettivo.

c) I servizi domiciliari sociali, che negli anni hanno progressivamente ridotto la propria incisività, vanno rilanciati. Due direzioni risultano importanti. Primo, il sostegno ai caregiver con attività di orientamento, formazione e tutoring, in raccordo con i soggetti del privato sociale. Secondo, lo sviluppo dell'offerta di servizi complementari accreditati, non solitamente previsti oggi dai Sad, che possono intercettare la domanda pagante delle famiglie e collegarsi col lavoro privato di cura (badanti). Sempre nel quadro di una partecipazione ai costi coerente con le capacità di spesa delle famiglie.

d) Importante è la sperimentazione e diffusione della figura *dell'infermiere di famiglia*, per dare risposte adeguate ai bisogni che coinvolgono diverse aree dell'assistenza primaria, in collaborazione con i medici di medicina generale.

e) Va colmato un deficit di conoscenza e valutazione su cosa "funziona meglio" nell'evitare i ricoveri e nel favorire la vita al proprio domicilio (*ageing in place*). Vanno promosse valutazioni capaci di restituire informazioni solide su che cosa è più efficace, per quale tipologia di anziano non autosufficiente.

7.6. Finanziamento e governance

Cosa vediamo

A fronte di una non autosufficienza in età anziana che riguarda in Lombardia almeno 400.000 persone (di cui 335.000 residenti al proprio domicilio), la misura più diffusa di sostegno è l'indennità di accompagnamento, come si evince dalla tabella riportata.

Tabella 7.1 - Anziani assistiti in Lombardia per principali modalità di sostegno (valori assoluti; percentuale di persone di 65 anni e più assistiti)

Anziani assistiti	%	N
Assistenza familiare (badanti)	8,2	175.000
Assistenza domiciliare integrata - Adi	3,9	80.045
Assistenza residenziale per non autosufficienti	2,9	59.418
Servizi di assistenza domiciliare comunale - Sad	1,6	31.699
Indennità di accompagnamento	9,8	201.973

Fonte: stime Irs ed elaborazioni su dati Istat e Ministero della salute, anni vari.

La spesa pubblica per il *long term care* lombardo è così distribuita tra l'Inps, che spende qualcosa come 1,183 miliardi di euro annui per l'indennità di accompagnamento, il sistema di servizi e prestazioni afferenti a Regione e Asl, che nel capitolo 5 abbiamo stimato in 1,078 miliardi, e la spesa dei Comuni (148 milioni) per un totale di 2 miliardi 410 milioni.

La spesa delle famiglie è superiore. Raggiunge 1,6 miliardi annui per le badanti (v. capitolo 4) e possiamo stimare in almeno 1,176 miliardi le rette sostenute per i ricoveri in Rsa e 116 milioni le rette per i Sad e i Centri diurni integrati. Per un totale di 2 miliardi 892 milioni.

La crescita del finanziamento per il welfare si è sensibilmente ridotta negli ultimi cinque anni. Mentre non è realistico pensare a un aumento delle risorse pubbliche nei prossimi anni, l'allocazione delle risorse di fonte regionale favorisce il socio-sanitario rispetto al sociale, in una Regione in cui i Comuni dedicano il 12% della spesa sociale agli anziani contro una media nazionale del 18%, e dove la compartecipazione ai costi da parte dell'utenza risulta mediamente pari al 13,2% rispetto al 11,5% del Centro-Nord e al 10,5% in Italia.

La programmazione congiunta tra i Comuni degli Ambiti avviene in media solo per il 22% della spesa sociale, secondo il sistema di conoscenza

della Regione Lombardia. Con una co-programmazione più elevata per i disabili e i minori, meno per gli anziani⁽⁵⁾. La revisione dei regolamenti di accesso ai servizi impostata dal nuovo Isee rappresenta l'occasione per introdurre regole di accesso e di fruizione dei servizi omogenee a livello di Ambito territoriale.

Cosa proponiamo

a) Si valuta positivamente l'impegno di Regione Lombardia⁽⁶⁾ di una adeguata rimodulazione al rialzo delle quote attualmente riconosciute a carico del servizio sanitario, alla luce dei crescenti bisogni sanitari e socio-sanitari cui rispondono i servizi residenziali e domiciliari, correlata alla individuazione di costi standard di gestione e funzionamento per la parte alberghiera, a una corrispettiva e proporzionale riduzione della parte a carico dell'assistito/famiglia e a un efficace controllo della determinazione delle rette.

b) Va rafforzata una programmazione dei servizi sempre più integrata tra sociale (Piani di zona) e socio-sanitaria, con una implementazione delle già richiamate Cabine di regia, che devono dotarsi di una organizzazione, strumenti e dotazioni congruenti a realizzare una programmazione integrata delle risorse e delle attività territoriali.

c) Il nuovo Isee va colto come opportunità per introdurre regolamentazioni omogenee di compartecipazione alla spesa a livello di Ambito distrettuale, per singole tipologie di servizio, con l'obiettivo di raggiungere nel tempo convergenze a livello di Asl, come indicato anche da Regione Lombardia.

d) L'adozione del nuovo Isee da parte dei Comuni deve assicurare la sostenibilità della compartecipazione a carico dei destinatari delle prestazioni agevolate con l'applicazione di tariffe che corrispondano a criteri di proporzionalità ed equità.

e) Va avviato uno studio di fattibilità regionale finalizzato ad una possibile copertura solidaristica integrativa di quanto attualmente non coperto dal sistema pubblico di welfare, anche di natura mutualistica.

⁽⁵⁾ FOSTI, G., NOTARNICOLA, E. (2015). *Frammentazione e ricomposizione nei territori. Evidenze dal Sistema di conoscenza. Raccolta dati 2014*. Relazione presentata il 27 gennaio.

⁽⁶⁾ Cfr. accordo sulla riforma del servizio socio-sanitario tra Regione Lombardia e sindacati confederali, settembre 2014.

Gli Autori

Elenka Brenna è laureata in Economia presso l'Università Cattolica del S. Cuore, ha conseguito un M.Sc in Health Economics presso l'Università di York (UK) e un Dottorato in Economia presso l'Università di Trento. È docente di Economia politica ed Economia sanitaria presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica di Milano. È autrice di diverse pubblicazioni in campo nazionale e internazionale su tematiche riguardanti l'economia sanitaria, le politiche sanitarie e i modelli organizzativi in sanità. Svolge attività di ricerca in Economia pubblica ed Economia sanitaria per enti pubblici e privati.

Carla Dessi è sociologa, ricercatrice e formatrice dell'area Politiche sociali e sanitarie dell'Istituto per la Ricerca sociale (Irs) di Milano. È esperta in metodologia della ricerca e progettazione e valutazione di interventi e politiche sociali. Dal 2012 è nel gruppo di autori del sito www.lombardiasociale.it dove si occupa dei temi dell'immigrazione, povertà ed esclusione sociale. È co-autrice del volume *Progettare e valutare nel sociale. Metodi ed esperienze* (Carocci, 2013).

Daniela Mesini, economista, è vicedirettore dell'Area politiche e servizi sociali e sanitari dell'Irs, dove coordina attività di programmazione, ricerca e valutazione nell'ambito delle politiche di welfare, a vari livelli istituzionali, privilegiando un approccio comparato. È vicedirettore di *Welforum*, rete dei dirigenti delle Regioni, delle Province autonome e dei Comuni italiani in materia di politiche sociali e socio-sanitarie. È membro della redazione di *Prospettive Sociali e Sanitarie*, di *Qualificare.info* e del gruppo di autori di *Lombardiasociale.it*.

Sergio Pasquinelli è direttore di ricerca all'Istituto per la ricerca sociale. È vicedirettore della rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie" e ha fondato e dirige il sito *Qualificare.info* dedicato al lavoro privato di cura. Autore di numerose pubblicazioni, ha recentemente curato con Giselda Rusmini *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche* (Ediesse, 2013). Ha ideato e diretto questo *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, progetto promosso da un'ampia compagine di soggetti attivi in ambito sociale.

Giselda Rusmini, sociologa, svolge attività di ricerca e consulenza in ambito sociale e socio-sanitario presso l'Istituto per la ricerca sociale. In tema di politiche per la non autosufficienza coordina la redazione di *Qualificare.info*, sito dedicato alla regolazione

del *care* privato, ed ha curato con Sergio Pasquinelli il volume *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche* (Ediesse, 2013). Ha recentemente pubblicato, con Cristiano Gori, Valentina Ghetti e Rosemarie Tidoli, *Il Welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive* (Carocci, 2014).

Marcella Sala, laureata in Discipline economiche e sociali all'Università Bocconi, è ricercatrice presso l'Istituto per la ricerca sociale, area Politiche e servizi sociali e sanitari, ed esperta di metodologie quantitative per la valutazione delle politiche. Collabora con l'Università Bocconi e l'Università Cattolica di Milano nell'ambito di progetti di ricerca ed è autrice di contributi su *Lombardiasociale.it*, sito di analisi e valutazione del welfare lombardo. Fra i temi di maggiore interesse vi sono povertà e inclusione sociale, politiche redistributive, lavoro di cura e *long term care*.

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 Ianderca,
Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
Livia Bicego, Cristina Brandolin,
Annamaria Cociani, Adriana Fasci,
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 psicogeriatrica**
Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture
socio-sanitarie**
Monica Zanolla

- **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 Goussot (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 Maggian
- **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 Zeppugno (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 Ciruolo, Francesca Giofrè (a cura di)
- **Pediatrî 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 gentilecare**
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)

