

LA GESTIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA: FOCUS SULLA TOSCANA

Il rapporto di ricerca è stato realizzato da Ires Emilia-Romagna e Ires Toscana, e in particolare curato da Assunta Ingenito (Ires Emilia-Romagna).

Ringraziamo Serena Spinelli (Assessora alle Politiche sociali Regione Toscana), Gessica Beneforti (Cgil Toscana), Giuliana Mesina (Cgil Toscana), Marisa Grilli (Spi-Cgil Toscana) e Bruno Pacini (Fp-Cgil Toscana) per le loro riflessioni sulla gestione della non autosufficienza in Toscana.

INDICE

CAPITOLO 1 - LA NON AUTOSUFFICIENZA TRA SFIDE POSTE E MODALITÀ DI GESTIONE	5
1.1 - Le sfide poste dalla non autosufficienza.....	5
1.2 - La gestione della non autosufficienza in alcuni Paesi europei	8
1.3 - La gestione della non autosufficienza in Italia	10
1.4 - La gestione della non autosufficienza in Toscana	12
CAPITOLO 2 - UN CONFRONTO ATTRAVERSO ALCUNI INIDICATORI DI SINTESI.....	16
2.1 - L'Italia nel contesto europeo	16
2.2 - L'Italia e le specificità regionali	18
3.2.1 - <i>I trasferimenti monetari.....</i>	<i>19</i>
3.2.2 - <i>I servizi domiciliari.....</i>	<i>20</i>
3.2.2.1 - <i>ADI - Assistenza Domiciliare Integrata.....</i>	<i>20</i>
3.2.2.2 - <i>SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare.....</i>	<i>23</i>
3.2.3 - <i>I servizi residenziali.....</i>	<i>24</i>
3.2.4 - <i>Una lettura di sintesi: i modelli assistenziali delle Regioni.....</i>	<i>25</i>
CAPITOLO 3 - RIFLESSIONI SUL SISTEMA ITALIANO E REGIONALE TRA CRITICITÀ E FUTURE TRAIETTORIE	27
3.1 - Le criticità	27
3.2 - Le possibili future traiettorie	30
3.3 - Le riflessioni a livello regionale	33
3.3.1 - <i>Le proposte della Regione Toscana.....</i>	<i>33</i>
3.3.2 - <i>Le proposte di Cgil, Fp-Cgil e Spi-Cgil Toscana</i>	<i>36</i>
RIFERIMENTI BIBLOGRAFICI.....	41

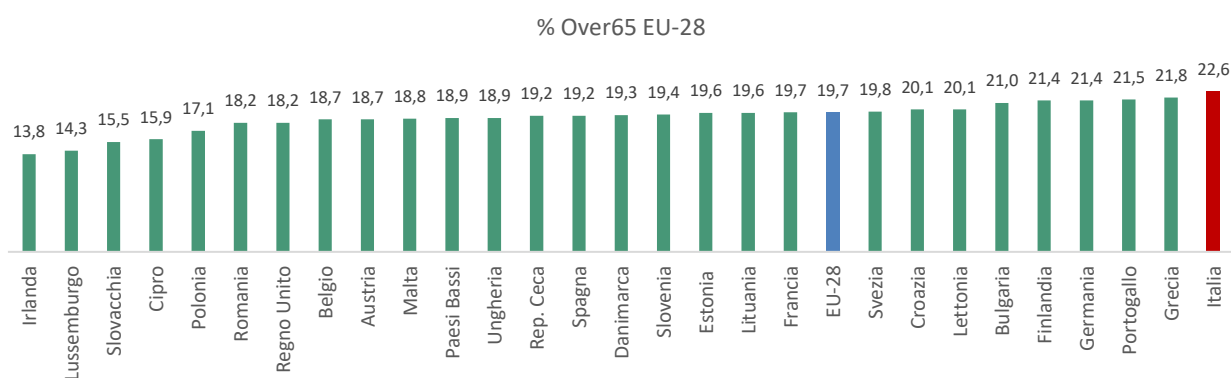
CAPITOLO 1 - LA NON AUTOSUFFICIENZA TRA SFIDE POSTE E MODALITÀ DI GESTIONE

1.1 - Le sfide poste dalla non autosufficienza

Il processo di invecchiamento della popolazione è come noto una delle principali trasformazioni sociali contemporanee, processo sostenuto sia dall'innalzamento della speranza di vita che da una persistente diminuzione del numero di nati. I dati e le **proiezioni Eurostat** sottolineano come in futuro la percentuale di popolazione europea di età pari o superiore a 65 anni dovrebbe aumentare di 10 punti percentuali, dal 19,8% rilevato all'inizio del 2018 al 29,1% previsto entro il 2080 (dati rilevati prima dell'attuale fase pandemica).

Come noto, tale tendenza è in atto anche all'interno del nostro assetto demografico nazionale e prosegue in modo sempre più veloce e accentuato. In un confronto europeo rispetto al numero di persone di età pari o superiore ai 65 anni, l'Italia registra la percentuale più elevata (22,6%), seguita da Grecia (21,8%) e Portogallo (21,5%), mentre l'Irlanda registra quella più bassa (13,8%). Anche rispetto ai "grandi anziani" (80 anni e più), fascia di popolazione che come noto è portatrice di bisogni socio-sanitari complessi, i primi tre Stati citati si collocano al primo posto (Italia 7%, Grecia 6,9%, Portogallo 6,3% rispetto a media Eu28 5,6%).

Fig. 1 - Incidenza popolazione 65 anni e più, anno 2018
(composizione percentuale della popolazione)



Fonte: Eurostat.

Attraverso l'**indagine europea sulla salute (Ehis)**, condotta per l'Italia dall'Istat (2017)¹, è possibile ottenere una visione sintetica su alcuni elementi relativi alle condizioni di salute della popolazione italiana over65, e in particolare sulla compromissione dell'autonomia personale (gravi limitazioni nelle attività di cura personale: *ADL - Activities Daily Living*; gravi limitazioni nelle attività domestiche: *IADL- Instrumental Activities of Daily Living*).

I dati Ehis mostrano come nel 2015 in Italia la speranza di vita a 65 era pari a 18,9 anni per gli uomini e a 22,2 per le donne², ed era più elevata di un anno, per entrambi i generi, rispetto alla media europea (rispettivamente 17,9 e 21,2). **Se rispetto al dato all'aspettativa di vita l'Italia si colloca tra i primi posti in Europa, quando si considera la qualità degli anni che restano da vivere, ovvero in buona salute e senza limitazioni, l'Italia si colloca tra i livelli più bassi, soprattutto per le donne.** Nel 2015 in Italia un uomo di 65

¹ L'indagine è stata condotta nel 2015 e successivamente pubblicata nel 2017.

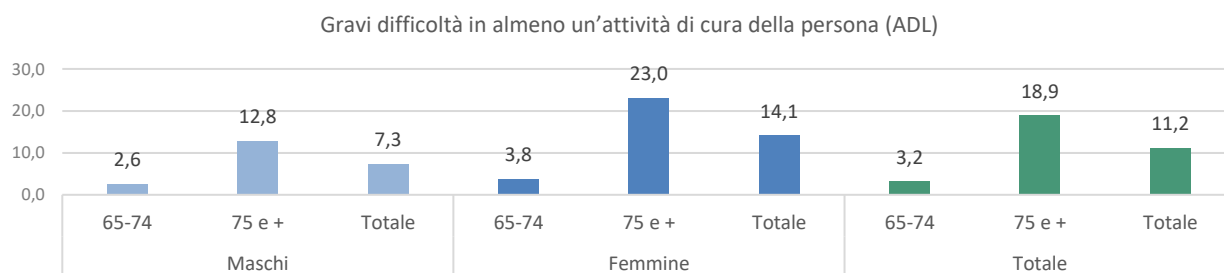
Nell'indagine Ehis non è inclusa la popolazione anziana residente in presidi socio-assistenziali e socio-sanitari, che nel 2015 era pari a circa il 2% in Italia (di cui il 70% residente in regioni del Nord Italia).

² Nel 2018 l'Istat rileva per l'Italia un'aspettativa di vita di 80,8 anni per gli uomini e di 85,2 per le donne.

anni si può attendere di vivere ancora 13,7 anni in buona salute e una donna 14,3 anni, rispetto a una media europea rispettivamente di 14,4 anni per gli uomini e 15,8 anni per le donne.

Circa un anziano su dieci (11,2%) riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)³, quota che comprensibilmente cresce per i grandi anziani over75, dove la grave difficoltà coinvolge circa un anziano su cinque (18,9%).

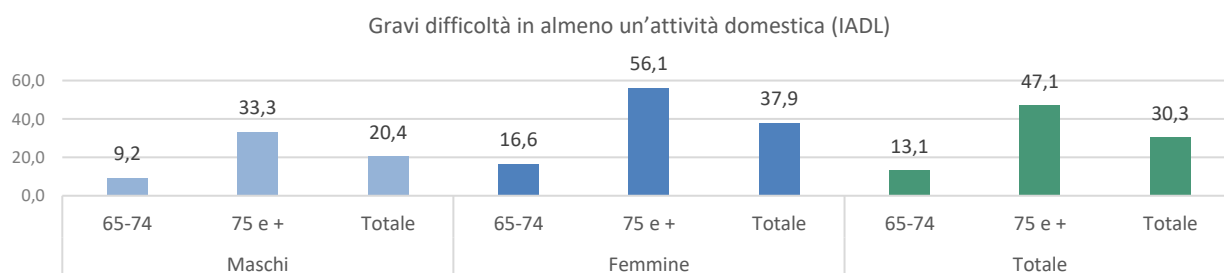
Fig. 2 - Indicatori di salute: persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività nelle di cura della persona (ADL), anno 2015
(Per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine Ehis.

Rispetto alle **limitazioni nelle attività quotidiane strumentali di tipo domestico (IADL)⁴** circa un quarto degli anziani ha difficoltà a svolgerne almeno una (30,3%), percentuale che anche in questo caso sale per gli over75, dove ha gravi difficoltà circa un anziano su due (47,1%).

Fig. 3 - Indicatori di salute: persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività nelle domestiche (IADL), anno 2015
(Per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine Ehis.

Nel complesso, rispetto all'insieme dei dati Ehis/Istat maggiori criticità si registrano per i grandi anziani, per le donne (in entrambe le classi di età), per gli anziani delle regioni del Sud Italia, e per coloro che hanno un livello di scolarizzazione più basso e una condizione economica più fragile, per effetto del noto ruolo delle determinanti sociali della salute (Marmot, 2016).

La fotografia che emerge dai dati Ehis/Istat insieme alla stima di un numero pari a **circa 3 milioni di anziani non autosufficienti in Italia** (Berloto et. al, 2019), pone come sottolineato da Pavolini (2015) **numerose e urgenti sfide** legate alla vita quotidiana delle persone, alla gestione delle politiche socio-sanitarie e all'erogazione degli interventi di sostegno alle persone con problemi di non autosufficienza e alle loro famiglie.

³ ADL (Activities of Daily Living): vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici.

⁴ IADL (Instrumental Activities of Daily Living): preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

Rispetto ai bisogni della vita quotidiana delle persone, una delle principali sfide per il sistema di gestione della non autosufficienza è sicuramente la necessità di rispondere ad una crescente **diversificazione dei bisogni** delle persone e alla **multidimensionalità** di tali bisogni. Come noto il benessere personale scaturisce dall'interazione di diverse dimensioni, come ad esempio quella economica, sanitaria e relazionale, e solo un approccio globale e integrato rispetto a quelli che sono i bisogni della persona può rispondere efficacemente a tale multidimensionalità. Inoltre, un'altra sfida sempre rispetto all'area dei bisogni è rappresentata dall'**allungamento stesso della durata del bisogno**, e delle relative cure, che interessano sempre più archi temporali più dilatati rispetto al passato.

Numerosi studi (Bovini, 2018) si soffermano inoltre sui cambiamenti in atto all'interno delle **reti familiari**, e in particolare rispetto alla presenza dei figli nella vita quotidiana delle persone anziane, che come noto rappresentano un importante attore nella cura della persona anziana. Da un lato cresce la quota di donne e uomini con più di 50 anni che nel corso della propria vita non ha avuto figli, e dall'altro è sempre più alta la probabilità rispetto al passato che i figli si trasferiscano in luoghi distanti da quelli in cui vivono i genitori, per esigenze legate ai percorsi di studio e soprattutto di lavoro.

Sempre rispetto alla sfera familiare, ulteriore sfida è rappresentata dalla necessità di rispondere ai bisogni dei **caregiver familiari**. I familiari che si prendono cura delle persone non autosufficienti (Falasca, 2018) hanno e avranno sempre più bisogno di sostegno non solo in termini di servizi ma anche dal punto di vista relazionale-psicologico, essendo fortemente a rischio di burn-out e anche a stress psico-fisico. Allo stesso tempo, e soprattutto nel contesto italiano, una importante sfida è rappresentata dalla domanda di **lavoro di cura**, che cresce quantitativamente rispetto alla sfera dei servizi alla persona, ma non sempre questa crescita è accompagnata da un miglioramento qualitativo delle condizioni di lavoro delle assistenti familiari (c.d. "badanti").

Passando al livello programmatico-istituzionale, una delle sfide spesso riportate all'interno del dibattito sulla non autosufficienza è quella relativa all'**impatto finanziario**, e dunque all'investimento di risorse economiche non solo rispetto al numero di persone che hanno bisogno di sostegno ma anche in relazione alla durata nel tempo di tali cure. Non solo la quantità di risorse economiche, ma anche come queste risorse vengono articolate tra i diversi sostegni alla non autosufficienza rappresenta un elemento di criticità. Come vedremo, in Italia risultano prevalenti i trasferimenti economici, mentre meno diffusi appaiono i servizi di assistenza domiciliare, semi-residenziale (centri diurni) e residenziale. La strutturazione e l'**articolazione degli interventi** appare dunque una delle sfide più importanti per individuare risposte appropriate: sia rispetto alla scelta di investire in forme di sostegno economico, di offerta di servizi o di un loro mix; sia rispetto al bilanciamento fra servizi domiciliari, semi-residenziali, residenziali. Segue il coordinamento e l'**integrazione inter-istituzionale**, in particolare tra i soggetti che erogano servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, per offrire risposte integrate a tutte le sfere della vita quotidiana; e il coordinamento e l'integrazione tra istituzioni, società civile, gruppi informali e famiglie, che diventerà sempre più importante se, come afferma Franzoni (2018), la rete dei servizi assomiglierà ad una sorta di puzzle in continua evoluzione che richiederà di essere tenuto insieme e monitorato da una programmazione articolata e partecipata, incrociando risorse formali e informali.

La riarticolazione degli interventi dovrà inoltre sempre più mettere al centro del dibattito anche il tema dell'**abitare**, sia rispetto all'adeguamento dell'attuale patrimonio abitativo, che rispetto all'introduzione a nuove forme di abitare. Molti appartamenti sono stati costruiti in epoche non recenti e non erano stati pensati per rispondere alle esigenze di persone anziane con problemi di non autosufficienza o con patologie che ne riducevano la mobilità. Esiste un problema diffuso di **barriere architettoniche** che rendono gli spazi non pienamente fruibili dalle persone anziane con difficoltà e dalle persone disabili. Allo stesso tempo appare utile investire in tutte quelle forme di **abitare leggero** che facciano sentire l'anziano più sicuro e meno solo. Forme di co-housing per anziani (*senior cohousing*), di abitare inter-generazionale, di complessi residenziali

con servizi di assistenza al proprio interno, possono rappresentare una risposta innovativa per migliorare significativamente la qualità della vita di persone anziane che non necessitano di un forte intervento sanitario ma di un supporto nello svolgimento delle attività quotidiane.

Inoltre, anche le **nuove tecnologie**, sia nel campo della domotica che in quello della telemedicina, possono rappresentare un'opportunità per agevolare la vita quotidiana delle persone, incrementando significativamente le possibilità di vita indipendente nel proprio domicilio anche a persone fino ad oggi destinate al mondo delle residenze assistite (Romiti, 2018).

Infine, in modo trasversale troviamo una delle sfide più urgenti: il contrasto alle **diseguaglianze nell'accesso alla rete formale di aiuti**. La collocazione geografica, la condizione socio-economica e le risorse disponibili (economiche, relazionali, informative) hanno importanti conseguenze non solo sul determinare lo stato di salute dei differenti target di popolazione (determinanti sociali) ma anche sull'accesso alla rete dei servizi formali.

A fronte di tali sfide sinteticamente riportate appare dunque fondamentale interrogarsi su come riformulare e predisporre le politiche e gli interventi in materia di non autosufficienza, soprattutto per affrontare i bisogni largamente diffusi e in aumento, sia in termini numerici che in termini di complessità.

1.2 - La gestione della non autosufficienza in alcuni Paesi europei

Dopo aver osservato la complessità e la multidimensionalità dei bisogni che attengono alla sfera della non autosufficienza (ADL, IALD), bisogni che le proiezioni socio-demografiche danno in crescita nei prossimi anni, è utile soffermarsi sulle strategie di risposta messe in campo da diversi Paesi, e in particolare Francia e Germania (welfare conservatore), Regno Unito (welfare liberale), e Svezia (welfare social-democratico), che come noto appartengono a diversi sistemi di welfare, i quali comprensibilmente incidono anche sulla gestione della non autosufficienza.

Per ognuno dei Paesi è possibile identificare diversi interventi, sia in termini di trasferimenti monetari che in termini di servizi (Fosti, Notarnicola, 2014; European Social Policy Network, 2018), servizi che variano in base al grado di gravità del bisogno e che possono essere collocati lungo un *continuum* che va da servizi domiciliari (attivati per sostenere l'autonomia della persona al proprio domicilio) fino a servizi residenziali (per i casi più gravi e più complessi da un punto di vista sanitario, che richiedono assistenza continuativa).

Francia

Il sistema francese si basa su un modello *cash-for-care*, dove il principale intervento è rappresentato dal trasferimento monetario **APA, Allocation personnalisée d'autonomie** (Le Bihan, 2018), istituito nel 1997 e successivamente riformato nel 2002.

L'APA è un trasferimento economico erogato agli over60 per sostenere l'acquisto di prestazioni di cura (sia domiciliari che residenziali). L'accesso all'APA avviene previa valutazione da parte di una commissione mista attraverso una scala nazionale di valutazione (AGGIR); l'insieme delle prestazioni sono definite all'interno di un "piano di assistenza" elaborato da un team multidisciplinare sulla base della valutazione dei bisogni della persona. L'importo dell'APA varia in base alla gravità del bisogno e alla condizione economica del soggetto.

Nel sistema francese sono presenti ulteriori trasferimenti monetari: l'*Aide Sociale pour les personnes âgées* per sostenere il reddito; e l'*Aide Personnalisée au Logement* per sostenere l'abitare.

Oltre ai trasferimenti economici il sistema francese offre diverse tipologie di servizi:

- **Servizi domiciliari per l'assistenza sociale** (*Services d'aide et d'accompagnement à domicile - SAAD*) e **per le cure sanitarie** di tipo medico o infermieristico (*Services de soins infirmiers à domicile - SSIAD, Aide soignante* e altri);

- **Servizi residenziali “leggeri” come i centri diurni** o forme di residenzialità innovative, come i *Foyers Logement* o le *Résidences avec services*, simili a gruppi di appartamenti o piccole comunità per soggetti lievemente non autosufficienti, dotati di servizi di assistenza per i residenti;
- **Servizi residenziali con una connotazione marcatamente sanitaria**, come ad esempio le *Unités de soins*, le *Établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes*, EHPAD.

Germania

Ricalcando la struttura di welfare tedesco, la gestione della non autosufficienza è articolata su due diversi pilastri: il pilastro assicurativo e quello assistenziale. Così come funziona per gli altri schemi assicurativi obbligatori⁵, i cittadini tedeschi hanno l’obbligo di sottoscrivere uno schema di **assicurazione per la non autosufficienza (*Pflegeversicherung*)**, concepita fin dalla sua istituzione nel 1995, e nelle successive modifiche nel 2007 e 2017, come una estensione della già esistente assicurazione sanitaria.

L’accesso alle prestazioni avviene previa valutazione da parte di una commissione mista che identifica il livello di dipendenza della persona (5 livelli dal 2013), livello che definisce il valore della prestazione a cui si ha diritto. Gli utenti possono scegliere se riceve la prestazione sottoforma di assegno cash, servizi (domiciliari, diurni, residenziali) o un mix di essi, ma nel complesso si tende ad orientare gli utenti verso la scelta dei servizi (nel confronto l’ammontare delle prestazioni è più basso per l’opzione *cash* rispetto all’opzione servizi reali).

Tra i **servizi** disponibili offerti dal sistema tedesco ritroviamo:

- **Assistenza domiciliare:** la persona riceve un **voucher per l’acquisto di servizi**, il cui valore varia in base al bisogno e può essere impiegato per acquistare ore di assistenza erogate da professionisti o per remunerare i *caregivers* che si occupano della cura;
- **Servizi diurni:** simili ai centri diurni;
- **Servizi residenziali:** case di riposo, comunità per anziani e tipologie simili, in cui vi è un alto livello di specializzazione rispetto alle caratteristiche degli anziani che vi risiedono; l’assicurazione copre i costi legati alle prestazioni di cura mentre la componente alberghiera è a carico degli utenti;
- **Servizi collaterali/di supporto**, come interventi di sollievo domiciliari o residenziali; fornitura di dispositivi medici, farmaci, altri materiali sanitari; servizi di *counselling*.

Per gli anziani che oltre al bisogno di cura sono in una condizione di fragilità socio-economica sono presenti prestazioni di carattere assistenziale di integrazione del reddito gestite a livello locale (***Sozialhilfe***).

Regno Unito

La maggior parte dell’assistenza agli anziani non autosufficienti nel Regno Unito viene acquistata privatamente o fornita informalmente dalle famiglie. Dal 2010 la riduzione dei bilanci delle autorità locali ha aumentato la pressione sul National Health System e sui caregiver familiari, soprattutto in Inghilterra, con gravi rischi per la tenuta dell’erogazione e della qualità dei servizi (Glendinning, 2018).

Nel Regno Unito i principali **trasferimenti monetari (*allowances*)** sono: l’***Attendance Allowance***, erogata previa valutazione del bisogno alla persona anziana over65 non autosufficiente che necessita di assistenza diurna o notturna per svolgere le attività quotidiane; e la ***Cares’ Allowance***, erogata al congiunto della persona anziana non autosufficiente, previa valutazione del bisogno e soddisfacimento di alcuni requisiti (medesima residenza, limite di reddito familiare e limite di ore settimanali lavorate dal congiunto).

⁵ Schemi assicurativi per la pensione, per gli infortuni sul lavoro, per disoccupazione e per salute.

Tra i **servizi reali** (*in kind benefits*) troviamo:

- **Servizi di empowerment** della persona: per supportare l'autonomia nelle attività domestiche (*training*), *counselling* psicologico, pratico o sociale per la risoluzione dei problemi quotidiani; servizi sportivi/fisioterapici;
- **Servizi al domicilio (Home care)**: per il sostegno nelle attività della vita quotidiana (*preventive services*), per attività di riabilitazione (*rehab services*) e di assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- **Servizi in struttura (Nursing Home)**: servizi erogati in strutture dedicate, sia di carattere temporaneo (es. riabilitazione, assistenza leggera), che di lungo periodo (lungodegenze).

Svezia

La Svezia è stata il primo paese scandinavo, a partire dagli anni '80 (Pesaresi, Gori, nd.) ad abbandonare la priorità delle strutture residenziali per privilegiare negli ultimi anni l'assistenza delle persone anziane presso il proprio domicilio, attraverso i servizi domiciliari e una "ri-familiarizzazione delle cure", con una crescita del ruolo delle reti familiari (Johansson, Schön, 2017). Altra tendenza in atto nel Paese è la privatizzazione dei servizi offerti dopo l'approvazione nel 2009/10 della Legge sulla possibilità di libera scelta nel settore pubblico (LOV).

Nel complesso il **sistema svedese è incentrato soprattutto sull'erogazione di servizi**, meno diffusi e quasi residuali sono i trasferimenti monetari. Inoltre, sia la tipologia di servizi domiciliari e residenziali offerti che i trasferimenti monetari sono decisi a livello locale (Schön, Heap, 2018); non tutte le amministrazioni locali, pertanto, erogano gli stessi servizi ma nel complesso i più diffusi sono riportati di seguito.

Tra i trasferimenti monetari vi sono: un'indennità di assistenza (*Attendance allowance - Hemvårdsbidrag*), erogata alla persona non autosufficiente, in aggiunta ai servizi socio-sanitari, per retribuire l'aiuto di cura prestato da un componente familiare; un'indennità per il caregiver (*Cares' Allowances - Anhöriganställning*), con cui il comune impiega un familiare (under65) per svolgere il lavoro di cura, fornendo lo stesso stipendio e la stessa sicurezza sociale dei lavoratori dei servizi domiciliari assunti dal comune.

Tra i **servizi**, che rappresentano il principale strumento di assistenza, ritroviamo:

- **Servizi domiciliari: home care initiatives**, per sostenere gli anziani nelle attività quotidiane (spesa, pulizie), nella cura della persona (igiene personale, vestirsi), nella cura sanitaria (assistenza sanitaria domiciliare), nel trasporto, nell'adattamento dell'abitazione alle necessità della persona anziana e installazione di dispositivi di teleassistenza;
- **Servizi semi-residenziali**;
- **Servizi residenziali** con diversi livelli di assistenza: **sheltered accomodation** (strutture di appartamenti con all'interno servizi comuni come la ristorazione e aree per attività comuni), **sjukhem** (residenze sanitarie per cure continuative, dedicate solo per chi ha un elevato bisogno sanitario); ulteriori strutture che variano in base al grado di intensità di assistenza prestato (*group living arrangement, homes for the aged, old people's home*);
- **Servizi di supporto ai caregiver**: informazioni e orientamento, gruppi di supporto.

1.3 - La gestione della non autosufficienza in Italia

Le prestazioni previste dal sistema italiano possono essere ricondotte alle due macrocategorie dei trasferimenti monetari e dei servizi reali, e come vedremo in modo più approfondito nei prossimi capitoli, sono soprattutto i trasferimenti monetari (in particolare l'indennità di accompagnamento) a rappresentare il principale pilastro del sistema italiano, contestualmente ad un importante ruolo delle reti familiari, sia quando esse stesse si occupano del *care* della persona anziana, sia quando si rivolgono ad assistenti familiari.

Nel sistema italiano i **trasferimenti monetari** principali sono due: l'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili di competenza dell'Inps, e gli assegni di cura erogati principalmente dai Comuni su finanziamento regionale.

Le principali caratteristiche di tali prestazioni sono:

- **Indennità di accompagnamento erogata dall'INPS:** è il beneficio economico più importante che viene erogato previo accertamento di una apposita Commissione con sede nell'ASL di competenza agli anziani over65 non autosufficienti e alle persone invalide con meno di 65 anni. Per gli anziani over65 i requisiti necessari consistono nell'impossibilità di deambulare autonomamente e nella mancanza assoluta di autosufficienza. L'indennità è erogata universalmente ed in modo uniforme senza distinzione nella gravità del grado di salute della persona. Inoltre, il contributo è erogato senza obbligo di rendicontazione e vincoli di destinazione della spesa;
- **Assegni di cura, voucher, assegni terapeutici erogati dai Comuni:** trasferimenti economici con lo scopo di sostenere l'assistenza e la cura al domicilio delle persone non autosufficienti. I criteri per la loro assegnazione e l'importo variano da Comune a Comune, ma solitamente si basano sul reddito della persona, sul bisogno assistenziale, la presenza di *caregiver* informali.

Oltre alle prestazioni *cash*, nel sistema italiano è presente anche l'erogazione di **servizi reali**, che spesso vanno a sommarsi ai benefici monetari. I servizi reali possono essere ricondotti a tre diverse tipologie: i servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali. Le principali caratteristiche dei servizi reali erogati sono:

- **Servizi domiciliari:** I servizi domiciliari sono rappresentati dall'ADI - Assistenza domiciliare integrata erogata dalle Asl e dal SAD - Servizio di assistenza domiciliare erogata dai Comuni, e nel complesso sono strumenti utilizzati per consentire alle persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di rimanere al proprio domicilio, vicino alla famiglia e nella realtà sociale di appartenenza.

L'**ADI** ha una connotazione maggiormente sanitaria, e consiste nell'erogazione di assistenza da parte degli operatori sanitari al domicilio della persona, per evitare il ricovero ospedaliero o in strutture dedicate. Di norma si accede all'ADI dopo la Valutazione Multidimensionale effettuata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che predispone per ogni utente un Piano di assistenza individualizzato. L'assistenza erogata può essere di tipologie diverse e di diversa intensità e specializzazione, e in generale varia in base al bisogno di assistenza della persona.

Il **SAD** ha una connotazione maggiormente sociale, e consiste nell'erogazione di prestazioni a domicilio finalizzate ad aiutare la persona nello svolgimento delle attività quotidiane, ed evitare il ricorso a strutture residenziali. Tra i servizi erogati più frequentemente vi sono ad esempio la consegna di pasti a domicilio, la cura e l'igiene della persona e l'accudimento dell'ambiente domestico. In alcuni casi il SAD erogato dai Comuni è offerto in convenzione con attori della cooperazione sociale.

- **Servizi semi-residenziali:** I servizi semi-residenziali erogati in strutture di tipo diurno (Es. Centri diurni) sono interventi sia di carattere assistenziale che educativo e riabilitativo, rivolti a persone adulte con diversi gradi di non autosufficienza. Tra le attività svolte dai servizi semi-residenziali vi sono ad esempio il monitoraggio dello stato di salute, attività di cura verso la persona, attività di riattivazione psicomotoria e di mantenimento, di animazione e socializzazione, pasti diurni e il trasporto da e verso l'abitazione. Il Centro Diurno mira a favorire il mantenimento nel proprio ambiente di vita di anziani a forte rischio di isolamento e di istituzionalizzazione, per la gravità delle patologie che li affliggono o per la rarefazione o la perdita della rete parentale di riferimento.

- **Servizi residenziali:** I servizi residenziali sono strutture residenziali gestite direttamente da Enti pubblici o da privati convenzionati/accreditati per persone anziane non autosufficienti non assistibili presso il proprio domicilio. Le strutture residenziali sono di diversa tipologia e hanno diverse denominazioni a seconda del territorio regionale: Rsa, Cra, Casa di cura, Casa di riposo, Case alloggio, Comunità alloggio, Casa-famiglia, ecc.

Nel complesso sia per i servizi residenziali che per quelli semi-residenziali le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e i costi variano in base alle normative regionali e ai regolamenti comunali.

La definizione generale delle politiche del sistema è affidata al livello centrale al Governo nazionale, che attraverso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministero della Salute definisce gli indirizzi delle prestazioni di carattere socio-sanitario. A livello centrale opera anche l'Inps, che si occupa della valutazione dell'applicazione delle procedure per l'assegnazione dell'indennità di accompagnamento.

Successivamente, le Regioni hanno il compito di tradurre le linee ministeriali in linee programmatiche regionali attraverso il Piano Socio-Sanitario Regionale, un documento di largo respiro di durata triennale, al cui interno sono compresi gli obiettivi strategici da realizzare in ambito sociale e socio-sanitario.

La pianificazione degli interventi e dei servizi spetta successivamente ai Comuni per la componente sociale e alle Asl per la componente sanitaria e socio-sanitaria (spesso in collaborazione con i Comuni), con un ruolo fondamentale da parte dei Distretti. Inoltre, ai Comuni e alle Asl spetta la funzione di valutazione dei bisogni e in particolare la definizione e l'applicazione dei criteri di accesso agli interventi per la non autosufficienza.

1.4 - La gestione della non autosufficienza in Toscana

All'interno del contesto nazionale sono presenti diverse caratterizzazioni regionali sulla gestione della non autosufficienza, ad esempio rispetto alla presenza di una Legge regionale specifica per la non autosufficienza, alle risorse stanziare in aggiunta a quelle ripartite a livello nazionale e all'articolazione dei servizi e dei trasferimenti monetari.

Con la Legge Regionale 66/2008 la Regione Toscana ha istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, ponendosi in particolare le seguenti finalità:

- Migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane;
- Promuovere un sistema fondato sulla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità;
- Favorire percorsi che realizzino la vita indipendente e la domiciliarità.

Per il 2020 le risorse stanziare per il Fondo per la non autosufficienza ammontano in totale a 58 milioni di euro (comprensivi di circa 40milioni attribuiti dal Fondo Nazionale), tre in più rispetto al 2019. Le risorse sono finalizzate a finanziare interventi domiciliari sociali e socio-sanitari forniti in forma diretta dal servizio pubblico; interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali; inserimenti in Centri Diurni; interventi temporanei o di sollievo nelle Rsa. A tali risorse si aggiungono 206milioni per l'inserimento di persone anziane over65 in Residenze Sanitarie Assistenziali e Centri Diurni. Completano il quadro circa 9 milioni per i progetti di Vita Indipendente delle persone con disabilità. Nel complesso, dunque, per non autosufficienza e disabilità le risorse stanziare ammontano per il 2020 a 273milioni.

La Giunta Regionale, tenuto conto di quanto disposto nell'art.3 della L.R. 66/2008 e sulla base delle indicazioni fornite dalla Conferenza Regionale delle Società della Salute, procede annualmente a ripartire il

Fondo tra le diverse **zone-distretto** sulla base di alcuni parametri (es. dati demografici e socio-sanitari). La zona-distretto, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione afferente, nel rispetto delle zone disagiate e di confine, **organizza e gestisce la continuità e le risposte territoriali dell'integrazione socio-sanitaria**, organizza le funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

Per superare la logica della frammentazione di erogazione di singole prestazioni, l'accesso alle prestazioni avviene attraverso un **sistema unico di accesso** (Capo IV L. R. 66/2008). La domanda del bisogno che le persone e/o i loro familiari esprimono, deve essere presentata agli **sportelli PuntoInsieme** presenti su tutto il territorio regionale. Al PuntoInsieme la segnalazione può pervenire anche tramite i MMG, Servizi Specialistici o attraverso le reti di prossimità – sportelli organizzati dalle Associazioni, CAF, Botteghe della Salute, Centro di Ascolto Regionale – che offrono un servizio di informazioni e orientamento.

Il PuntoInsieme rappresenta dunque la **porta di accesso diretto al sistema integrato dei servizi sociosanitari**, che si caratterizza per la elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella strutturazione, ed è il luogo fisico dove la persona, o chi la rappresenta, trova un professionista in grado di accogliere la segnalazione di un bisogno orientando e accompagnando la persona stessa verso il percorso più appropriato. Il PuntoInsieme, inoltre, rappresenta un importante livello di coordinamento nell'organizzazione dei percorsi di accesso e presa in carico degli utenti, in particolare sia per l'aspetto tecnico-amministrativo e organizzativo dei percorsi, sia per la funzione di raccordo tra la fase di accesso/presentazione del bisogno e la successiva fase di valutazione. (Regione Toscana, 2019).

Attraverso una prima lettura del bisogno, laddove emerga la presenza di un bisogno complesso, la domanda viene indirizzata all'Unità di Valutazione Multidimensionale, una equipe di natura multidisciplinare composta in modo stabile da un medico di comunità, un assistente sociale e un infermiere, e integrata di volta in volta dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione, e da ulteriori professionalità specialistiche che si ritengono necessari ai fini della valutazione, con particolare attenzione alla professionalità geriatrica per gli over65. L'UVM **si occupa di elaborare il Progetto di assistenza personalizzato (PAP)**, contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni socio-sanitarie da erogare, individuate, per quanto attiene le persone non autosufficienti anziane, sulla base di indici di valutazione delle condizioni di bisogno (decreti dirigenziali n. 1354/2010 e n. 2259/2012). Nella elaborazione del PAP, la UVM si pone l'obiettivo di una condivisione dei contenuti del progetto con la persona assistita ed i suoi familiari, valutando possibili offerte di prestazioni alternative.

Il PAP può concretizzarsi in diverse prestazioni. Per le **prestazioni** offerte dalla regione, così come a livello nazionale, possono essere individuate due diverse macro-aree: i trasferimenti monetari e l'erogazione di servizi.

Rispetto ai **trasferimenti monetari regionali**, in Toscana viene erogato:

- **Assegno di cura:** contributo economico in favore di persone anziane in condizioni di non autosufficienza che si avvalgono di un assistente familiare o di caregiver, volto a garantire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita. Il contributo è graduato in relazione alla situazione di gravità socio-sanitaria dell'anziano valutata dalla UVM e in relazione alla situazione economica (Isee).

Tra i servizi erogati orientati al mantenimento della persona anziana al proprio domicilio si ricordano:

- **Adi, Assistenza domiciliare integrata:** interventi prevalentemente sanitari o socio-sanitari (es. prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, ...) che permettono agli anziani di rimanere al proprio domicilio;

- **Sad, Servizio di assistenza domiciliare:** assistenza per la cura e l'igiene della persona, per la cura dell'alloggio e la gestione delle attività quotidiane (es. pasti), per l'accompagnamento verso le attività e relazioni all'esterno del proprio domicilio;
- **Dimissioni protette:** attivazione di un servizio domiciliare socio-assistenziale temporaneo orientato a facilitare le dimissioni da un ricovero ospedaliero, sostenendo la famiglia nella gestione del reinserimento a domicilio degli anziani non autosufficienti; lo scopo è quello di sostenere la persona anziana e la sua famiglia nel rientro a casa, garantendo la continuità della cura e l'assistenza;
- **Telesoccorso:** servizio di pronto intervento che garantisce un rapido soccorso alle persone anziane sole che si trovano in gravi situazioni di rischio sanitario e sociale. La persona anziana viene dotata di un apposito telecomando collegato con una centrale operativa in grado di consultare una scheda anagrafica ed inviare gli opportuni aiuti;
- **Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche:** i cittadini che si trovano in condizione di disabilità con menomazioni o limitazioni di carattere fisico, sensoriale o cognitivo e che devono provvedere alla eliminazione di barriere architettoniche negli edifici in cui sono residenti, possono presentare domanda per accedere al contributo regionale (Regolamento 11/R del 2005).

Ulteriori interventi e progetti, finalizzati anch'essi al mantenimento della persona presso il proprio domicilio e contesto di vita sono:

- **"Pronto badante":** servizio di sostegno rivolto alla persona anziana nel momento in cui si presenta, per la prima volta, una situazione di fragilità. Dopo essersi rivolti al numero verde 800 59 33 88, entro 48 ore interviene un operatore direttamente presso l'abitazione della famiglia della persona anziana, garantendole un unico punto di riferimento per avere informazioni sui percorsi socio-assistenziali e un sostegno economico di 300 euro una tantum per l'attivazione di un rapporto di lavoro regolare e occasionale con una/un assistente familiare (fino a un massimo di 30 ore), per le prime necessità;
- **"La miglior cura è vivere a casa" - POR FSE 2014-2020:** attraverso il Fondo Sociale Europeo la Regione Toscana finanzia 26 progetti in tutte le zone-distretto della Toscana, per un importo complessivo di 12,3 milioni di euro, con lo scopo di favorire la permanenza delle persone con autonomia limitata presso la propria abitazione, attraverso il potenziamento e il consolidamento dei servizi di cura. Il finanziamento viene erogato attraverso l'assegnazione di Buoni servizio e in particolare per il:
 - **Sostegno a soggetti con diagnosi di demenza:** intervento per finanziare percorsi innovativi per la cura e il sostegno di chi è affetto da demenza lieve o moderata e della sua famiglia. Il Buono servizio offre un pacchetto personalizzato di interventi, composto da percorsi socio-assistenziali (per esempio Servizi domiciliari professionali, Centri diurni, Caffè e Atelier Alzheimer, Musei Alzheimer, etc.), per un ammontare minimo di 3.000 e massimo di 4.000 euro;
 - **Sostegno all'assistenza familiare per soggetti non autosufficienti:** sostegno economico per usufruire dei servizi di assistenza familiare in favore di persone con più di 65 anni, una isogravità 4-5 e un elevato bisogno assistenziale. Il Buono servizio, per un ammontare minimo di 400 e massimo di 700 euro mensili (in base all'ISEE), fornisce esclusivamente un contributo economico alla spesa per un assistente familiare, da assumersi con regolare contratto di lavoro per un minimo di 26 ore settimanali;

- **“A casa in buona compagnia”**: progetto di telemedicina sperimentale, frutto di un accordo siglato a dicembre 2019 tra la Regione e le Organizzazioni sindacali regionali (Spi-Cgil, Fnp-Cisl, Uilp). Obiettivo del progetto è assistere gli anziani nella propria abitazione, quando possibile o, comunque, all'interno di diverse tipologie residenze (es. cohousing), attraverso l'uso di strumenti e tecnologie innovative, integrate con il telemonitoraggio di parametri vitali, la valutazione di eventuali complicanze terapeutiche, i controlli infermieristici e le visite mediche programmate;
- **“AIMA GPS Alzheimer”**: Sistema progettato per sostenere le famiglie di persone con demenza e preservare la loro qualità di vita. Il sistema permette di conoscere in qualsiasi momento la posizione della persona affetta da demenza, facilitandone la ricerca tempestiva in caso di smarrimento o allontanamento attraverso l'aiuto della Prefettura di riferimento.

Passando dall'area della domiciliarità a quella della **semi-residenzialità** troviamo gli interventi di prevenzione, socializzazione e informazione come:

- **Centri diurni**: strutture semi-residenziali che offrono programmi di riattivazione e mantenimento, socializzazione e animazione nelle ore del giorno, con rientro dell'anziano a domicilio la sera;
- **Attività rivolte a gruppi**: attività di prevenzione, socializzazione e informazione, es. rete dei Musei toscani per l'Alzheimer, Caffè e Atelier Alzheimer, Associazioni e Centri di ascolto.

Completa il quadro degli interventi regionali la dimensione della **residenzialità** e in particolare:

- **Residenze assistite/Residenza sanitarie assistenziali (RSA)**: strutture residenziali che offrono diversi livelli di intensità assistenziale ad anziani parzialmente/totalmente non autosufficienti che non possono più vivere autonomamente presso il proprio domicilio, con lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia e mantenere le proprie capacità residue. Attraverso il portale web regionale⁶ è possibile individuare le Residenze sanitarie assistenziali autorizzate, accreditate e finanziate dal Servizio sanitario regionale; trovare informazioni su servizi, costi, posti letto disponibili; conoscere l'indirizzo e i recapiti delle strutture e delle Zone Distretto competenti;
- **Moduli a Bassa Intensità Assistenziale (BIA)**: moduli a bassa intensità all'interno di strutture residenziali destinati a soggetti non autosufficienti che presentano una bassa complessità sanitaria e maggiori bisogni sociali, ma che hanno una situazione ambientale e relazionale tale per cui non possono essere assistiti a domicilio;
- **Comunità alloggio protette, Casa-famiglia**: strutture residenziali di ridotte dimensioni e a bassa intensità assistenziale per anziani autosufficienti in condizioni di solitudine, con la finalità di mantenere l'autonomia delle persone anziane e prevenire l'isolamento e l'emarginazione favorendo i rapporti e le relazioni interpersonali;
- **Ricoveri di sollievo**: ricoveri di sollievo temporanei finalizzati a offrire alla famiglia l'opportunità di alleggerire per un periodo determinato di tempo lo stress e l'impegno di cura, consentendo un recupero sul piano fisico e psicologico e l'opportunità di potersi dedicare ad altre attività o incombenze familiari o personali; può essere disposto per un massimo di 60 giorni nell'arco di un anno (continuativi o frazionati).

⁶ Portale Rsa Toscana: <https://servizi.toscana.it/RT/RSA/>.

CAPITOLO 2 - UN CONFRONTO ATTRAVERSO ALCUNI INIDICATORI DI SINTESI

Dopo aver descritto gli interventi erogati per la non autosufficienza in alcuni Paesi europei, in Italia e in Toscana, di seguito riporteremo alcuni dati di sintesi che permettono da un lato di collocare l'Italia nel contesto europeo, e dall'altro di osservare le specificità e le differenze tra le regioni italiane.

2.1 - L'Italia nel contesto europeo

Come riportato nell'ultimo rapporto del Dipartimento della Ragioneria di Stato (2019) la spesa per la non autosufficienza in Italia ammonta a circa 29,3 miliardi di euro, pari all'1,7% del Pil del 2018 (di cui circa tre quarti erogati a soggetti over65), e secondo le ultime proiezioni aumenterà fino al 2,5% del Pil entro il 2070, crescita influenzata prevalentemente dalla dinamica demografica.

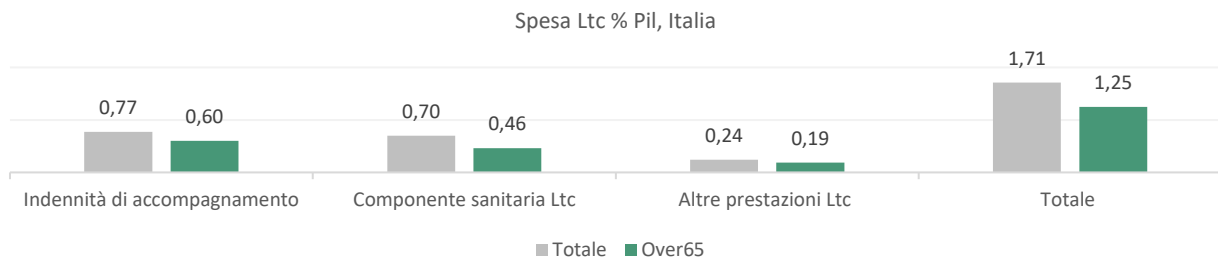
La spesa è composta da tre voci: le indennità di accompagnamento, la componente dei servizi sanitari e gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale e rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti. Nel dettaglio:

- Le indennità di accompagnamento rappresentano la componente principale di spesa, pari a circa lo 0,8% del Pil, e rappresentano le prestazioni monetarie erogate a invalidi civili, ciechi civili e sordomuti esclusivamente in dipendenza delle condizioni psico-fisiche del soggetto;
- La componente sanitaria della spesa per Ltc, pari allo 0,7% del Pil, comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente comprende, oltre all'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e assistenza residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto;
- Le altre prestazioni Ltc, per un valore pari allo 0,2% del Pil, sono un insieme di prestazioni eterogenee erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti. Sono prestazioni in natura, riconosciute in forma residenziale e semi-residenziale (per circa il 55% del valore complessivo) e, in misura residuale, prestazioni in denaro (sia contributi economici diretti che agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette riservata a particolari categorie di utenti).

Nella figura di seguito è riportato graficamente il peso di ciascuna delle tre componenti: considerando il totale dei beneficiari, le indennità di accompagnamento e la componente sanitaria ricoprono rispettivamente il 45% ed il 41% della spesa complessiva mentre le altre prestazioni Ltc assorbono il restante 14%.

Circa tre quarti della spesa sono rivolti agli anziani non autosufficienti over65. Tale percentuale risulta più elevata per le indennità di accompagnamento e le altre prestazioni per LTC e più contenuta per la componente sanitaria, in quanto al suo interno, coesistono prestazioni che non sono strettamente legate all'invecchiamento (assistenza psichiatrica, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza integrativa, assistenza protesica e assistenza farmaceutica erogata in forma diretta e per conto). Nello specifico, considerando la spesa per la fascia degli over65: il 48% è destinata alle indennità di accompagnamento, il 36,8% alla componente sanitaria e il restante 15,2% alle altre prestazioni.

Fig. 4 - Componenti spesa pubblica per Ltc in rapporto al Pil, anno 2018
(incidenze percentuali)



Fonte: Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (2019).

Molti studi (Albertini, Pavolini, 2017, Crescentini, 2018, Ranci et al., 2020) sottolineano come la spesa per la non autosufficienza italiana sia sostanzialmente in linea con quella di diversi altri paesi dell'Europa occidentale, ma quello che distingue l'Italia è la modalità con cui queste risorse vengono spese, con una prevalenza verso i trasferimenti monetari e una scarsa diffusione nell'erogazione dei servizi.

Tale tendenza emerge chiaramente dal confronto tra l'Italia e gli altri Paesi in analisi su alcuni indicatori di sintesi tratti dalle rilevazioni Oecd (*Health Statistics*): spesa per la componente dei servizi sanitari Ltc, utenti che usufruiscono dell'assistenza domiciliare, ospiti dei servizi residenziali. Tali indicatori forniscono una fotografia sui servizi sui quali in futuro sarà sempre più centrale investire per affrontare il processo di invecchiamento della popolazione e in particolare per affrontare il tema delle cronicità (Pavolini, 2020).

Tab. 1 - Riepilogo dati non autosufficienza Oecd

Area	Indicatore	Fonte	Ultimo anno disponibile
Spesa per i servizi Ltc	Spesa per i servizi Ltc - componente sanitari (% PIL)	OECD Health Statistics - Health expenditure and financing	2017
Servizi domiciliari	Percentuale di persone over65 che ricevono assistenza domiciliare	OECD Health Statistics - Long-Term Care Resources and Utilisation	2018
Servizi residenziali	Numero di letti in strutture residenziali di assistenza socio-sanitaria di lungo periodo	OECD Health Statistics - Long-Term Care Resources and Utilisation	2018

Fonte: OECD Health Statistics.

Dal grafico successivo emerge come:

- Confrontando la **spesa per la componente sanitaria dei servizi di long term care**⁷ in percentuale del proprio Pil, cioè la spesa per i servizi di assistenza medica/infermieristica e di servizi assistenziali erogati per supportare lo stato di salute dei pazienti in uno stato di non autosufficienza di lungo termine, l'Italia risulta essere quella che in percentuale del proprio Pil spende di meno (0,7%), seguita da Regno Unito (1,2%), Francia (1,3%), Germania (1,5%) e infine Svezia (2,7%), che rappresenta il Paese che più investe in tali servizi;
- Rispetto alla **percentuale di over65 che ricevono assistenza domiciliare** da parte di operatori formalmente retribuiti, l'Italia (6,1%, ADI) e la Francia (5,9%) sono i Paesi nei quali si registra una minore percentuale, al contrario in Germania (13,1%) e in Svezia (12,4%) si osservano percentuali decisamente più elevate⁸;

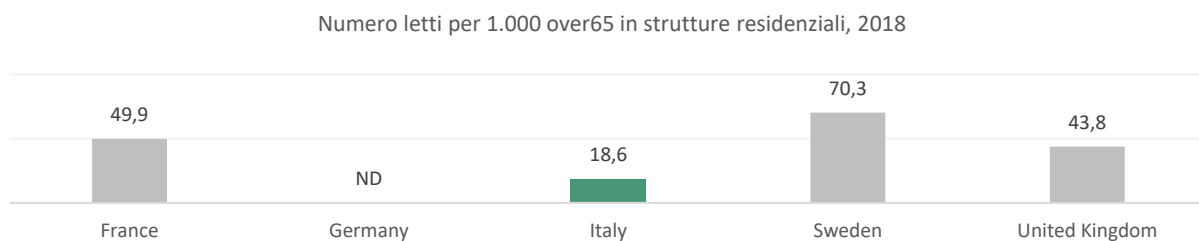
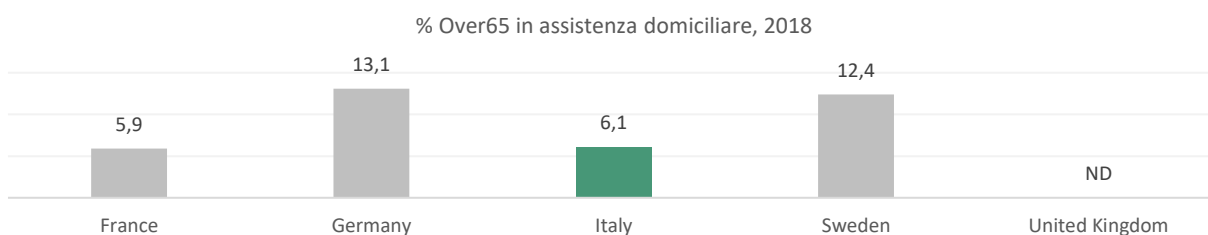
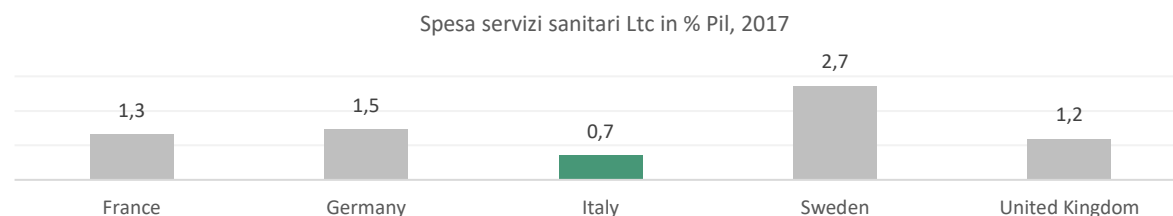
⁷ **Componente sanitaria Ltc (HC.3): Assistenza medica o infermieristica** (es. medicazioni, somministrazione di farmaci, consulenza sanitaria, cure palliative, sollievo dal dolore e diagnosi medica in relazione a una condizione di assistenza a lungo termine). Può includere attività preventive per evitare il peggioramento delle condizioni di salute a lungo termine o attività di riabilitazione per migliorare le funzionalità (ad es. esercizio fisico per migliorare il senso di equilibrio ed evitare cadute);

Servizi di assistenza personale che forniscono assistenza per le attività della vita quotidiana (ADL) come mangiare, fare il bagno, lavarsi, vestirsi, salire e scendere dal letto, andare da e verso il bagno e gestire l'incontinenza.

⁸ Come sottolineano da diversi autori (Barbarella et al., 2019), le comparazioni internazionali tra Paesi devono essere prese le dovute cautele a causa della natura spesso diversa del pacchetto di servizi offerti agli utenti. Per l'Italia la quota si riferisce agli over65 beneficiari dell'ADI, quindi la componente più sanitaria dell'assistenza domiciliare, in Svezia le prestazioni sanitarie e socio-

- Infine, anche rispetto al **numero di posto/letti disponibili presso presidi residenziali socio-sanitari** diversi dagli ospedali, l'Italia si colloca in ultima posizione (18 letti/1.000 over65), seguita da Regno Unito (43,8), Francia (49,9) e infine Svezia (70,3).

Fig. 5 - Confronto Italia - Paesi europei su: spesa per i servizi sanitari Ltc, over65 in assistenza domiciliare, letti in strutture residenziali (incidenze percentuali)



Fonte: OECD Health Statistics (2020).

2.2 - L'Italia e le specificità regionali

Il dato nazionale è frutto comprensibilmente di diversi posizionamenti a livello regionale. A tal proposito, diversi studi, tra cui l'importante monitoraggio svolto dal Network non autosufficienza (Barbarella et al., 2017), sottolineano da anni come non vi sia uno strumento per leggere in maniera organica i dati sul fenomeno della non autosufficienza in Italia. Se da un lato nel corso del tempo il Ministero della Salute e l'Istat hanno progressivamente ampliato il numero di informazioni accessibili, dall'altro lato si registrano ancora ritardi del Sistema informativo per non autosufficienza (Sina), strumento informatico che dovrebbe integrare i dati provenienti da diverse fonti informative.

La ricostruzione del contesto italiano deve dunque svilupparsi attraverso la consultazione di fonti diverse e con aggiornamenti periodici differenti. Tra i dati disponibili ci soffermeremo nelle prossime pagine:

- Per i trasferimenti monetari: beneficiari over65 dell'indennità di invalidità civile totale;
- Per i servizi domiciliari: percentuale di over65 che usufruiscono dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
- Per i servizi residenziali: percentuale di ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari.

assistenziali sono offerte all'interno dello stesso servizio e non è possibile suddividere quante persone usufruiscono delle une e/o delle altre, mentre in Germania e in Francia il legame tra assegno monetario e servizi diretti è così forte che non sono scorporati i beneficiari del solo assegno da quelli che ricevono sia l'assegno sia assistenza diretta.

Tab. 2 - Riepilogo dati non autosufficienza Italia

Area	Indicatore	Fonte	Ultimo anno disponibile
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento invalidi civili totali	Statistiche "Prestazioni agli invalidi civili" (INPS)	2020
Servizi domiciliari	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN (Ministero della salute)	2017
		Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA (Ministero della salute)	2017
	Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo - Servizi di cura (ISTAT)	2016
Servizi residenziali	Presidi residenziali socioassistenziali e socioassistenziali	Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ISTAT)	2016

Fonte: Inps, Istat, Ministero della Salute.

3.2.1 - I trasferimenti monetari

Come riportato dalla Ragioneria di Stato, l'indennità di accompagnamento per invalidi civili rappresenta la componente maggiore di spesa per l'assistenza alle persone non autosufficienti.

L'indennità consiste nel riconoscimento di una somma mensile fissa (per il 2020: 520,29 euro) a favore degli invalidi civili totali a causa di minorazioni fisiche o psichiche per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. Spetta ai cittadini per i quali è stata accertata la totale inabilità (100%) residenti in forma stabile in Italia, indipendentemente dal reddito personale annuo e dall'età.

Introdotta agli inizi degli anni '80 come misura finalizzata al sostegno per disabili adulti, l'indennità di accompagnamento si è trasformata nel corso del tempo, e con l'intensificarsi del processo di invecchiamento, nella misura principale di supporto ai bisogni di cura della popolazione anziana (Ranci et al. 2020). Diversi fattori hanno inciso sull'espansione dell'indennità di accompagnamento. Come sintetizzano Ranci, Arlotti e Parma (2020) uno dei fattori che ha inciso su tale espansione è stata la diffusione del ricorso ad assistenti familiari (c.d. "badanti"), fenomeno che ha riscontrato una certa complementarità con le caratteristiche strutturali dell'indennità di accompagnamento, e in particolare con l'essere un trasferimento monetario indistinto e senza vincoli di rendicontazione. Altri fattori che ne hanno sostenuto l'espansione sono stati: la relativa semplicità di gestione (essendo un'erogazione monetaria mensile svincolata da condizionalità, una volta certificato il diritto a riceverla), l'automaticità della sua erogazione (che, a parte il periodo più recente, è stata sottoposta raramente a controlli ed aggiornamenti), nonché il suo carattere universalistico, che non pone limiti di carattere reddituale o categoriale all'accesso, una volta certificato lo stato di disabilità.

Come si osserva dalla tabella e dai grafici successivi i tassi di copertura (in questo caso per la popolazione anziana over65) variano significativamente tra le diverse regioni italiane. In media circa il 10,6% della popolazione anziana riceve l'indennità di accompagnamento per invalidi civili totali, percentuale che sale per le regioni del Centro-Sud, dove troviamo proporzioni ovunque al di sopra della media nazionale (tranne per la Toscana), con percentuali che arrivano a punte del 16,3% e del 15,9% in Umbria e in Calabria. Nel nord d'Italia invece la percentuale resta in un intervallo del 7,7-9% in tutte le regioni. Anche la Toscana si colloca in tale traiettoria totalizzando una percentuale pari all'8,5%.

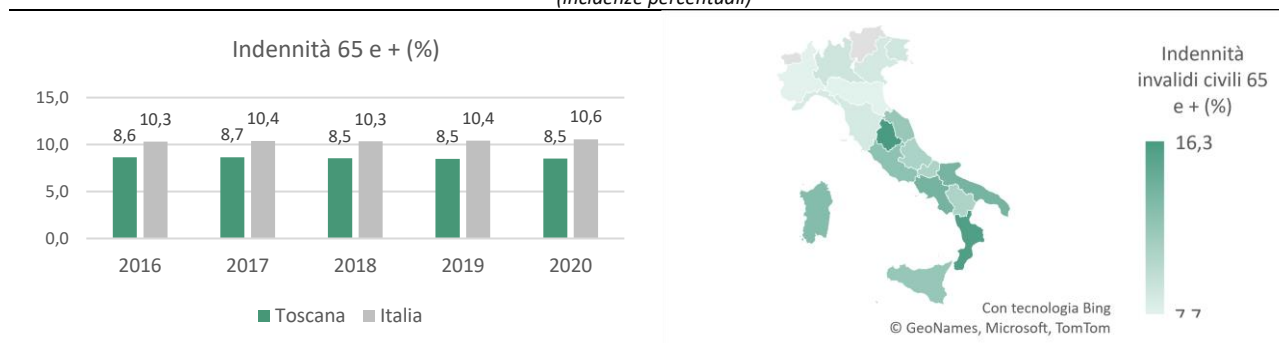
Come ricorda il Network per la non autosufficienza (Barbarella et al., 2017), oltre alla fotografia relativa all'ultimo anno, è importante osservare l'evoluzione della concessione dell'indennità: nel periodo 2010-2015 si è registrato una riduzione diffusa in tutte le regioni, probabilmente dovuto a un cambiamento nelle modalità di valutazioni dei requisiti della concessione dell'indennità, divenute più rigorose e soggette a controlli (ordinari e straordinari) più stringenti da parte dell'Inps. Dal 2016 tale tendenza sembra arrestarsi, come se tale ridimensionamento avesse raggiunto il proprio massimo.

Tab. 3 - Beneficiari anziani (65 e +) dell'indennità di accompagnamento invalidi civili totali, anni 2016 - 2020 (incidenza percentuale)

REGIONI	ANNO					
	2016	2017	2018	2019	2020	
Piemonte	7,6	7,6	7,5	7,6	7,7	
Liguria	8,4	8,5	8,4	8,3	8,5	
Lombardia	8,5	8,7	8,6	8,7	9,0	
Veneto	8,8	8,7	8,7	8,7	8,6	
Friuli-Venezia Giulia	8,8	8,9	8,9	8,8	8,8	
Emilia-Romagna	8,2	8,2	7,9	7,8	7,7	
Toscana	8,6	8,7	8,5	8,5	8,5	
Umbria	14,9	15,2	15,4	15,8	16,3	
Marche	11,5	11,8	11,5	11,7	11,9	
Lazio	11,6	11,9	11,9	12,1	12,5	
Abruzzo	11,6	11,4	11,0	10,9	10,8	
Molise	9,9	9,8	10,0	10,5	10,7	
Campania	13,4	13,4	13,4	13,6	13,8	
Puglia	12,8	13,1	13,1	13,4	13,8	
Basilicata	10,5	10,4	10,5	10,4	10,7	
Calabria	15,4	15,4	15,4	15,8	15,9	
Sicilia	11,9	11,9	11,9	11,9	12,0	
Sardegna	13,2	13,3	13,1	13,0	13,0	
Italia	10,3	10,4	10,3	10,4	10,6	

Fonte: Elaborazioni Ires ER su dati Inps (Indennità di accompagnamento invalidi civili totali) e Istat (popolazione).

Fig. 6 - Beneficiari anziani (65 e +) dell'indennità di accompagnamento invalidi civili totali, anni 2016 - 2020 / 2020, Toscana - Italia (incidenze percentuali)



Fonte: Elaborazioni IRES ER su dati Inps (Indennità di accompagnamento invalidi civili totali) e Istat (popolazione).

3.2.2 - I servizi domiciliari

Come anticipato nell'introduzione, per l'area relativa ai servizi domiciliari ci soffermeremo sia sulla percentuale di over65 che usufruiscono dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che su quella che usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD). Come sottolineano diversi autori (Barbarella et al., 2019), in Italia le politiche per l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti non si costituiscono come una componente coerente del welfare, ma dipendono da attori istituzionali, risorse finanziarie e processi diversi (afferenti rispettivamente alle Regioni e alle ASL per la componente sanitaria e ai Comuni e agli Ambiti Sociali Territoriali per la componente socio-assistenziale), in molti casi con problemi di integrazione.

3.2.2.1 - ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

Il primo servizio domiciliare su cui ci soffermiamo è l'Adi. L'Adi consiste nell'erogazione di trattamenti sanitari e socio-sanitari alla persona non autosufficiente presso il proprio domicilio, da parte di diverse professionalità (infermieri, fisioterapisti, operatori socio-sanitari, medici, ecc.) e sulla base di un Piano di assistenza individuale (Pai).

L'Adi nasce negli anni '90, periodo fertile per la cultura della domiciliarità, grazie al Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995" del 1992, con il quale inizia a diffondersi il modello di intervento

a rete incentrato sull'azione dell'UVG/UVM (Unità di valutazione geriatrica/multidimensionale), che stila un Piano di assistenza individualizzato (PAI) grazie all'azione integrata dei servizi sociali e sanitari. Nel corso degli anni l'Adi si è dovuta confrontare con un aumento nella sua utenza di grandi anziani, spesso affetti da patologie multiple e croniche, con un bisogno di assistenza continuativa (Tidoli, 2006, 2017).

Nel 2017 (ultimo anno disponibile), gli anziani over65 che usufruivano del servizio Adi erano circa il 6,2% a livello nazionale. Così come per l'indennità per gli invalidi civili, anche per l'Adi si riscontrano forti differenziazioni a livello regionale: le regioni che presentano tassi più elevati della media sono Veneto (13,4%), Molise (12,6%), Toscana (11,6%) ed Emilia-Romagna (10,9%).

Oltre ai tassi di presa in carico del servizio Adi, è importante osservare anche l'intensità di tale servizio (le ore dedicate a ciascun utente), dimensione fondamentale per capire se tale servizio può configurarsi come alternativa ai ricoveri e gestire casistiche sempre più complesse. A livello nazionale in media si registrano 17 ore annuali per utente: un'intensità maggiore della media si registra in Calabria, Piemonte, Sardegna e Basilicata. In Toscana si registrano in media 7 ore annuali per utente, rispetto alle 17 totalizzate dalla media nazionale.

Tab. 4 - Assistenza domiciliare integrata (ADI): percentuale di utenti anziani (65 e +) e media ore annuali per utente anziano (anni 2007 - 2017)
(incidenza percentuale, valori medi)

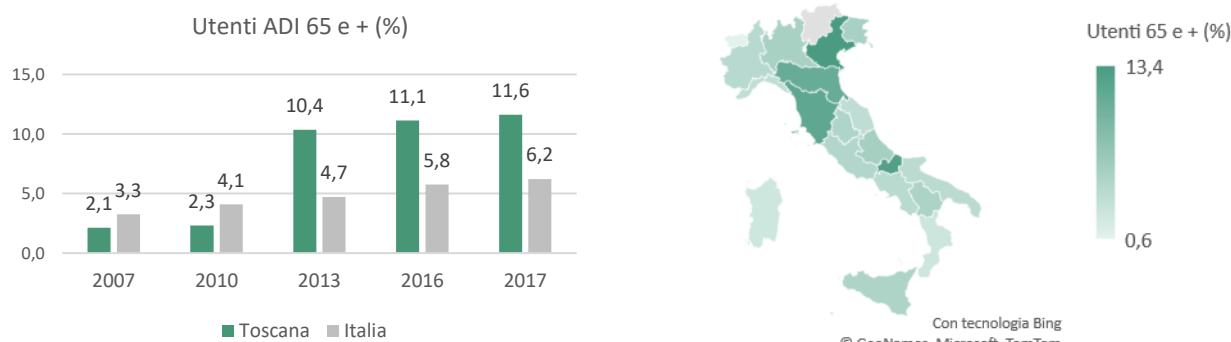
REGIONI	ANNO							
	2007		2013		2016		2017	
	Utenti 65 e più (%)	Ore per utente	Utenti 65 e più (%)	Ore per utente	Utenti 65 e più (%)	Ore per utente	Utenti 65 e più (%)	Ore per utente
Piemonte	1,8	20	2,6	13	4,1	10	4,2	46
Valle d'Aosta	0,3	177	0,3	39	0,6	26	0,6	33
Lombardia	3,7	16	3,7	18	6,1	12	5,5	12
Liguria	3,2	21	3,3	29	3,5	24	3,6	22
Trentino-Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-
P.A. Bolzano	0,5	-	0,4	-	0,6	-	0,7	-
P.A. Trento	1,0	21	3,4	12	3,6	19	3,4	18
Veneto	6,4	9	5,5	9	8,9	5	13,4	4
Friuli-Venezia Giulia	7,3	7	6,8	7	5,9	14	5,5	15
Emilia-Romagna	5,7	21	10,2	12	10,8	15	10,9	15
Toscana	2,1	22	10,4	8	11,1	7	11,6	7
Umbria	4,3	35	4,2	23	3,6	23	4,9	15
Marche	3,9	27	2,8	27	2,9	28	3,6	23
Lazio	3,9	18	4,6	17	4,2	21	4,6	25
Abruzzo	3,7	21	5,2	31	5,7	26	5,8	25
Molise	3,7	19	3,8	50	8,7	19	12,6	14
Campania	1,6	44	3,0	32	3,9	27	4,1	26
Puglia	1,6	48	2,2	39	3,5	29	3,9	27
Basilicata	4,3	42	6,2	44	4,4	38	5,1	43
Calabria	2,8	14	2,8	22	2,4	21	2,5	72
Sicilia	1,0	31	3,9	27	4,6	28	5,0	28
Sardegna	1,2	68	2,6	23	3,2	48	2,4	44
Italia	3,3	20	4,7	17	5,8	16	6,2	17

Fonte: Elaborazioni IRES ER su Ministero della Salute, Annuario Statistico (2007-2017).

Nota: Per rendere il confronto uniforme, la % di utenti 65 e più ADI è stata calcolata sulla popolazione di riferimento ISTAT riportata dal Ministero della Salute nei suoi Annuari Statistici.

Rispetto all'evoluzione temporale del servizio Adi, nel periodo considerato (2007-2017), il tasso di copertura (65 e +) è progressivamente aumentato, passando dal 3,3% al 6,2% a livello nazionale, con dinamiche differenziate tra le diverse regioni. Anche in Toscana osserviamo questa dinamica positiva, in particolare tra il 2007 (2,1%) e il 2013 (10,4%), mentre negli ultimi due anni il tasso si è assestato intorno all'11,5%. Rispetto all'intensità del servizio osserviamo una dinamica negativa a livello nazionale: le ore annuali per utente 65 e + sono passate da 20 nel 2007 a 17 nel 2017, con anche in questo caso differenziazioni a livello regionale. Anche per la Toscana se per il tasso di copertura si è registrato un incremento, per l'intensità del servizio si è assistito ad una diminuzione: le ore sono passate da circa 22 nel 2007, a 7 negli anni 2016-17.

Fig. 7 - Assistenza domiciliare integrata (ADI): percentuale di utenti anziani (65 e +) e media ore annuali per utente anziano (incidenze percentuali)



Fonte: Elaborazioni IRES ER su Ministero della Salute, Annuario Statistico (2007-2017).

Una ulteriore fonte informativa del Ministero della Salute sul servizio Adi è rappresentata dal Flusso ministeriale NSIS-SIAD, fonte che rispetto alle statistiche sanitarie pre-esistenti raccoglie dati per singolo paziente, con la possibilità dunque di ottenere una fotografia più dettagliata del servizio di assistenza domiciliare integrata.

Tab. 5 - Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (incidenza percentuale)

REGIONE	ANNO		
	2015	2016	2017
Piemonte	2,6	2,6	2,4
Valle d'Aosta	0,3	0,3	0,1
Lombardia	2,1	2,4	2,1
P. A. di Bolzano	-	-	-
P. A. di Trento	3,2	3,3	3,3
Veneto	2,1	3,2	4,2
Friuli-Venezia Giulia	2,6	2,5	2,8
Liguria	3,2	3,1	3,2
Emilia-Romagna	3,4	3,3	3,5
Toscana	2,6	3	3,1
Umbria	1,8	2	2,7
Marche	1,7	1,9	2,6
Lazio	1,3	1,3	1,7
Abruzzo	3,7	3,5	3,1
Molise	3,8	3,9	5,4
Campania	1,3	1,7	2
Puglia	1,4	1,6	1,9
Basilicata	2,1	1,8	3,2
Calabria	1,6	1,6	1,4
Sicilia	3	3,4	3,7
Sardegna	-	0,2	-
Italia	-	-	2,6

Fonte: Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, (2019)⁹.

Rispetto alla categoria complessiva dell'Adi, il sistema suddivide l'assistenza in quattro livelli di intensità (CIA) in base alla frequenza dell'assistenza ricevuta¹⁰. Nelle statistiche vengono considerati come Adi solo i casi in cui il Sistema regionale eroga interventi con frequenza superiore a una volta alla settimana (CIA>0,14). I casi con una frequenza inferiore vengono infatti considerati di tipo estemporaneo/prestazionale e dunque non assimilabili ad un piano di assistenza domiciliare strutturato.

⁹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf.

¹⁰ Sono individuati quattro livelli di intensità delle cure domiciliari: Zero/base (CIA 0 – 0,13); Primo Livello (CIA da 0,14 a 0,30); Secondo Livello (CIA da 0,31 a 0,50); Terzo Livello (CIA da 0,51 a 0,60); CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico (CIA 0,61 – 1). Come definito dalla Commissione "Mattone domiciliare", può essere considerata ADI vera e propria solo la casistica con CIA>0,14, vale a dire i casi in cui il SSR assicura interventi con frequenza superiore a una volta alla settimana (Barbarella et al., 2017).

Nell'ultimo report disponibile del Ministero della Salute "Monitoraggio dei Lea" percentuali più elevate si registrano in Molise e Veneto. Anche la Toscana (3,1%) si colloca al di sopra del dato nazionale.

3.2.2.2 - SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare

Il secondo servizio domiciliare su cui ci soffermiamo è il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD). Il Sad è il principale strumento con cui i comuni forniscono un insieme di prestazione socio-assistenziali al domicilio degli anziani non autosufficienti per supportarli nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, come la cura personale e l'integrazione sociale.

Il Servizio Sad nasce negli anni '70 in alcune regioni del nord d'Italia grazie alla diffusione delle nuove concezioni sociali e geriatriche tese a ridurre i ricoveri e a incrementare una risposta alle necessità degli anziani nel proprio ambiente di vita. Successivamente si diffonde in tutto il Paese grazie alle leggi di riforma dei servizi socio-assistenziali degli anni '80 e '90. Questo servizio nasce con un accento sui temi della prevenzione, della promozione del benessere e del sostegno delle capacità residue, pensato soprattutto per soggetti relativamente giovani, con lieve compromissione dell'autosufficienza e bisogni "leggeri", ma nel corso degli anni ha dovuto confrontarsi sempre più con persone gravi e grandi anziani compromessi sul piano psicofisico, spesso individuati dai Servizi (Tidoli, 2006, 2017).

Tab. 6 - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD): percentuale di utenti anziani (65 e +) (anni 2003 - 2016) (incidenze percentuali)

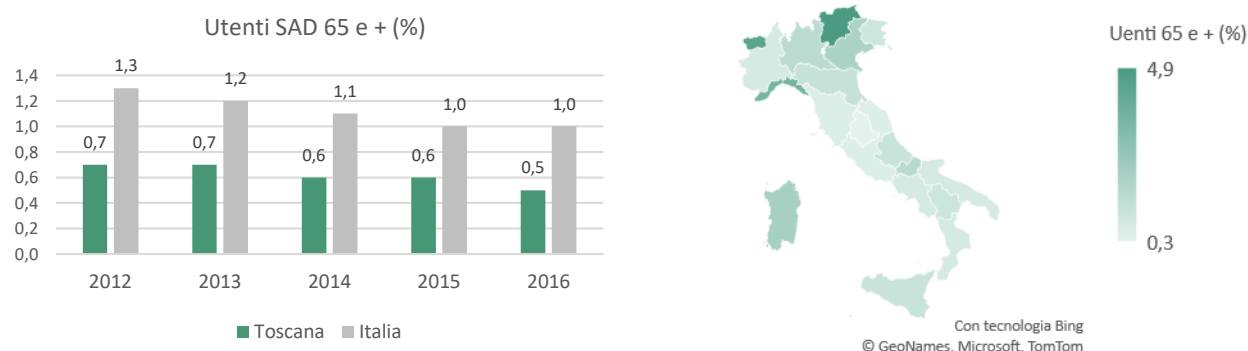
REGIONI	ANNO													
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
Valle d'Aosta	3,9	5,7	2,4	4,9	4,3	4,4	9,3	4,8	5,2	5,3	5,2	5,0	4,7	4,4
Lombardia	1,8	1,8	1,7	1,8	1,9	1,7	1,8	1,7	1,6	1,4	1,3	1,2	1,2	1,5
Liguria	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	3,5	3,5	3,5	3,8	3,8	4,0	4,3	4,2	4,0	4,3	4,8	3,8	3,8	3,6
P.A. Bolzano	-	-	-	-	-	-	4,7	4,8	4,8	4,8	3,5	4,7	4,9	4,9
P.A. Trento	-	-	-	-	-	-	4,0	3,7	3,3	3,9	4,1	3,0	2,9	2,5
Veneto	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,2	1,1	1,1
Friuli-Venezia Giulia	2,6	1,8	2,6	2,9	2,7	2,4	2,2	2,2	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0
Emilia-Romagna	1,6	1,6	1,9	2,4	1,6	1,5	1,6	1,4	1,6	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2
Toscana	2,1	1,0	1,2	1,3	1,4	1,1	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5
Umbria	0,6	0,9	0,6	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3
Marche	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5
Lazio	1,1	1,1	1,2	1,8	1,2	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,5
Abruzzo	2,5	2,7	2,6	2,4	2,3	2,3	1,8	1,7	1,6	1,3	1,2	1,1	1,1	1,1
Molise	3,6	3,8	3,9	3,1	3,2	3,0	2,9	2,4	2,2	2,0	2,0	2,3	1,9	1,6
Campania	1,7	1,7	1,6	1,6	2,1	1,8	1,4	1,4	1,2	1,1	0,8	0,8	0,7	0,7
Puglia	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	1,0	0,8	1,3	1,2	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Basilicata	1,2	1,1	1,5	1,1	1,5	1,7	2,0	1,6	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,0
Calabria	0,9	0,9	1,0	1,4	1,4	1,7	1,5	1,5	1,1	1,0	0,8	0,6	0,8	0,7
Sicilia	3,5	3,0	2,7	3,4	2,5	2,3	2,2	1,9	1,8	1,7	1,5	1,2	1,0	1,1
Sardegna	3,8	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,7	2,5	2,5	2,5	2,7	2,4	2,1	2,1
Italia	1,8	1,6	1,6	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0

Fonte: ISTAT, Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo - Servizi di cura.

Rispetto al tasso di presa in carico, nel 2016 (ultimo anno disponibile), gli anziani over65 che usufruivano del servizio Sad erano circa l'1%, con anche in questo caso forti differenziazioni a livello regionale. Un maggior tasso di copertura si riscontra in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Sardegna e Liguria, mentre sull'estremo opposto troviamo l'Umbria, la Toscana (0,5%), le Marche e il Lazio.

Rispetto all'andamento temporale, nel complesso si registra una diminuzione del tasso di copertura abbastanza diffusa, che a livello nazionale è passato dall'1,8% del 2003 al 1% del 2016. Anche la Toscana si colloca in tale tendenza: il tasso di copertura regionale è passato dal 2,1% del 2003 allo 0,5% del 2016.

Fig. 8 - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD): percentuale di utenti anziani (65 e +)
(incidenze percentuali)



Fonte: ISTAT, Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo - Servizi di cura.

3.2.3 - I servizi residenziali

Ultimo tassello utile a completare la fotografia sui servizi dedicati alla non autosufficienza è il dato sulla percentuale di anziani over65 ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali quali alloggi con servizi, case di riposo, case-famiglia per anziani, comunità alloggio, residenze sanitarie assistenziali per anziani, residenze e alloggi protetti per anziani.

Tab. 7 - Percentuale ospiti 65 anni e oltre in presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari rispetto alla popolazione di riferimento 65 e più (incidenze percentuali)

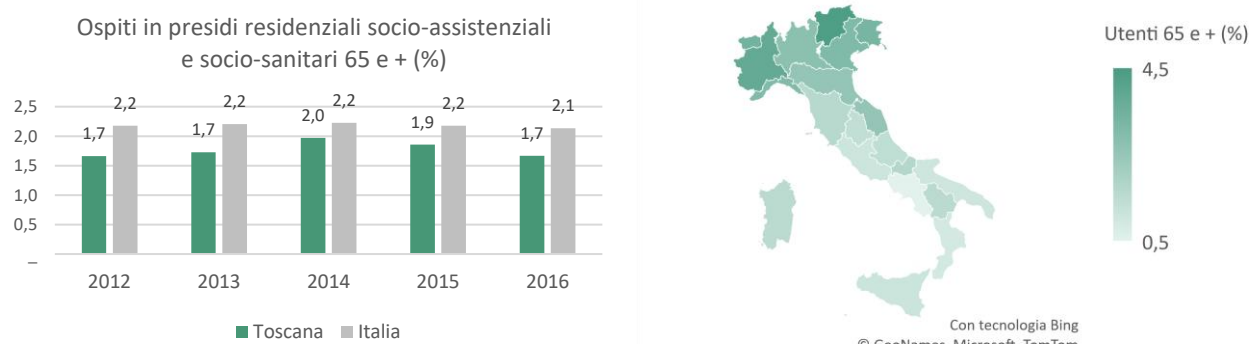
REGIONE	ANNO				
	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	3,5	3,6	3,6	3,6	3,8
Valle d'Aosta	3,7	3,7	3,5	3,4	3,4
Liguria	3,0	2,6	2,9	2,9	2,8
Lombardia	3,2	3,2	2,9	2,9	3,0
Trentino Alto-Adige/Südtirol	4,6	4,7	4,4	4,4	4,3
PA Bolzano/Bozen	4,4	4,7	4,3	4,3	4,2
PA Trento	4,8	4,7	4,6	4,5	4,5
Veneto	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1
Friuli-Venezia Giulia	3,6	3,2	3,3	3,3	3,3
Emilia-Romagna	3,1	2,8	2,7	2,7	2,6
Toscana	1,7	1,7	2,0	1,9	1,7
Umbria	1,3	1,3	1,3	1,2	1,4
Marche	1,9	2,0	2,0	2,0	2,5
Lazio	1,1	1,3	1,4	1,2	1,1
Abruzzo	1,6	1,4	1,4	1,4	1,5
Molise	1,7	1,8	1,7	1,6	1,7
Campania	0,6	0,6	0,7	0,6	0,5
Puglia	0,9	1,1	1,3	1,1	1,1
Basilicata	1,3	1,3	1,3	1,5	1,6
Calabria	0,8	1,0	1,1	1,0	0,9
Sicilia	1,0	1,3	1,4	1,5	1,1
Sardegna	1,4	1,8	2,0	1,7	1,6
Italia	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1

Fonte: Elaborazioni IRES ER su dati ISTAT, Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Nel 2016 (ultimo anno disponibile), gli anziani over65 ospiti dei presidi socio-assistenziali sono stati in media il 2,1%, anche se tale dato non è completamente rappresentativo del numero degli anziani che vengono ospitati poiché non tiene conto dei posti che vengono occupati durante l'anno in sostituzione di quelli che si liberano (es. per dimissione, trasferimento, decesso).

Percentuali più elevate si registrano in Trentino-Alto Adige, Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Lombardia (tassi di copertura superiori al 3%). Al contrario, le regioni con una copertura inferiore sono la Campania, la Calabria, la Puglia, la Sicilia e il Lazio. Anche la Toscana si colloca al di sotto della media nazionale con una copertura dell'1,7%.

Fig. 9 - Ospiti 65 anni e oltre in presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Toscana - Italia
(incidenze percentuali)



Fonte: ISTAT, Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

3.2.4 - Una lettura di sintesi: i modelli assistenziali delle Regioni

Dopo aver osservato il posizionamento delle diverse regioni rispetto agli strumenti per gestire la non autosufficienza (Indennità, Adi, Sad, Presidi residenziali), riportiamo una lettura di sintesi dei diversi modelli assistenziali regionali. Il primo dato emerso dalla rassegna sui dati è infatti l'assenza in Italia di un modello unico di gestione della non autosufficienza. Nel 2017, in continuità con gli scorsi anni, il Network per la non autosufficienza (Barbarella et al., 2017) ha riproposto nel suo monitoraggio un aggiornamento dei diversi profili regionali, attraverso la tecnica della *cluster analysis*, sintetizzando tutti i dati utili al 2013.

Come si osserva dalla tabella successiva, dall'analisi del Network emergono sei diversi modelli di gestione, a seconda della presenza preponderante di un servizio specifico o di un mix di essi.

In Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige, regioni a statuto speciale, riscontriamo un modello basato sul ricorso alle strutture residenziali e all'assistenza sociale domiciliare (Sad) erogata dai Comuni, mentre risultano essere al di sotto della media nazionale il ricorso all'Adi e all'indennità di accompagnamento.

Secondo modello, quello dell'assistenza residenziale, interessa le regioni del Nord-ovest di Piemonte, Lombardia e Liguria, dove si riscontra un orientamento più marcato verso il ricorso ai presidi residenziali, mentre la diffusione di Adi, Sad e indennità è più contenuta.

Segue il modello dell'assistenza sanitaria domiciliare, dove si collocano le regioni del Centro-nord di Emilia-Romagna e Toscana, dove vi è un più elevato ricorso all'assistenza domiciliare integrata (Adi) e al contempo livelli più contenuti di Indennità e di Sad.

Quarto modello, quello dell'assistenza mista, interessa le regioni del Nord-est di Veneto e Friuli-Venezia Giulia, dove vi è un ricorso importante all'Adi, al Sad (in Fvg) e ai presidi residenziali.

Spostandoci verso il Centro-sud emergono due modelli più orientati verso il ricorso all'indennità.

Nelle Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna emerge un modello *cash for care* misto, dove prevale l'indennità di accompagnamento con l'affiancamento di un servizio piuttosto sviluppato (Adi in Abruzzo e Basilicata, Sad in Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

Infine, in Umbria, Campania, Puglia e Calabria si registra il modello *cash for care*, dove l'indennità di accompagnamento risulta essere lo strumento principale di gestione della non autosufficienza, e con servizi domiciliari e residenziali poco sviluppati.

Tab. 8 - Modelli di assistenza per anziani non autosufficienti nelle diverse regioni italiane

MODELLO DI ASSISTENZA	REGIONI	CARATTERISTICHE
Modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> • Valle d'Aosta, • Trentino-Alto Adige. 	Regioni a statuto speciale del Nord Italia, caratterizzate da un'offerta molto bassa di ADI e indennità di accompagnamento, ma con investimenti elevati sia nelle strutture residenziali che nel SAD erogato dai Comuni.
Modello dell'assistenza residenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Piemonte, • Lombardia, • Liguria. 	Regioni del Nord-ovest prevalentemente orientate verso i servizi residenziali, mentre ADI, SAD e indennità registrano tassi di utenti anziani piuttosto bassi.
Modello dell'assistenza sanitaria domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> • Emilia-Romagna, • Toscana. 	Regioni dove il tasso di anziani beneficiari di ADI è molto elevato, mentre SAD e indennità sono meno sviluppati.
Modello dell'assistenza mista	<ul style="list-style-type: none"> • Veneto, • Friuli-Venezia Giulia. 	Regioni del Nord-est che si caratterizzano per livelli alti di erogazione dei servizi di ADI, SAD (solo in Friuli-Venezia Giulia) e presidi residenziali.
Modello del <i>cash-for-care</i> misto	<ul style="list-style-type: none"> • Marche, • Lazio, • Abruzzo, • Molise, • Basilicata, • Sicilia, • Sardegna. 	Regioni del Centro-sud, dove il servizio prevalente è l'indennità di accompagnamento, con l'eventuale affiancamento di altri servizi piuttosto sviluppati come l'ADI (Abruzzo, Basilicata) o il SAD (Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna).
Modello del <i>cash-for-care</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Umbria, • Campania, • Puglia, • Calabria. 	Regioni del Centro-sud dove il tasso di beneficiari dell'indennità di accompagnamento è il più elevato in Italia e di contro, tutti gli altri servizi domiciliari e residenziali registrano tassi sostanzialmente inferiori alla media nazionale.

Fonte: Network non autosufficienza (2017).

CAPITOLO 3 - RIFLESSIONI SUL SISTEMA ITALIANO E REGIONALE TRA CRITICITÀ E FUTURE TRAIETTORIE

Dopo aver descritto in sintesi le principali caratteristiche del sistema di gestione pubblico della non autosufficienza in alcuni Paesi europei e aver riportato alcuni dati che permettono di ottenere una fotografia del sistema italiano, e delle differenze tra le diverse regioni, ci soffermeremo nelle prossime pagine sulle principali criticità del sistema e sulle possibili traiettorie future.

3.1 - Le criticità

Diversi autori e ricerche (Pavolini, 2015; Gori, 2017; Jessoula et al., 2018; Barbabella et al., 2019; Ranci et al., 2020) hanno messo in luce nel corso degli anni le criticità strutturali attinenti alla gestione della non autosufficienza in Italia. Le principali criticità sui cui i diversi autori convergono possono essere ricondotte ai seguenti punti:

1. Attenzione dedicata dalla politica agli anziani non autosufficienti e assenza di una riforma del sistema

Nonostante la presenza di un diffuso bisogno di cura degli anziani non autosufficienti in Italia, e la sua tendenza a crescere nei prossimi anni, in Italia non è ancora stato attuato un processo di riforma delle politiche per la non autosufficienza, a differenza di altri paesi europei dove si è già provveduto a riformare il sistema per fronteggiare i bisogni in crescita e sempre più complessi. Ad esempio, in Germania l'istituzione dell'assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza (*Pflegeversicherung*) risale al 1995, e attraverso le riforme del 2007 e del 2017 è stata progressivamente estesa a tutti i residenti, e in Francia l'*Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) è stata istituita nel 1997 e riformata nel 2002. L'azione stessa di riformare il sistema di gestione di non autosufficienza sottolinea l'importanza dedicata alla materia in questi Paesi, tendenza che ancora non ha avuto riscontro in Italia. In Italia la possibilità di riformare il sistema è stata ampiamente discussa negli anni Novanta, senza però trovare un risvolto concreto. Il sistema di gestione italiano, basato sulla preponderanza dell'indennità di accompagnamento, risale dunque agli anni Ottanta, quando era stato concepito per i bisogni di giovani e adulti più che per anziani non autosufficienti, i cui bisogni e necessità sono comprensibilmente differenti e in crescita.

2. Articolazione dell'offerta dei servizi

Ulteriore punto di criticità spesso richiamato dai diversi studiosi è quello relativo all'articolazione dell'offerta dei servizi, dove prevale l'erogazione dell'indennità di accompagnamento (tasso di copertura: 10,6%), mentre appare più scarsa la diffusione dei servizi domiciliari, sia sanitari che soprattutto sociali (tasso di copertura Adi: 6,2%, Sad: 1%). Come visto sia nel rapporto della Ragioneria di Stato (2018) che nel confronto con gli altri paesi europei selezionati, in Italia predominano i trasferimenti monetari, condizione questa che come noto rischia di ampliare le disegualianze nell'accesso alle cure formali. Anche in Germania, che come l'Italia spende molto per politiche *cash-for-care*, il reddito determina fortemente l'accesso alle cure formali in età anziana (Albertini, Pavolini, 2017).

L'articolazione dell'offerta italiana, spinta verso la diffusione dell'indennità di accompagnamento, spesso usata come contributo per il costo delle assistenti familiari, scarica sulle famiglie la responsabilità di organizzare l'assistenza, richiedendo ai suoi componenti (*caregiver*) anche un importante ruolo diretto nel *care* dell'anziano, così come un importante sforzo economico (Gori, 2017).

Oltre ad una bassa diffusione dei servizi domiciliari, manca inoltre nell'offerta dei servizi un investimento strutturale in quella che viene definita "residenzialità leggera", cioè in quelle soluzioni abitative intermedie destinate agli anziani che richiedono qualche forma di sostegno ma che non si trovano in condizioni di grave compromissione socio-sanitaria e necessità di assistenza continua, elementi questi che abitualmente influiscono sul ricovero nelle strutture residenziali tradizionali (Gori, 2017). Inoltre, un investimento sulla "residenzialità leggera" permetterebbe di offrire un servizio intermedio tra l'assistenza domiciliare e quella in strutture residenziali.

3. Scarsa integrazione socio-sanitaria

Il sistema italiano si presenta come fortemente frammentato sotto il profilo dell'erogazione dei servizi. Da un lato la gestione dell'indennità di accompagnamento è completamente slegata dalla rete dei servizi sul territorio, dall'altro spesso non vi è coordinamento tra gli interventi socio-assistenziali erogati dai Comuni e gli interventi sanitari erogati dalle Asl. Dati recenti (Barbarella et al., 2019) indicano che solo lo 0,6% degli utenti anziani beneficia contemporaneamente sia di Adi che Sad integrati tra loro.

4. Indennità di accompagnamento: importo omogeneo, assenza di una scala di valutazione e di monitoraggio dell'utilizzo delle risorse

L'indennità di accompagnamento presenta diverse criticità strutturali (Gori, 2017; Ranci et al., 2020).

Il primo punto riguarda l'importo uguale per tutti gli utenti, sia rispetto al bisogno di assistenza del soggetto che rispetto alle sue condizioni economiche, fattore questo che impedisce di rispondere in modo appropriato ai diversi bisogni. Negli altri paesi europei, l'elemento universalistico del trasferimento economico è inserito in una cornice di valutazione dell'effettivo livello di non autosufficienza in una scala predefinita, e in alcuni casi anche da una valutazione dello stato economico del soggetto (Francia e Inghilterra) (Barbarella et al., 2019).

Ulteriore elemento di criticità nel sistema italiano è l'assenza di strumento standardizzato di valutazione del bisogno. L'accertamento del bisogno avviene facendo riferimento a due criteri generali: l'impossibilità di deambulare senza un accompagnatore e l'impossibilità di svolgere gli atti quotidiani della vita. La genericità dei criteri e l'assenza di uno strumento standardizzato e specifico di valutazione del bisogno favorisce ampia discrezionalità nelle procedure di accertamento (Gori, 2017). Anche in questo caso in altri Paesi europei l'accertamento avviene attraverso strumenti e scale specifiche. In Francia l'accesso all'APA viene accertato da commissioni miste (medico-sociali) attraverso una scala nazionale standardizzata (AGGIR) che colloca il portatore del bisogno in una dei sei classi di valutazione previste, in base alle quali viene determinato l'ammontare del beneficio. In Germania, l'accesso al programma *Pflegeversicherung* si basa su una valutazione standardizzata dei bisogni della persona nelle diverse aree di attività della vita quotidiana, es. igiene personale, mobilità, alimentazione, e così via.

Altro punto critico è l'assenza di una rendicontazione/vincolo rispetto alla modalità di utilizzo del trasferimento monetario, fattore che da un lato garantisce la piena libertà di scelta dei beneficiari rispetto all'impegno delle risorse ma dall'altro delega completamente alle famiglie (generalmente alle donne) l'intera organizzazione della cura. Tale condizione è penalizzante per gli anziani che non hanno familiari a cui affidare la cura, ed inoltre può incidere su un uso distorto dell'indennità, come ad esempio ad integrazione del reddito di un familiare o per il reperimento irregolare di assistenti familiari (Ranci et al., 2020). In Francia, Germania e in Inghilterra, i trasferimenti monetari sono legati alla spesa effettiva in prestazioni di cura (es. voucher vincolati all'acquisto di servizi o per l'impiego regolare di assistenti individuali).

Altro elemento, già richiamato in precedenza, è l'assenza di un disegno organico delle diverse misure previste per fronteggiare la non autosufficienza. In questo caso l'indennità di accompagnamento appare slegata sia dai servizi di assistenza domiciliare (Adi, Sad e altri) che da altri trasferimenti monetari

implementati nel corso degli anni in modo eterogeneo da Comuni e Regioni (assegni di cura e/o voucher). Questa assenza di integrazione può creare problematiche in termini di mancata appropriatezza, duplicazioni e sovrapposizioni di interventi (Ranci et al., 2020).

5. Bassa intensità dell'assistenza domiciliare

Sia per il servizio Adi, che soprattutto per il Sad, il basso tasso di presa in carico mostra le difficoltà dell'assistenza domiciliare a rispondere ai molteplici bisogni di una fascia di popolazione in continua espansione.

Rispetto all'Adi, l'intensità, e dunque il numero contenuto di ore pro-capite di assistenza (circa 20 ore annuali), non basta a garantire ai casi complessi un'adeguata risposta assistenziale. Per il servizio Sad invece nel corso degli anni si è assistito ad un mutamento della sua utenza, con il rischio di riuscire a prendere in carico solo i casi segnalati dai Servizi sociali e gli anziani soli e/o basso reddito.

A fronte di un'offerta non in grado di soddisfare i bisogni degli anziani (in termini di copertura e di intensità) è logico supporre che, come sottolineato da Tidoli (2017), per soddisfare i propri bisogni i non autosufficienti facciano affidamento più sulle risorse attivabili per iniziativa delle famiglie che sul supporto dei servizi, e dunque si attivino verso la ricerca di risposte interne al nucleo familiare e/o al mercato privato di cura.

L'emergenza sanitaria Covid-19 ha inoltre messo in luce alcune criticità attinenti all'assistenza svolta nelle Residenze sanitarie assistite (Rsa), in particolare rispetto agli organici non sempre congrui con i bisogni dell'utenza, rispetto alla formazione necessaria per rispondere a bisogni complessi e marcatamente sanitari, ma anche rispetto alla necessità di offrire un contesto relazionale e di vicinanza agli anziani, necessità questa che si rafforza ancora di più in un momento dove la relazionalità si scontra con le misure di distanziamento e isolamento, rischiando di amplificare la solitudine vissuta, che come noto rappresenta un importante fattore di rischio per l'aggravamento di patologie pregresse.

6. Doppio binario dei servizi pubblici e privati

Per sopperire alle carenze dell'assistenza pubblica una quota significativa di anziani non autosufficienti ricorre a personale di assistenza privata e di assistenti familiari (c.d. badanti). Ultimi studi stimano che in Italia ci siano circa 850.000 assistenti familiari (regolari e non) che lavorano per la cura delle persone non autosufficienti (Pasquinelli, 2017). L'assunzione di assistenti familiari può rappresentare una risposta rapida al bisogno della persona anziana e della sua famiglia, ma come noto presenta diversi elementi di criticità. Da un lato è diffuso uno sfruttamento intensivo delle lavoratrici spesso non contrattualizzate regolarmente (assenza di un contratto e dei relativi diritti, bassa retribuzione, continuità di assistenza fino a 24h 7/7 giorni), dall'altro viene lasciato alla famiglia la responsabilità di scegliere un'assistente familiare senza poter contare su un sistema di accreditamento delle competenze e di una qualificazione specifica uniforme a livello nazionale (Ranci, 2017).

7. Disparità territoriali e sociali

Come emerso dall'analisi dei dati nel capitolo precedente, i tassi di copertura dei trasferimenti monetari, e i tassi di copertura e di intensità dei servizi domiciliari e residenziali sono fortemente differenziati tra le diverse regioni, con una fotografia per questi ultimi migliore per le regioni del Centro-Nord.

Alle disuguaglianze territoriali si aggiunge anche quella tra classi sociali: le persone e i nuclei familiari con meno risorse hanno minori probabilità di accesso alle cure formali di quelle con più risorse (Albertini, Pavolini, 2017). Inoltre, è sempre più studiato il legame tra non autosufficienza e rischio di impoverimento. Tra le famiglie con limitate risorse economiche un significativo incremento delle spese per gestire la non autosufficienza, oltre a peggiorare le proprie condizioni iniziali rischia di spingere il nucleo familiare verso un vero e proprio processo di impoverimento (Luppi, 2015).

8. Accompagnamento di anziani e famiglie nel proprio percorso

Ultimo punto di criticità spesso sottolineato dagli esperti della materia è l'assenza di un supporto/accompagnamento degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie lungo il percorso di gestione della non autosufficienza e delle sue implicazioni sul piano psicologico, economico e organizzativo. Un supporto che dovrebbe essere articolato lungo tutte le tappe del percorso, dall'insorgenza della non autosufficienza e al suo processo di cambiamento/aggravamento. Un'attività di supporto che dovrebbe spaziare da momenti di informazione e di orientamento verso gli enti cui rivolgersi fino all'accompagnamento da parte di figure di riferimento precise (*case manager*) (Gori, 2017).

3.2 - Le possibili future traiettorie

Dopo aver mappato le criticità presenti nel sistema italiano di gestione della non autosufficienza, riportiamo di seguito alcune possibili traiettorie da implementare a livello nazionale per superare tali criticità, traiettorie tratte da un'analogha attività di ricerca qualitativa svolta negli scorsi mesi¹¹.

1. Necessità di una riforma organica e specifica per gli anziani non autosufficienti

Il primo passo per rispondere alle criticità sopradescritte è la necessità di riformare il sistema della non autosufficienza in maniera organica. L'azione sulle singole misure non riuscirebbe infatti ad arginare le criticità sopra descritte, perché determinate in grande parte dal disequilibrio tra le misure e dalla mancata integrazione delle stesse.

Uno dei punti di partenza per riformare l'intero sistema potrebbe essere la definizione dei Livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale (Liveas, come indicato dalla 328/2000) e dei Livelli essenziali per la non autosufficienza (Lesna), intesi come diritti universali riconosciuti a tutti i cittadini in condizione di non autosufficienza, da integrare ai Lea in ambito sanitario già esistenti.

Inoltre, altro elemento è la necessità di operare una distinzione tra un sistema di supporto dedicato ai giovani/adulti disabili e uno dedicato agli anziani non autosufficienti. Come richiamato nei precedenti capitoli, il sistema della non autosufficienza italiano si regge principalmente sull'erogazione dell'indennità di accompagnamento, strumento istituito negli anni Ottanta per dare risposta ai disabili giovani e adulti. Nel corso degli anni la quota di anziani, e in particolare di grandi anziani, è andata progressivamente aumentando, e l'indennità di accompagnamento non riesce a rispondere alla complessità di bisogni socio-sanitari di questa fascia di età. Una riforma del sistema della non autosufficienza dovrebbe dunque in prima battuta operare una distinzione tra giovani/adulti disabili e anziani non autosufficienti, che come noto sono portatori di bisogni e risorse differenti. La rete per i giovani disabili appare maggiormente sviluppata di quella per gli anziani, e i bisogni, le risorse e le istituzioni attivabili (es. scuola, lavoro) sono sensibilmente diversi da quelli degli anziani. Quando si parla di anziani non autosufficienti si parla soprattutto di anziane, persone con reti familiari tendenzialmente più fragili, anziani soli o con un partner anziano con altrettanti bisogni, con figli cinquanta/sessantenni e inseriti in una rete di servizi meno sviluppata.

È importante dunque iniziare dalla definizione di chi sono gli anziani non autosufficienti e quali i bisogni per evitare di fornire risposte standardizzate che non riescano a rispondere agli effettivi bisogni di questo target di popolazione, e allo stesso tempo definire i livelli essenziali di assistenza per garantire a tutti gli anziani uno standard comune su tutto il territorio nazionale e per arginare le disparità territoriali in precedenza evidenziate.

¹¹ Le possibili traiettorie per il futuro sono tratte da Ires Emilia-Romagna (2021), *La gestione della non autosufficienza in Europa, Italia ed Emilia-Romagna*, Materiali Ires ER, http://ireser.it/wp-content/uploads/2021/01/Non_autosufficienza_report.pdf.

2. Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria

Altro punto fondamentale da considerare in una futura riforma del sistema è la creazione di misure che riescano a far dialogare e integrare la filiera sociale (Comuni) e quella sanitaria (Asl) dell'assistenza. Come noto, i bisogni delle persone non autosufficienti sono multidimensionali (sociali, sanitari, abitare, ...), e in quanto tali non possono essere soddisfatti da misure unidimensionali che non considerino la globalità della persona.

L'integrazione socio-sanitaria appare quindi fondamentale per migliorare la qualità della vita della persona non autosufficiente e della sua famiglia e per ridurre i ricoveri impropri in ospedali o in residenze assistite, che hanno costi sensibilmente più elevati rispetto all'erogazione di cure al domicilio delle persone. L'accento posto sul rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria richiama dunque il tema della domiciliarità, e dell'importanza di coordinare i servizi più marcatamente sanitari con quelli socio-assistenziali.

Nel rafforzamento di questa integrazione un ruolo importante di governance, programmazione e monitoraggio potrebbe essere svolta dai Distretti sanitari e dalle amministrazioni locali, quindi un'integrazione socio-sanitaria fortemente spinta sul fronte della territorialità.

Operativamente, il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere diffuso e garantito in tutti i territori valorizzando figure come quella del *Case manager*, dell'Unità di valutazione multidisciplinare (Uvm) e delle nuove figure dell'infermiere di quartiere e delle Usca, che già nella loro definizione sottendono uno sforzo verso l'integrazione e verso una maggiore territorializzazione della sanità.

3. Rivedere l'insieme delle misure e i legami tra di esse: indennità di accompagnamento, servizi domiciliari e residenziali

Altro punto è la necessità di rivedere l'articolazione dell'offerta dei servizi per la non autosufficienza, per assicurare un maggiore equilibrio tra trasferimenti monetari, servizi domiciliari e residenziali, rafforzando in primo luogo la diffusione e l'intensità dei servizi (domiciliari e residenziali) che ad oggi appaiono scarsamente diffusi e con importanti differenze regionali nei livelli di presa in carico. Rispetto all'indennità di accompagnamento appare invece prioritario modulare il trasferimento in base alla gravità del bisogno, che ad oggi appare insufficiente per coloro che hanno un livello di non autosufficienza grave, e vincolare il suo utilizzo per le spese legate alla cura della persona non autosufficiente.

Oltre alle modifiche e al rafforzamento dei singoli interventi, risulta fondamentale la messa in rete dei trasferimenti monetari e dei servizi, per offrire sempre di più risposte integrate sul territorio. Rispetto a tale orientamento ricopre un'importanza fondamentale la fase della presa in carico della persona, dove attraverso una valutazione multidimensionale si possa rispondere in modo articolato e flessibile ai bisogni della persona non autosufficiente. Dunque, non una risposta standardizzata ma personalizzata e coerente con la valutazione della condizione e del bisogno della persona, in seguito alla quale si attribuiscono risorse che possono essere sottoforma di servizi, di trasferimenti monetari vincolati all'acquisto di servizi di cura, o di un mix integrato di essi.

4. Adeguare il patrimonio residenziale e investire in nuove forme dell'abitare

Nella riarticolazione complessiva del sistema un ruolo fondamentale ricopre il tema dell'abitare. Il contesto abitativo rappresenta infatti un elemento fondamentale nella vita quotidiana delle persone, e l'adattamento delle abitazioni e delle città alle esigenze dell'età anziana, soprattutto in un'ottica di prevenzione e di accessibilità, costituisce un primo passo per garantire la salute, il benessere e l'autonomia delle persone.

Risultano dunque prioritari tutti quegli interventi di ristrutturazione del patrimonio abitativo esistente e di eliminazione delle barriere architettoniche che rischiano di isolare fisicamente e socialmente gli anziani, isolamento che come noto può determinare un aggravamento della propria condizione socio-sanitaria.

Allo stesso tempo, investire nella “residenzialità leggera”, e in generale in tutte quelle forme innovative di abitare che possono rappresentare un supporto a chi presenta forme non gravissime di non autosufficienza. Forme di co-housing per anziani (*senior cohousing*), di abitare inter-generazionale, di complessi residenziali con servizi di assistenza al proprio interno, possono rappresentare una risposta innovativa per migliorare significativamente la qualità della vita di persone anziane che non necessitano di un forte intervento sanitario ma di un supporto nello svolgimento delle attività quotidiane. Inoltre, anche le nuove tecnologie, sia nel campo della domotica che in quello della telemedicina, possono rappresentare un’opportunità per agevolare la vita quotidiana delle persone, incrementando significativamente le possibilità di vita indipendente nel proprio domicilio anche a persone fino ad oggi destinate al mondo delle residenze assistite.

5. Sostenere i caregiver e tutelare i lavoratori di cura

In assenza di un intervento di riforma complessivo, l’onere della cura della persona non autosufficiente continuerà ad essere scaricato sui soggetti più fragili dell’intera filiera: sui *caregiver* familiari (in percentuale soprattutto donne) e sugli assistenti familiari (soprattutto donne). Quando la famiglia è in grado di rispondere assistendo direttamente la persona non autosufficiente, spesso l’impegno che la cura richiede vincola l’accesso e/o la permanenza delle donne nel mercato del lavoro. Quando invece la famiglia si rivolge ad assistenti familiari (c.d. “badanti”), l’assistenza continuativa di cui la persona ha bisogno non riesce ad essere soddisfatta economicamente da un adeguato intervento pubblico, e tale criticità viene trasferita da un punto di vista economico e contrattuale sulle lavoratrici (assenza di contratto, denuncia di un monte ore inferiore a quello effettivamente svolto, assenza di riposo settimanale, e simili).

Rispetto alla figura del caregiver diverse misure potrebbero essere messe in campo per sostenere e valorizzare il lavoro svolto. Da un lato istituire dei momenti di formazione socio-sanitaria che consentano alla persona di prestare cura qualificata, rafforzare la figura del *case manager* come interlocutore istituzionale che aiuti il caregiver nell’organizzazione e nell’orientamento verso gli interventi più adeguati, e infine prevedere all’interno dei contratti di lavoro misure che permettano la conciliazione con il lavoro di cura (oltre i permessi L. 104) e riconoscere da un punto di vista previdenziale il lavoro di cura svolto dai familiari.

Rispetto alla figura del lavoratore di cura, anche in questo caso appare fondamentale l’investimento in formazione per assicurare un livello elevato di qualità della cura, soprattutto per gli assistiti con una forte fragilità sanitaria. Altro intervento consiste nell’accreditamento degli assistenti familiari presso albi professionali/registri di iscrizione specifici, in modo da riconoscerne la professionalità e fornire alle famiglie uno strumento attraverso cui poter individuare assistenti familiari qualificati. Gli assistenti familiari dovrebbero inoltre essere messi in interazione con gli altri attori che si occupano della cura della persona, in modo tale da creare una rete di attori e di interventi che agisca in modo combinato e graduale rispetto ai bisogni della persona non autosufficiente. In un disegno di riforma complessiva, inoltre, si potrebbe discutere di affidare ad un solo soggetto territoriale (es. distretto, comune) l’erogazione sia dei trasferimenti monetari che dei servizi, in modo da rendere possibile un effettivo monitoraggio dell’utilizzo dei trasferimenti, che a loro volta dovrebbero essere vincolati all’assunzione di assistenti familiari iscritti agli albi.

In generale, anche per questo punto resta sullo sfondo la necessità di un intervento complessivo di riforma, che integri tutti gli interventi e i soggetti che sono coinvolti all’interno della filiera della cura; la riforma dei singoli interventi senza una integrazione tra gli stessi rischierebbe semplicemente di spostare le criticità da un versante all’altro, criticità che ad oggi sono fortemente presenti sul versante dei caregiver e delle assistenti familiari.

3.3 - Le riflessioni a livello regionale

Dopo aver riportato alcune delle possibili traiettorie su cui investire per la gestione della non autosufficienza a livello nazionale, ci soffermiamo di seguito sul livello regionale, attraverso le riflessioni e le proposte emerse dalle interviste a Cgil, Fp-Cgil e Spi-Cgil Toscana e alla Regione Toscana, e in particolare:

- Gessica Beneforti (Cgil Toscana), Giuliana Mesina (Cgil Toscana), Marisa Grilli (Spi-Cgil Toscana), Bruno Pacini (Fp-Cgil Toscana);
- Serena Spinelli (Assessora alle Politiche sociali Regione Toscana).

I nodi tematici trattati all'interno delle interviste, e di cui riportiamo di seguito le riflessioni, sono stati:

- **Fondo regionale per la non autosufficienza:** con la Legge regionale n. 66/2008 viene istituito il FRNA; quali le azioni da mettere in campo per il futuro sia da un punto di vista quantitativo che da un punto di vista qualitativo di strutturazione dell'offerta?
- **Integrazione socio-sanitaria:** quali strumenti è necessario istituire/rafforzare per integrare la filiera sanitaria e sociale? Quale il ruolo dei Mmg e degli infermieri di quartiere/comunità?
- **Rsa:** quali le principali misure per assicurare una elevata qualità di assistenza all'interno di queste strutture?
- **Caregiver e assistenti familiari:** quali strumenti è necessario mettere in campo per sostenere i caregiver nel lavoro di cura e le assistenti familiari da un punto di vista contrattuale e formativo?
- **Autonomia, abitare, nuove tecnologie:** quale ruolo può ricoprire il tema dell'abitare e delle nuove tecnologie nel supportare l'autonomia della persona?

3.3.1 - Le proposte della Regione Toscana

1. Fondo regionale per non autosufficienza

Attraverso la costante manutenzione delle norme regionali e un'attenta programmazione territoriale sociosanitaria dei servizi occorre raggiungere l'obiettivo di incrementare in termini quantitativi e qualitativi le risposte integrate sul territorio.

Entro i primi sei mesi di quest'anno si concluderà l'accorpamento degli applicativi in uso presso gli ambiti territoriali della Toscana al fine di migliorare il sistema informativo dei servizi territoriali razionalizzando gli aspetti infrastrutturali, omogeneizzando e standardizzando i processi socio-sanitari su tutto il territorio regionale, perfezionando allo stesso tempo l'integrazione con i sistemi informativi dei servizi sociali comunali al fine di soddisfare i debiti informativi regionali e ministeriali.

Già programmati da tempo, ma rinviati per l'emergenza epidemiologica, gli interventi formativi rivolti agli operatori degli sportelli "Puntoinsieme" che, oltre ad accogliere il cittadino e aiutarlo nella compilazione della scheda di segnalazione del bisogno, effettuano una prima lettura del bisogno e l'orientamento dei percorsi complessi: raccolta informazioni e trasmissione richiesta di valutazione del bisogno al Punto Unico di Accesso (PUA) e alla Unità Valutazione Multidisciplinare (UVM – UVMD). Il fine è quello di migliorare il servizio che garantisce accoglienza e professionalità, certezza di ascolto, informazione e garanzia di sostegno per la persona non autosufficiente o con disabilità e per la sua famiglia.

Oltre a questi interventi strutturali si rende necessario:

- Implementare e omogeneizzare le azioni dedicate alla non autosufficienza (LR 66/08) per garantire, attraverso il Sistema Sociosanitario pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso ai servizi per la persona non autosufficiente, qualità, tempestività e appropriatezza delle prestazioni riducendo liste di attesa e ricoveri impropri e ripetuti;

- Rilevare i diversi bisogni, sociali e sanitari, riallocando e ridistribuendo azioni e risorse, già oggi disponibili fra ospedale e territorio, rafforzando la rete dei soggetti che operano sul territorio anche attraverso una revisione qualitativa e quantitativa degli obiettivi dei servizi domiciliari e semiresidenziali;
- Prevedere un’ampia e capillare informazione ai familiari e ai caregiver sull’accesso ai servizi dedicati agli anziani attraverso tutti i canali istituzionali e informali possibili;
- Consolidare la “libera scelta” anche attraverso il potenziamento e l’aggiornamento continuo del “Portale delle RSA”, lo strumento per conoscere le Residenze sanitarie assistenziali toscane, autorizzate, accreditate e finanziate dal Servizio sanitario regionale;
- Omogeneizzare a livello regionale i criteri di accesso ai titoli di acquisto per modulo base in RSA e le condizioni di priorità per la costituzione e la gestione delle liste di priorità, laddove i titoli non siano in quantità sufficiente rispetto alla domanda;
- Prevedere la presenza di un solo medico di medicina generale per struttura, opportunamente formato, anche al fine di attuare un nuovo modello di approvvigionamento e gestione dei farmaci che permetta di incrementare la qualità e ridurre i costi;
- Programmare e attivare, attraverso la cooperazione tra i soggetti istituzionali, Società della Salute/Zone distretto e gestori di strutture, una congrua offerta residenziale utilizzando al meglio i “moduli” di cui al Regolamento 9 gennaio 2018 n. 2/R, garantendo al contempo una migliore appropriatezza delle risposte assistenziali considerati i nuovi bisogni imposti dall’evoluzione demografica ed epidemiologica;
- Garantire, attraverso il sistema di accreditamento, il miglioramento continuo della qualità delle strutture, ridurre le variabilità delle *performance* assistenziali, prevedere percorsi formativi adeguati per il miglioramento professionale degli operatori e delle relazioni tra loro e con tutti i soggetti presenti nelle RSA, promuovendo una cultura di attenzione agli aspetti psicologico-relazionali connessi all’attività di cura e alla sicurezza dei pazienti anche nell’ambito della lungo-assistenza;
- Garantire ai cittadini, attraverso il sistema di accreditamento e i correlati controlli, servizi sempre più rispondenti a percorsi di appropriatezza e di qualità. Il cittadino che si rivolge ad una struttura accreditata ha la garanzia di erogazioni e prestazioni con livelli di qualità “ulteriori” rispetto agli standard minimi previsti con i soli percorsi autorizzativi. Le strutture pubbliche e private accreditate garantiscono la tutela del diritto alla salute sulla base di requisiti superiori di qualità e sono le uniche che possono intrattenere rapporti contrattuali (accordi) con il servizio pubblico;
- Assicurare, attraverso le politiche del sistema sociale integrato, la promozione di azioni a tutela della dignità della persona, delle pari opportunità e del superamento delle disuguaglianze, di prevenzione degli stati di bisogno, attraverso lo sviluppo di programmi integrati e valorizzando una governance multilivello.

Auspicabile un aumento della dotazione annuale del Fondo in questi anni la Regione è comunque riuscita a garantire la stabilità dello stesso. Dal 2020 le risorse annuali sono state aumentate, passando dai 54,8 MI stanziati fino al 2019, a 58 MI.

2. Integrazione socio-sanitaria

Il modello scelto dalla Regione Toscana si basa sulla presa in carico della persona attraverso l’UVM, che valuta la condizione della persona e le risposte più appropriate. Si sta ragionando, soprattutto rispetto al mondo della disabilità, sui progetti individuali di presa in carico della persona, sperimentando anche il budget di salute, tema su cui si sta dibattendo anche a livello nazionale.

Per favorire l’integrazione tra i diversi sistemi è in essere un rapporto costante tra la Regione, le Società della Salute e le Zone-distretto. Vi sono sul territorio regionale diversi modelli di gestione: alcune Zone-

distretto in convenzione con l'Azienda, e altre Zone-Distretto con il modello Società della Salute che stanno andando progressivamente verso la gestione diretta dei temi dell'integrazione socio-sanitaria.

Per favorire l'integrazione gli strumenti utilizzati sono il Piano Socio-sanitario regionale e le sue declinazioni territoriali (Piano integrato di salute, Piano di inclusione zonale, Piano operativo annuale), quindi tutti quegli atti di programmazione condivisa che sostengono l'integrazione tra le Aziende e i Comuni, soprattutto laddove operano le Società della salute. Più che introdurre ulteriori azioni amministrative, è necessario rendere efficaci e attuali questi strumenti esistenti, e stimolare le Aziende a percepire il lavoro territoriale e la risposta socio-sanitaria territoriale come elemento cardine della propria funzione e come elemento complessivo della rete di presa in carico delle persone.

Nell'integrazione socio-sanitaria il ruolo dei Mmg è prezioso se si costruisce un modello in cui il Mmg è colui che ha la presa in carico a tutto tondo della persona, dunque il centro di un lavoro di équipe multiprofessionale, all'interno della quale vi sono diverse figure professionali, come ad esempio gli assistenti sociali. Allo stesso modo nell'integrazione risulta importante anche l'infermiere di famiglia, che si pone come referente di una dimensione territoriale, condividendo il processo di presa in carico della persona, e in particolare rispondendo ai bisogni di natura sanitaria, a cui spesso si risponde con ricoveri impropri in ospedale. Anche questa è quindi una figura da valorizzare e che si colloca nel processo di presa in carico complessiva, all'interno della quale oltre all'intervento sanitario vi è la necessità di attivare interventi di diversa natura, come ad esempio la diffusione dei corretti stili di vita.

È importante parlare di welfare di comunità, perché la persona non è solo la sua malattia ma vi è anche tutto l'aspetto relazionale. In Regione esiste una rete molto ampia di associazioni e presidi che ritrova all'interno del welfare di comunità la propria missione.

3. Residenze sanitarie assistenziali

Nell'attesa di rivedere i moduli specialistici in RSA e operare una vera e propria rivisitazione dei livelli di assistenza residenziale delle persone anziane non autosufficienti, si rende opportuno nell'immediato modificare gli attuali modelli organizzativi in cui coesistono diverse modularità assistenziali senza reali specializzazioni in modo da consentire di esaltare e sviluppare le specificità e le competenze di ciascuna struttura. L'attuale normativa delle RSA già prevede diversi livelli di intensità assistenziale che vanno dalla BIA (bassa intensità assistenziale), ai moduli per disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale, alle cure intermedie, ma i relativi posti letto dedicati sono gestiti in modo promiscuo dentro medesime strutture non consentendo lo sviluppo di modelli organizzativi efficaci in grado di offrire risposte appropriate ai diversi bisogni delle persone anziane.

In conclusione, l'attuale sistema RSA richiede una profonda innovazione, che deve essere perseguita preservando da un lato l'esistente, dall'altro ripensando il modello organizzativo basato su una reale articolazione "modulare" dei servizi. Un nuovo modello di RSA potrebbe prevedere una differenziazione delle strutture per tipologia di utenza e una riorganizzazione innovativa con l'adeguamento delle strutture ai nuovi bisogni con una crescente componente sanitaria. Tale differenziazione delle strutture su tre livelli, da distinguere sulla base della gravità degli ospiti dal punto di vista sanitario riscontrabile alla valutazione multidisciplinare che esita nel PAP dell'anziano non autosufficiente e sulla base della diversa intensità assistenziale con la quale sono organizzate le risposte alle differenti tipologie di bisogno delle persone assistite, può articolarsi in: livello base, livello specialistico e livello cure intermedie.

Le criticità presenti rispetto agli accessi dei medici di medicina generale sono state ulteriormente evidenziate dall'emergenza epidemiologica. Fondamentale la razionalizzazione della presenza dei medici di medicina generale per struttura, anche al fine di attuare un nuovo modello di approvvigionamento e gestione dei farmaci, già in parte attivato con la DGR n. 995/2016, che permetta di incrementare la qualità e ridurre i costi del sistema. Per il raggiungimento dell'obiettivo suddetto è necessario un confronto tra Regione

Toscana e rappresentanti sindacali dei medici di medicina generale all'interno della contrattazione per il rinnovo dell'accordo regionale secondo le disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

4. Caregiver e assistenti familiari

Per l'accesso al contributo previsto dal Fondo regionale per la non autosufficienza (Art. 7 "interventi in forma indiretta, domiciliari, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali in coerenza con la programmazione regionale") è necessaria l'esistenza di un regolare rapporto di lavoro, come definito nel vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro che regola la materia, ovvero acquisto di servizi analoghi da organizzazioni ed imprese che applichino integralmente tali contratti e che siano inserite nell'apposito elenco ai sensi della vigente normativa regionale in tema di accreditamento, con un orario minimo di 26 ore settimanali con qualifica di "Badante". Su questo tema è sicuramente inoltre importante capire come offrire una formazione adeguata, e una maggiore qualità e sicurezza lavorativa a chi svolge questa professione.

5. Autonomia, abitare, nuove tecnologie

Rispetto alla dimensione dell'abitare è necessario differenziare le risposte abitative e creare le condizioni per assicurare un'autonomia abitativa quanto più a lungo possibile. Su questo fronte intervengono sia le nuove tecnologie, che consentono un monitoraggio a distanza delle condizioni di salute e l'inserimento della persona in una rete di supporto, ma anche l'adeguamento del patrimonio abitativo, ad esempio attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Allo stesso tempo vi è la necessità di strutture abitative con un supporto socio-sanitario leggero (per la spesa, farmaci, trasporto) e maggiormente fruibili da un punto di vista domotico, che consentirebbero di evitare l'istituzionalizzazione per coloro che hanno ancora un'autonomia.

È importante dunque investire sul tema del *senior e silver housing*, inserendolo in un piano urbanistico più ampio, per permettere l'accesso alla residenzialità leggera anche alle fasce di popolazione con minore disponibilità economica. È inoltre importante ridefinire il ruolo delle strutture residenziali per anziani, innalzare il livello di assistenza erogato senza perdere la dimensione della socializzazione.

Creare dunque in conclusione dei percorsi differenziati all'interno dei quali si realizzi un *continuum* assistenziale in relazione al cambiamento delle proprie condizioni di salute. Questi sono i temi del futuro, e se si investe sia politicamente che economicamente, possono definire un modello diverso di sviluppo delle nostre comunità.

3.3.2 - *Le proposte di Cgil, Fp-Cgil e Spi-Cgil Toscana*

1. Fondo regionale per non autosufficienza

Per noi è stata una conquista l'istituzione da parte della Regione del Fondo regionale per la non autosufficienza, e soprattutto il suo mantenimento negli anni in cui a livello nazionale il relativo Fondo è stato sottofinanziato e talvolta quasi azzerato.

A livello regionale il mantenimento del Fondo, il suo incremento e adeguamento rispetto ai mutamenti dei bisogni, resta un argomento prioritario di contrattazione, insieme agli altrettanti temi e canali di finanziamento relativi alla non autosufficienza. Siamo in una fase in cui è necessario ridefinire i capitoli di spesa della non autosufficienza, investendo maggiormente in prevenzione e promozione della vita indipendente, e orientando maggiormente il Fondo regionale verso il tema della domiciliarità e del territorio. Ad oggi il Fondo infatti è utilizzato soprattutto per coprire le quote sanitarie delle residenze assistite, e l'implementazione dei progetti per la domiciliarità, in particolar modo in questa fase, dovrebbe essere una

delle traiettorie da esplorare e da intensificare meglio, per permettere alle persone di mantenere il più a lungo possibile la propria autonomia e i propri legami familiari. Sappiamo inoltre che purtroppo quando emerge una condizione di non autosufficienza c'è anche il rischio per la famiglia di scivolare verso una condizione di povertà, tema anche questo da considerare quando ragioniamo delle azioni complessive per la non autosufficienza. In aggiunta, sempre più dovremo rispondere ai bisogni di anziani soli senza una rete familiare, che a loro volta avranno bisogno di risposte specifiche.

Nel complesso i temi fondamentali sono quindi quelli della prevenzione, della domiciliarità, della necessità di dare risposte calibrate in base alle necessità specifiche delle persone, tema questo che chiama in causa anche la necessità di investire sulla formazione e sulla qualificazione delle professioni.

Continuiamo, infine, ad essere sostenitori di una Legge nazionale sulla non autosufficienza e di un grande ridisegno dell'impianto centrale di questo tema.

2. Integrazione socio-sanitaria

Avere nel territorio un luogo di confronto dove ricomporre la filiera sociale e quella sanitaria è fondamentale per dare risposte articolate e integrate ai bisogni. In Toscana sono presenti le Società della Salute, enti costruiti con l'obiettivo di integrare le istanze sociali con quelle sanitarie. Le Società non sono ancora state costituite in tutte le zone, con effetti negativi in termini di integrazione laddove non presenti, poiché, con tutte le difficoltà che possono esserci, sono comunque dei luoghi che favoriscono la comunicazione tra diverse professionalità, come ad esempio tra i medici e gli assistenti sociali. I sindaci poi, che sono autorità sanitarie del territorio che amministrano, tendono spesso ad esercitare una forte autonomia in materia di servizi di welfare, ostacolando le positive e spesso necessarie integrazioni sovra-territoriali e gestendo la materia con una logica di risparmio che non aiuta.

Nell'integrazione socio-sanitaria e nella sua territorializzazione è importante anche il ruolo della medicina generale, elemento questo che la pandemia ha sottolineato ancora con più forza. Nella gestione della prevenzione, della cronicità, della non autosufficienza, il ruolo del medico di medicina generale appare fondamentale, ma occorrerebbe ridefinire il suo ruolo, anche attraverso un ripensamento della forma contrattuale: i Mmg non sono infatti dipendenti del Ssn e questo incide sulla loro attività; ad esempio per la campagna vaccinale è stato necessario stipulare un accordo, che però non è vincolante. Questo è sicuramente un nodo fondamentale, soprattutto se si vuole implementare maggiormente la medicina territoriale, e in particolare le Case della Salute e la medicina di iniziativa. Inoltre in Toscana vi è una carenza rispetto al numero stesso di Mmg, una parte di essi è prossimo alla pensione, e molti sono stati i pensionamenti nel 2020, e anche questo è un tema da affrontare se si vuole realmente investire in una sanità territoriale, che invece nel corso degli anni è stata sempre più ridimensionata, venendo meno un finanziamento adeguato e un piano di assunzioni per personale specifico volto a garantire questa funzione.

Allo stesso tempo, anche la figura dell'infermiere di comunità sarebbe un elemento sicuramente utile per rafforzare la sanità territoriale. Erano in corso alcune sperimentazioni in questo senso, ma per una sua reale implementazione restano alcune questioni di fondo da definire, come ad esempio il percorso formativo, le competenze, i livelli retributivi, quale ente è preposto alla sua assunzione.

Rispetto a questo tema, e in generale come preconditione per assumere le scelte strategiche, appare fondamentale la valutazione delle progettualità che si mettono in campo. Purtroppo, sia nei processi riorganizzativi del sistema sanitario, sia nei progetti che si assumono come sperimentazione, manca un momento strutturale di valutazione dei processi, propedeutico alla definizione e al superamento delle criticità che emergono in corso d'opera, come ad esempio rispetto all'allocazione delle risorse, al personale e alla formazione, criticità che se assunte e superate possono portare ad una possibile stabilizzazione delle sperimentazioni sulla base di processi valutativi adeguati.

3. Residenze sanitarie assistenziali

La pandemia ha portato alla luce le difficoltà che sono presenti nel sistema delle Residenze sanitarie assistenziali. In particolare, due sono le criticità più evidenti: da un lato la disomogeneità dal punto di vista strutturale, dall'altro la qualità dell'assistenza erogata.

Dal punto di vista strutturale non esiste un modello unico, si va dalle strutture con grandi camerate a strutture con stanze singole, elemento questo che incide sulla tipologia di assistenza erogata e sulla quantità di personale necessario, che aumenta nella seconda tipologia. Dal punto di vista della qualità dell'assistenza erogata, nonostante esistano regole di accreditamento che definiscono le caratteristiche del personale in termini quanti-qualitativi, nelle diverse Rsa troviamo difformità nella tipologia di personale presente. Ad esempio, in una Rsa dove il gestore applica il contratto delle cooperative sociali, possiamo trovare l'operatore socio-sanitario (Oss) oppure addetti all'assistenza di base (Adb/Asa), che hanno percorsi formativi diversi che comprensibilmente incidono sulla qualità dell'assistenza prestata: l'Oss presta un'assistenza anche di interesse sanitario, può verificare le condizioni di salute del paziente, può verificare la presenza di febbre/sintomi che in questa fase di pandemia rappresentano elementi essenziali.

Queste due criticità del sistema oggi sono inoltre acuite dalla diminuzione di personale legata ai concorsi pubblici che sta sottraendo risorse al sistema privato, fenomeno che stiamo gestendo con una contrattazione specifica.

Sicuramente vi è quindi la necessità di rivedere all'interno delle regole di accreditamento sia le caratteristiche strutturali che la tipologia di personale presente, in modo da rendere le Rsa all'altezza di gestire un'assistenza che per definizione è anche di tipo sanitario, cosa di cui troppo spesso ci si dimentica come ci ha dimostrato questa pandemia. Su questo tema c'è un tavolo di trattativa specifico, si sta ragionando sulla costruzione di nuovi modelli e dovrebbe avviarsi anche un confronto di livello politico con le organizzazioni sindacali.

In generale, dunque, bisognerebbe ripensare da un punto di vista culturale il sistema delle Rsa, passando dalla gestione della quantità alla qualità, e dunque renderle dei luoghi dove poter vivere dignitosamente, anche se giunti all'ultima fase della propria vita, attraverso una qualificazione delle strutture, delle professionalità e delle professioni, attraverso un rafforzamento della componente sanitaria e assicurando una dotazione adeguata di personale.

4. Caregiver e assistenti familiari

Il sistema italiano, che scarica la responsabilità della cura sulle famiglie con un modello ancora fermo al dopoguerra, si basa su una grande ipocrisia di fondo. In presenza della legge sull'immigrazione Bossi-Fini si utilizza infatti una grande quantità di lavoratrici consapevolmente sfruttate e sfruttabili per coprire le carenze del sistema pubblico di assistenza, pretendendo talvolta una formazione para-infermieristica senza però affrontare i nodi critici esistenti, come i livelli di retribuzione e le condizioni economiche delle famiglie che pagano le lavoratrici. Allo stesso tempo, le famiglie sono lasciate a loro stesse nella gestione della cura e talvolta sono in balia di un vero e proprio "caporalato della cura". In questa dinamica, quando il sistema pubblico tenta di affrontare il tema, lo fa cercando di contenere le sue mancanze, ma senza assumere un reale ruolo di regolamentazione e tutela di entrambe le parti (famiglie e assistenti familiari), entrambe fragili.

Questo sistema non potrà durare a lungo: da un lato abbiamo visto come la chiusura delle frontiere abbia inciso nei mesi di *lockdown* determinando uno squilibrio tra domanda e offerta nel settore, dall'altro in futuro i fenomeni migratori muteranno poiché nei Paesi di origine crescerà il numero di anziani a cui dover prestare assistenza. Allo stesso tempo cambieranno le condizioni economiche delle famiglie: pensiamo al passaggio dal sistema pensionistico retributivo a quello contributivo e la crescente precarietà fino talvolta ad una età avanzata, elementi questi che incideranno negativamente sulla possibilità di sostenere le spese legate alla cura di una persona non autosufficiente.

Bisognerebbe dunque ribaltare la prospettiva, guardando anche agli altri Paesi europei: nel modello belga, ad esempio, lo Stato attraverso i voucher regola e garantisce la professionalità dell'assistente familiare, garantisce che non venga sfruttata e allo stesso tempo garantisce la qualità della cura alla famiglia, finanziando tutto il sistema. Necessariamente anche nel nostro Paese dovranno migliorare le tutele, le condizioni economiche e formative di questi lavoratori, professionalizzando il settore in modo che diventi anche attrattivo, e non un ripiego per le persone che si trovano in difficoltà. Il modello va dunque rivisto rafforzando il ruolo dell'attore pubblico, sia rispetto all'emersione e alla qualificazione di questo lavoro, sia rispetto ad un aumento dei servizi direttamente offerti alle famiglie.

A livello regionale stiamo affrontando questo tema: stiamo lavorando con l'Assessorato sul progetto Pronto Badante, stiamo cercando di istituire un tavolo sulla professionalizzazione delle lavoratrici e sull'incrocio domanda-offerta, dove vorremmo che l'ente pubblico si facesse garante dell'accreditamento individuale per vincolare i contributi pubblici all'iscrizione dell'assistente familiare nel registro di accreditamento, in modo da costruire un sistema virtuoso, obiettivo reso più difficile poiché come sappiamo è un settore per metà sommerso, e dunque dove è più difficile intercettare le lavoratrici.

5. Autonomia, abitare, nuove tecnologie

Il tema dell'autonomia, declinato sia nell'abitare che nelle nuove tecnologie, è una dimensione da esplorare in tutte le sue traiettorie perché associa non solo l'obiettivo di dare risposte al bisogno delle persone e delle famiglie ma anche quello di investire in innovazione che qualifichi l'apporto produttivo e la ricerca scientifica in Regione. Uno degli obiettivi è lavorare integrando le diverse *policy* per dare risposte trasversali e integrate ai diversi temi.

Sull'abitare, ad esempio, ci sono linee di finanziamento per l'eliminazione delle barriere architettoniche, ma attraverso uno sguardo integrato è importante ragionare anche sul tema dei borghi, delle aree interne, del *social housing*, portando a compimento le sperimentazioni positive e definendo modelli strutturali di investimento che coniughino le politiche dei territori e dei soggetti privati, in modo che sia il soggetto pubblico, di concerto con tutti gli attori del territorio, a indirizzare le scelte di investimento, e non che queste siano indirizzate esclusivamente dai privati. Ad esempio, vi sono grandi fondi di investimento che stanno investendo per la costruzione di moderne strutture residenziali, e i sindaci stanno predisponendo i piani regolatori per tali strutture. Su questo dovremmo prima riflettere su qual è il modello che ci guida. Per noi è fondamentale investire in prevenzione, nel mantenimento quanto più possibile dell'autonomia, investendo sugli stili di vita, sulla medicina di iniziativa, sulla domiciliarità e allo stesso tempo sull'abitare sociale e solidale, che consenta di mantenere una socialità e un'indipendenza con gli aiuti necessari. Su questo tema deve essere il soggetto pubblico di concerto con tutti attori sociali ed economici ad indirizzare le scelte.

Sull'abitare dunque c'è da fare un salto in avanti per guardare, come anticipato, sempre più in un'ottica integrata, e spostare il più possibile in avanti il momento in cui le risposte possono essere solo quelle delle residenze assistenziali, consapevoli che sono necessarie anche azioni di recupero del patrimonio edilizio, che spesso non è più rispondente alle esigenze dell'età anziana per diversi motivi, come la dimensione degli appartamenti, il costo e la presenza di barriere architettoniche.

Rispetto alle nuove tecnologie la pandemia ci ha mostrato che volere è potere, e alcune attività che sembravano impossibili da realizzare, come la ricetta dematerializzata, la diffusione del fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina, sono state possibili nel momento in cui ci si è trovati costretti a fronteggiare le difficoltà. Anche rispetto alle nuove tecnologie è necessaria una integrazione tra le diverse *policy*, e dunque una ricerca e sperimentazione che sappiano dare risposte ai bisogni delle persone e contemporaneamente stimolare l'economia del territorio, la sua capacità di generare innovazione su temi così importanti, e la possibilità di rigenerare le aree interne. Allo stesso tempo è centrale il tema dell'alfabetizzazione informatica

e dello sviluppo delle reti, per rendere le nuove tecnologie accessibili a un sempre maggior numero di persone.

Il progetto “A casa in buona compagnia”, promosso dal sindacato pensionati, va proprio nella direzione dell’integrazione: da un lato dare risposte alla persona anziana con malattia cronica e alla sua famiglia, dall’altro stimolare l’economia e l’innovazione. Dal punto di vista delle risposte, il progetto inizialmente rivolto a pazienti sopra i 75 anni affetti da scompenso cardiaco, permette di non lasciare mai solo il paziente e di seguirlo presso il proprio domicilio. Si realizzerà una importante interazione tra lo specialista e il medico di famiglia e il monitoraggio continuo permetterà di agire anche in termini di prevenzione per evitare l’aggravamento delle condizioni di salute e il controllo della terapia senza ricorrere agli accessi ospedalieri. Dal punto di vista dello sviluppo economico, il progetto a regime consentirà un risparmio della spesa sanitaria per la gestione della cronicità che rappresenta una delle sfide più importanti per la sostenibilità della sanità pubblica del futuro e prevede la creazione di professionalità specifiche, che dovranno essere formate per dare una risposta adeguata all’interno di nuovo modello assistenziale basato sulla telemedicina, e a regime si stima la creazione di circa 10 mila posti di lavoro. È importante che il progetto continui a essere gestito dal soggetto pubblico, affinché i dati delle persone restino dati dei “pazienti” e non vengano trasformati in dati dei “clienti”, consapevoli di quanto sia importante il valore dei dati nella società contemporanea e allo stesso tempo di quanto sia importante la loro tutela e sicurezza.

In conclusione, dunque, ribadiamo l’importanza di affrontare i temi dell’abitare e delle nuove tecnologie, integrando le diverse *policy* e definendo traiettorie che possano dare risposte trasversali alle diverse questioni poste dal fenomeno della non autosufficienza.

RIFERIMENTI BIBLOGRAFICI

- Albertini M., Pavolini E. (2017), "Diseguaglianze sociali e non autosufficienza: un non invidiabile primato italiano", *Noedemos*.
- Albertini M., Pavolini E. (2017), "Unequal Inequalities. The stratification of access to formal care among the elderly Europeans", in *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 72: 510-521.
- Arlotti M. (2018), "Governance multi-livello e stratificazione viziosa: le politiche per gli anziani non autosufficienti nel caso italiano", in *Autonomie locali e servizi sociali*, n. 1.
- Arlotti M., Ranci C. (2020), Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo nel nostro Paese?, *InAge*.
- Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F. (2017), "La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Sesto rapporto, Il tempo delle risposte*, Nan.
- Barbabella F., Poli A., Di Rosa M., Lamura G. (2019), L'assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei, *I luoghi della cura rivista online*.
- Berloto S., Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2019), "La rete dei servizi di LTC e le connessioni con l'ospedale: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti?", in *Cergas - Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2019*, Cergas - Bocconi.
- Bovini G. (2018), "Vivere bene a lungo in Emilia-Romagna nella prima metà del ventunesimo secolo", in *Auser ER, Spi ER (a cura di), 2032: idee per la longevità*, EditriceSocialmente, Bologna.
- Burström B. (2015), "Sweden - recent changes in welfare state arrangements", *International Journal of Health Services*, 45(1), 87-104.
- Crescentini L. (2018), "Non autosufficienza, la dimensione del problema italiano", *Il Punto Pensioni e Lavoro*.
- Commissione Europea (2018), *Challenges in long-term care in Europe*.
- Consiglio dei Ministri (2020), *Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021*.
- Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (2019), Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 20.
- Ekman B., Wilkens J. A. (2015), "Literature review of the regional implementation of the Swedish government's health care reforms on choice and privatization", *Health Economics Review*, 2015; 5:39.
- Falasca C. (2018), "Riconoscere il ruolo dei caregiver per il futuro della domiciliarità", in *Welforum.it*.
- Falasca C. (2018) (a cura di), *Il diritto di invecchiare a casa propria. Problemi e prospettive della domiciliarità*, Liberetà, Roma.
- Fosti G., Notarnicola E. (2014), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Egea, Milano.
- Franzoni F. (2018), "Prospettiva 2032: quali servizi per gli anziani?", in *Auser ER, Spi ER (a cura di), 2032: idee per la longevità*, EditriceSocialmente, Bologna.
- Fukushima N., Adami J., Palme M (2010), *The long-term care system for the elderly in Sweden*, ENEPRI Research Report n. 89.
- Glendinning C. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care - United Kingdom*, Commissione Europea.
- Gori C. (2017), "Introduzione l'età dell'incertezza", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Sesto rapporto, Il tempo delle risposte*, Nan.
- Gubert E. (2019), "Anziani fragili e gestione della quotidianità", *I luoghi della cura rivista online*.

- Istat (2017), *Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea, anno 2015*.
- Italia Longeva (2019), *L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa, buone pratiche*.
- Jessoula M., Pavolini E., Raitano M., Natili M., (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long term care - Italy*, Commissione Europea.
- Johansson L., Schön P. (2017), *Quality and cost-effectiveness in long-term care and dependency prevention – Sweden*, Ceoua Ltc Network.
- Lamura G., Principi A. (2010), "Le prestazioni di invalidità civile", in Gori C. (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, IRS.
- Le Bihan B. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long term care - France*, Commissione Europea.
- Luppi M. (2015), "Non autosufficienza e impoverimento", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Quinto rapporto, Un futuro da costruire*, Nan.
- Marmot M. (2016), *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2016.
- Meagher G., Szebehely M. (2013), "Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences", in Ranci C., Pavoli E. (a cura di), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts*, Springer, New York.
- Ministero della Salute (2019), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf.
- Motta M. (2020), "Come potenziare l'assistenza domiciliare per i non autosufficienti?", in *Welforum.it*.
- Motta M. (2020), "20 anni dalla legge 328/2000: nodi aperti per gestire il welfare locale", in *Welforum.it*.
- Network Non Autosufficienza, (2017), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Sesto rapporto, Il tempo delle risposte*, Nan.
- Pasquinelli S. (2017), "Le badanti non crescono più", in *Welforum.it*.
- Pavolini E. (2015), *La sfida della Long Term Care in Europa*, Social Cohesion Days.
- Pavolini E. (2020), "La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus", *Ocis*.
- Pelliccia L. (2017), "Alcuni profili di assistenza nelle Regioni", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Sesto rapporto, Il tempo delle risposte*, Nan.
- Pelliccia L. (2019), "Dove sta andando l'ADI? Le principali tendenze evolutive delle cure domiciliari", *Luoghi di cura*.
- Pesaresi F., Gori C. (nd.), "Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa".
- Ranci C. (a cura di) (2008), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Roma, Carocci.
- Ranci C., Arlotti M., Parma A. (2020), "La sfida dell'indennità di accompagnamento. Le politiche di tutela della disabilità e della non autosufficienza in Italia", in *Welforum.it*.
- Regione Toscana (2008), *Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66. Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza*.
- Regione Toscana (2019), *Piano regionale per le Non Autosufficienze*.
- Schön P., Heap J. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long term care - Sweden*, Commissione Europea.
- Sipilä J. (1997), *Social care services: The key to the Scandinavian welfare model*, Aldershot, Avebury.
- Tidoli R. (2006), "Le metamorfosi dell'assistenza domiciliare", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2.
- Tidoli R. (2017), "La domiciliarità", in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Sesto rapporto, Il tempo delle risposte*, Nan.