Le politiche di long-term care in Italia. I principali nodi del dibattito

di Luigi Mauri e Alessandro Pozzi

1. Introduzione

L'assistenza continuativa, o ciò che comunemente viene definita *long-term care* dagli addetti ai lavori, secondo la definizione di Laing comprende "tutte le forme di cura della persona e di assistenza sanitaria, e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti" (Laing, 1993).

In Italia, il *long-term care* degli anziani comprende tre tipi di assistenza che condividono la finalità di soddisfare il bisogno assistenziale determinato dall'insorgere della non autosufficienza nella popolazione anziana: gli interventi domiciliari, residenziali e le prestazioni monatarie.

Le prime due forme di assistenza possono avere un carattere sanitario o sociale prevalente secondo la finalità e la natura dei servizi resi e la fonte di finanziamento: gli interventi sanitari sono finalizzati alla cura dell'anziano e includono prestazioni di carattere medico, infermieristico, terapeutico e riabilitativo; viceversa, quelli di natura sociale sono orientati all'assistenza della persona e alla cura del suo ambiente di vita. Tra le prestazioni monetarie figurano invece l'indennità di accompagnamento, gli assegni di cura e i cosiddetti *voucher,* erogati dalle ASL o dai Comuni.

Questi interventi non esauriscono integralmente le politiche di *long-term care*: ancora oggi, infatti, la maggior parte degli anziani ricorre per la cura della propria persona e dell'ambiente domestico in cui vive all'assistenza informale fornita dai parenti, amici, conoscenti e volontari. Nell'ultimo decennio, accanto alle reti informali e a quelle fornite dal settore pubblico, anche l'assistenza domiciliare fornita da operatori privati, in particolare donne immigrate, è entrata a pieno titolo nelle politiche di *long-term care.*

Il presente contributo è dedicato al dibattito sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia ed intende discuterne alcuni tra i principali temi. La loro discussione è introdotta da una breve presentazione del sistema di *long-term care*, finalizzata a ricostruire lo scenario in cui si colloca il dibattito. Nella seconda parte si cercherà invece di mettere a fuoco alcune tematiche specifiche con particolare riferimento al ruolo delle famiglie e delle reti informali nella cura degli anziani fragili e l'integrazione di queste risorse all'interno del sistema locale di welfare. Due gli obiettivi principali, uno specifico ed uno d'insieme: si vogliono esaminare dilemmi e criticità riguardanti singoli temi così come fornire una prospettiva sul dibattito nel suo complesso.

2. Previsioni demografiche e condizioni di salute degli anziani

Uno sguardo all'evoluzione della popolazione italiana insieme allo stato di salute degli anziani può chiarire le dimensioni che il *long-term care* dovrà assumere nel prossimo futuro.

Nell'ultimo trentennio, la popolazione italiana ha registrato un lento processo di invecchiamento. Oggi gli anziani, che secondo la definizione più diffusa comprende tutti coloro che rientrano nelle classi d'età 65 anni e oltre, incidono per il 19,46% sulla popolazione totale (era l'11% all'inizio degli anni '70). Le cause principali del processo di invecchiamento della popolazione sono da ricercarsi nei progressi della ricerca in campo medico, nelle migliori condizioni socio-economiche della popolazione che hanno innalzato l'età media della donna al primo parto, ridotto la natalità e i rischi di mortalità, e aumentato la speranza di vita alla nascita per entrambi i sessi.

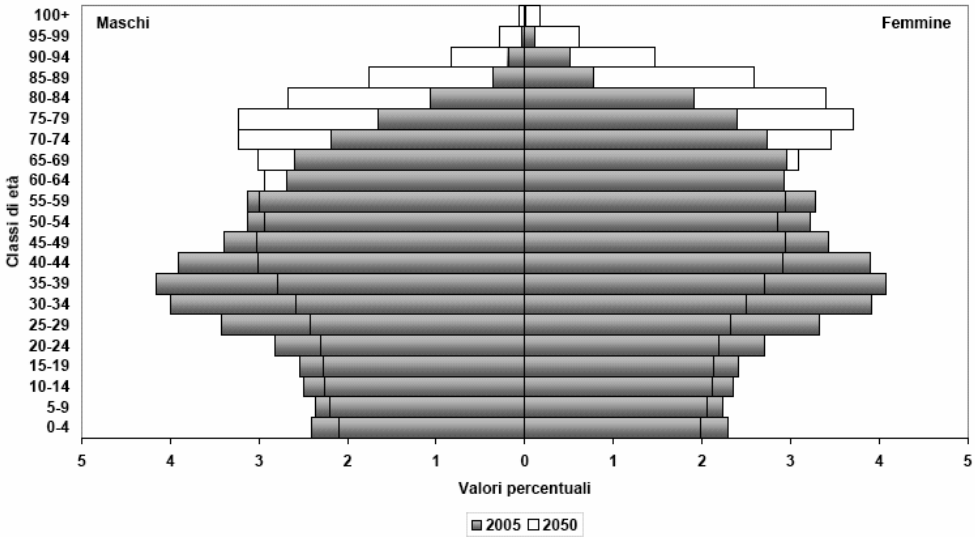
Le previsioni dell'Istat indicano che la popolazione italiana invecchierà ulteriormente nei prossimi cinquanta anni (tab. 1) e che nel 2050 un terzo degli italiani avrà almeno 65 anni (Istat, 2005).

Tabella 1 – Previsioni demografiche per la popolazione anziana e totale. Italia 2005-2050.

	2005		2030		2050	
	n.	%	n.	%	n.	%
65 anni e oltre	11392486	19,48	15750492	26,99	18788436	33,58
di cui uomini	4723452	8,07	6897985	11,82	8448089	15,10
di cui donne	6669034	11,40	8852513	15,17	10340344	18,48
85 anni e oltre	1166586	1,99	2739858	4,69	4346600	7,77
Totale Italia	*58462375*	*100,0*	*58344002*	*100,0*	*55936140*	*100,0*

Fonte: Istat Previsioni della popolazione residente. Base 1 gennaio 2000

Grafico 1 – Piramide dell'età della popolazione. Confronto 2005 – 2050.



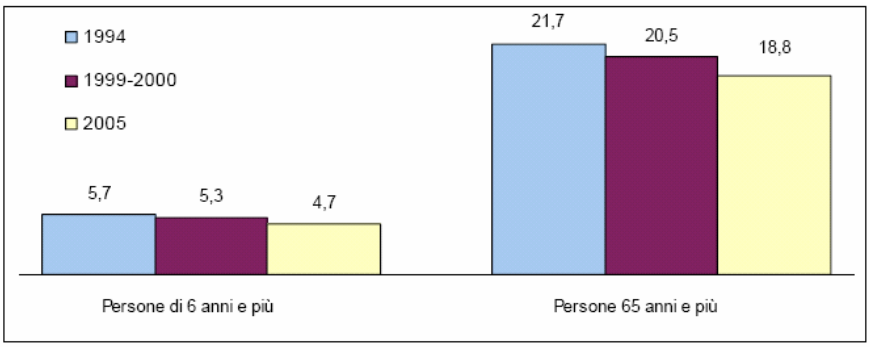
Fonte: Istat, 2005

La domanda di *long-term* care è strettamente correlata al livello di disabilità e alla cronicità delle malattie prevalenti tra gli anziani.

L'Istat misura la dimensione e il livello di disabilità degli anziani attraverso una serie di quesiti predisposti dall'OCSE secondo la classificazione ICDH (International Classification of Disease, Disability and Handicap) dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), di autovalutazione delle difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (o ADL)[1], nel movimento[2] e nella comunicazione[3] e del confinamento[4].

Sebbene in Italia negli ultimi cinque anni si registri un ulteriore incremento della popolazione anziana che vive in famiglia (+9%), la quota di persone con disabilità risulta stabile (Istat, 2005): nel 2005 la stima è pari al 4,8% della popolazione di 6 anni e più, nel 1999-2000 era del 4,9% (Istat, 2005). Tuttavia, se si analizza il tasso standardizzato per età[5], il fenomeno della disabilità risulta significativamente in declino rispetto a 10 anni fa (4,7% contro 5,7%), anche tra la popolazione anziana (18,8% contro 21,7%) (Grafico 2). Lo stesso avviene in molti paesi europei, nei quali si osserva un decremento della popolazione con limitazioni nelle attività quotidiane tra gli anziani, a fronte di tassi di vecchiaia meno elevati dell'Italia.

Grafico 2 - Persone di 6 anni e più e persone di 65 anni e più con disabilità - Confronto Anni 1994, 1999-2000 e 2005 (tassi standardizzati per età con i dati del censimento 2001)



Fonte: Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari; Istat, 2005

La perdita di autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età: tra le persone di 70-74 anni la quota di popolazione con disabilità è pari al 9,7% e raggiunge il 44,5% (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne) tra le persone di 80 anni e più (Grafico. 3).

---

[1] Le Activities of Daily Living corrispondono, secondo la scala di Katz, a: mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o fare il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli tagliandosi il cibo.

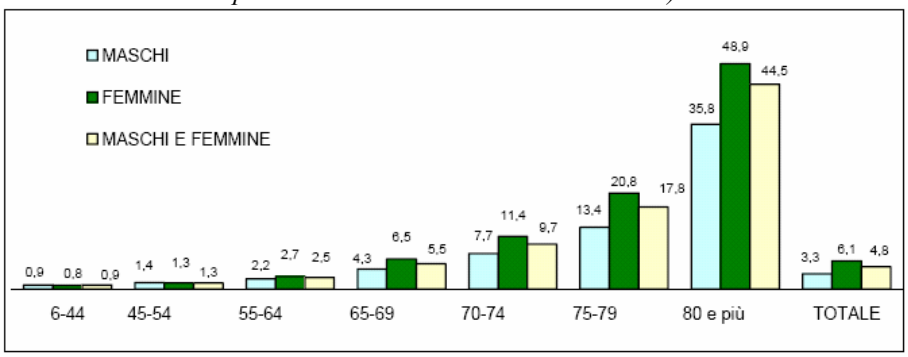
[2] Problemi nel camminare, salire e scendere autonomamente le scale senza fermarsi, chinarsi per raccogliere oggetti.

[3] Limitazioni nel sentire, nel vedere e nella parola.

[4] A letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici.

[5] Il tasso è stato standardizzato per classi età quinquennali con la popolazione del Censimento 2001. La procedura consente di tenere sotto controllo l'effetto della diversa struttura per età della popolazione negli anni 1994, 1999-2000 e 2005.

Grafico 3 - Persone di 6 anni e più disabili per classi di età e sesso. Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Fonte: Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari; Istat, 2005

Sotto il profilo epidemiologico la disabilità è fortemente associata a forme patologiche di tipo cronico-degenerativo: tra le persone con disabilità infatti, la quota di coloro che sono affetti da malattie croniche gravi (59,4%) o sono multicronici (60,8%) è sensibilmente superiore a quanto si osserva tra la popolazione non disabile (rispettivamente 11,6% e 11,8%). Questa associazione, pur essendo condizionata dalla maggiore presenza di anziani nella popolazione disabile, si presenta anche nella popolazione fino ai 64 anni.

3. Il sistema di erogazione del long-term care

In Italia, gli interventi sanitari e sociali sono separati in due distinti settori, sociale e sanitario, nonostante le esperienze di integrazione si stiano diffondendo negli ultimi anni soprattutto nelle Regioni settentrionali e centrali del Paese.

Entrambi i tipi di trattamento vengono programmati e regolamentati dalle Regioni, mentre a livello locale spettano alle Asl e ai Comuni le funzioni di erogazione e finanziamento, rispettivamente nell'ambito degli interventi sanitari e di quelli sociali. In entrambi i casi le prestazioni possono essere prodotte in economia oppure acquistate da altri erogatori (pubblici o privati) accreditati dalla Regione.

Le prestazioni sanitarie e sociali a favore degli anziani si distinguono, secondo il luogo di intervento, in domiciliari e residenziali.

3.1 L'assistenza domiciliare pubblica

I servizi domiciliari possono avere una connotazione pubblica o privata secondo la natura dell'erogatore: ai servizi domiciliari pubblici vengono ricondotti il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

Il primo è un servizio a ridotta valenza sanitaria e relativamente continuativo nel tempo che comprende interventi diretti a persone o a nuclei familiari che, in particolari contingenze o per una non completa autosufficienza, non siano in grado di soddisfare le esigenze personali e domestiche. Tale servizio è erogato dai Comuni attraverso le figure professionali dell'assistente sociale che rileva il bisogno e formula il progetto di intervento, e dell'operatore d'assistenza, il quale si reca a casa dell'anziano realizzando interventi di assistenza e di tutela igienico-sanitaria della persona (alzata dal letto, pulizia della persona, mobilizzazione, aiuto nel vestirsi, nel mangiare, ecc.), di governo e conduzione della casa (pulizia dell'alloggio, preparazione o fornitura pasti, servizio lavanderia), di segretariato sociale ed interventi tendenti a favorire la vita di relazione.

Per ottenere questo servizio si deve presentare una domanda presso l'ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza che, effettuata l'istruttoria per l'accertamento dei requisiti necessari, individua gli interventi più opportuni da attuare. Nella maggioranza dei Comuni tale servizio non è gratuito, ma prevede una compartecipazione economica da parte dell'utente in base alla sua condizione socio-economica.

A differenza del SAD, l'ADI è invece caratterizzato in prevalenza da prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, coordinate tra di loro in un programma personalizzato di assistenza. L'ADI è gestito dall'ASL che assicura al paziente prestazioni infermieristiche (es. attività di prelievo, mobilizzazione, somministrazione di terapie) riabilitative, mediche (es. visite specialistiche, esami diagnostico-strumentali) terapeutiche (es. ossigenoterapia, nutrizioni enterali). Le prestazioni invece di natura socio assistenziale (es. igiene personale e dell'ambiente, sorveglianza per terapie farmacologiche, attivazione pasti a domicilio, trasporto) sono erogate dai servizi sociali comunali in accordo con il Distretto.

In genere, la presa in carico della persona segnalata può iniziare a seguito di una analisi della situazione presentata attraverso l'Unità di Valutazione Geriatria (o Multidimensionale) che definisce il singolo programma di intervento assistenziale (tipologia, quantità e frequenza degli interventi sociali e sanitari) da prestare a domicilio.

3.2 L'assistenza domiciliare privata

Il ricorso al mercato privato dell'assistenza ha assunto negli ultimi anni un rilievo sempre maggiore, tanto da divenire oggetto di attenzione specifica da parte delle scienze sociali.

Tale fenomeno ha assunto in Italia una consistenza diversa rispetto agli altri Paese europei, per ragioni riconducibili alle caratteristiche stesse del nostro sistema di welfare: ad un retroterra caratterizzato da tassi di istituzionalizzazione relativamente bassi, scarsa diffusione dei servizi domiciliari pubblici e da carichi assistenziali gravanti prevalentemente sul nucleo familiare, fanno seguito le trasformazioni che hanno investito la famiglia contemporanea, con il crescente invecchiamento della popolazione che determina un maggiore fabbisogno di manodopera assistenziale, l'abbassamento dei tassi di fertilità, la nuclearizzazione e l'infragilimento delle reti di sostegno informale, la crescente partecipazione delle donne al mondo del lavoro ed il connesso mutamento dei compiti e dei ruoli intrafamiliari.

L'assistenza domiciliare privata è fornita generalmente da singoli operatori a pagamento su richiesta degli anziani (o delle famiglie). L'accesso all'assistenza domiciliare privata, che è strettamente associata alle condizioni economiche delle famiglie, sta crescendo in alternativa o in sostituzione delle reti informali.

In Italia, sulla base dell'indagine Multiscopo *sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" del* 2003 sono 2 milioni e 17 mila le famiglie che ricorrono a servizi a pagamento (colf, baby sitter e assistenti per anziani e disabili). Si tratta del 12,3% delle famiglie del Centro, dell'8,4% delle famiglie del Nord e dell'8,1% delle famiglie del Mezzogiorno; nello specifico, le famiglie con almeno un membro ultrasessantacinquenne che si avvalgono di collaboratrici domestiche per l'assistenza di persone anziane sono 451 mila.

3.3 Le prestazioni monetarie

Tra le prestazioni monetarie[6] figurano l'indennità di accompagnamento[7], gli assegni di cura e i cosiddetti voucher, erogati dalle ASL e/o dai Comuni.

In particolare, gli "*assegni di cura locali*" sono contributi economici offerti ai familiari (in qualche caso a vicini o amici) o agli stessi anziani per finanziare l'assistenza di questi ultimi. Vengono forniti da Comuni o ASL e la loro peculiarità risiede nell'essere erogati prevalentemente in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali. Generalmente ne fruiscono anziani con significativo grado di non autosufficienza e con reddito inferiore ad una certa soglia. Gli assegni possono essere utilizzati per acquistare assistenza sul mercato, rivolgendosi ad operatori professionali a pagamento, oppure essere mantenuti all'interno della famiglia come contributo per l'assistenza fornita da un familiare o da un caregiver informale. Secondo una rilevazione condotta nel 2001, in circa 4 comuni italiani su 10 venivano erogati assegni di cura (Gori e Torri, 2001). La diffusa presenza dell'assegno costituisce un fenomeno recente: ha iniziato a prendere piede nella seconda metà dello scorso decennio ed ha conosciuto una rilevante accelerazione negli anni a cavallo del secolo.

I *voucher,* invece, sono forniti dall'ente pubblico ed attribuiscono il diritto ad acquistare determinati servizi presso gli erogatori accreditati (pubblici o privati). La principale caratteristica che differenzia l'esperienza dei voucher da quella degli assegni di cura è relativa proprio alle modalità di spesa: mentre quest'ultimo può essere utilizzato con estrema discrezionalità dall'utente (e dunque può essere mantenuto tra le pareti domestiche come integrazione delle casse familiari), il voucher rappresenta un buono che può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di determinati pacchetti di prestazioni presso *provider* riconosciuti e accreditati.

3.4 I servizi residenziali

Per quanto concerne le *strutture residenziali* e *semi-residenziali*, l'ultima ricerca Istat sui presidi socio-sanitari (Istat, 2003), evidenzia come il 2,2% degli anziani ultrasessantacinquenni (e il 4% dei 75enni e oltre) risulta istituzionalizzato in una residenza sanitaria assistenziale (RSA) o in una casa di riposo: alla fine del 2003 si registrvano 227.315 anziani istituzionalizzati in presidi residenziali e socio-assistenziali (di cui la maggior parte case di riposo), il 73,6% dei quali in Regioni del Nord Italia.

Le RSA erano 1.478, all'inizio del 2000, mentre i presidi socio-assistenziali (di cui la maggior parte case di riposo) ammontano a 4.257, con una capacità complessiva rispettivamente di 1,1 e 1,5 letti ogni 100 anziani. Sulla carta le RSA sono strutture finalizzate all'assistenza sanitaria a tempo determinato (circa tre mesi) di soggetti temporaneamente non autosufficienti dimessi dall'ospedale. In realtà, il 24% degli anziani in RSA è autosufficiente, i servizi sanitari non sono sempre preponderanti sull'intero trattamento erogato e la durata della degenza è normalmente più estesa rispetto a quella prevista, se non addirittura definitiva (Istat, 2002).

---

[6] Definite come risorse distribuite ad un anziano o alla sua famiglia per far fronte alle spese aggiuntive correlate alla non autosufficienza (Gori, 2001).

[7] L'indennità di accompagnamento non verrà presa in considerazione nel presente paper. Basti considerare che tale misura, introdotta con la legge 18/1980, rappresenta oggi l'unica prestazione monetaria di livello nazionale assegnata esclusivamente sulla base del bisogno del richiedente, senza considerare in alcun modo aspetti anagrafici ed economici. Il suo scopo consiste nel contribuire ai costi supplementari dovuti ai bisogni assistenziali di chi la riceve: l'ammontare del contributo è lo stesso per tutti i beneficiari ed ha conosciuto negli anni recenti un forte aumento, passando dai 278 euro mensili del 1998 agli attuali 457,66 (2007).

Oltre alle tipologie residenziali sino ad ora menzionate, si sono sviluppate negli ultimi anni forme alternative di residenzialità, destinate agli anziani che mantengono residue capacità motorie e psico-relazionali. Le esperienze di domiciliarità alternativa intendono garantire a tali soggetti la possibilità di vivere autonomamente in un contesto protetto e dotato di servizi, con lo scopo di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione Esistono tre principali forme di residenzialità alternativa consolidate:

Le *Comunità Alloggio* sono strutture di tipo residenziale in grado di ospitare un piccolo numero di persone. L'inserimento dell'anziano in tali strutture avviene quando si verificano condizioni e difficoltà tali da rendere problematica la permanenza della persona all'interno del proprio nucleo familiare. Le Comunità Alloggio possono essere sia strutture sociali di convivenza volte alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle persone ospitate, che strutture di convivenza capaci di diventare la casa del soggetto in esse inserito. Esse hanno le caratteristiche di un normale appartamento e cercano di ricreare l'ambiente domestico nel quale l'anziano era inserito. Nelle Comunità è generalmente presente personale in grado di assistere l'anziano nelle diverse funzioni della vita quotidiana (preparazione dei pasti, cura della persona, ecc.), mentre per gli interventi sanitari si fa generalmente riferimento alle strutture territoriali.

Le *Case albergo* sono anch'esse strutture residenziali destinate ad accogliere, temporaneamente o in via definitiva, gli anziani autosufficienti. Sono costituite da complessi di appartamenti o dotati di servizi autonomi e predisposti per fornire accoglienza a coppie di coniugi o anziani soli. Ogni struttura dispone di spazi di socializzazione e di servizi comuni (cucina, lavanderia, guardaroba, ecc.). Le case albergo, a differenza degli alloggi protetti, sono in grado di fornire prestazioni infermieristiche e assistenza medico-sanitaria, oltre che attività sociali e ricreative.

Infine, a differenza delle strutture sino ad ora menzionate, gli *Alloggi protetti* sono generalmente destinati a ad anziani non autosufficienti che non sono assistibili a domicilio. La struttura consiste in alloggi contigui destinati ad una o più persone. In esse viene fornita assistenza di carattere socio-sanitario (medico, infermiere, fisioterapista) con lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia e mantenere le residuali capacità psico-fisiche dell'ospite.

Anche i *ricoveri di lungodegenza* e di riabilitazione in ospedale e in altre strutture residenziali diverse dai presidi appena descritti rientrano nella definizione di long-term care.

4 I temi del dibattito

I servizi e le prestazioni descritte nei precedenti paragrafi non esauriscono le tipologie di intervento del *long-term care*: ancora oggi, infatti, la maggior parte degli anziani ricorre per la cura della propria persona e dell'ambiente domestico in cui vive all'assistenza informale fornita da parenti, amici, conoscenti e volontari, mentre sta crescendo sempre più il settore dell'assistenza privata a pagamento.

Malgrado l'assistenza informale svolga ancora un ruolo importante, la percentuale di famiglie con almeno un componente anziano e senza bambini che ricorre a conoscenti, vicini di casa e volontari, è scesa dal 30,7% del 1983 al 18,4% del 2003[8].

Il sostegno informale che le famiglie possono offrire è dunque in diminuzione: ciò si deve principalmente alle trasformazioni che hanno investito la famiglia

[8] Di contro, l'aiuto fornito a famiglie con almeno un componente anziano ed un bambino è rimasto pressoché invariato nel tempo (da 14,8% nel 1983 a 15,5 nel 2003) a significare che è sensibilmente cresciuto il sostegno fornito ai bambini da persone non coabitanti.

contemporanea nell'ultimo decennio, al crescente invecchiamento della popolazione che determina un maggiore fabbisogno di manodopera assistenziale, all'abbassamento dei tassi di fertilità, alla nuclearizzazione e all'infragilimento delle reti di sostegno informale, alla crescente partecipazione delle donne al mondo del lavoro ed al connesso mutamento dei compiti e dei ruoli intrafamiliari.

Nonostante siffatto quadro, le famiglie continuano a rappresentare la principale fonte di cura per gli anziani non autosufficienti, così come per gli altri individui in difficoltà. Basti un dato: l'80% delle famiglie un cui componente (anziano o disabile) abbia problemi di autonomia affronta la situazione senza ricorrere ad alcun tipo di aiuto esterno.

4.1 Il ruolo della famiglia

Per decenni l'assistenza pubblica in Italia ha peccato di una forte vocazione familistica, nella quale il complesso di interventi socio-assistenziali è stato spesso risultato subalterno rispetto all'organizzazione domestica e comunitaria. Tale modello ha spesso ignorato le ricadute che l'assistenza continuativa verso un proprio membro fragile comporta sull'intero sistema familiare, sia per l'anziano – costretto ad una forzata dipendenza mutuata da ragioni affettive e parentali – sia per la famiglia, obbligata a sobbarcarsi gli oneri di un'attività impegnativa e totalizzante (Taccani, 1994, 2001).

Il pesante fardello dell'assistenza ad una persona fragile, nella maggior parte dei casi, era sulle spalle di un unico parente, spesso donna, costretto ad operare delle rinunce considerevoli sia sul piano professionale che familiare, per assumersi gli oneri e gli onori -in un rapporto dove i primi superano di gran lunga i secondi- dell'assistenza ad una persona cara.

Seppur con lievi differenze tra nord e sud del Paese, la figura del *caregiver* evidenza le stesse caratteristiche: si tratta per lo più di donne, in gran parte sposate, non occupate o con una occupazione poco impegnativa in termini di ore e con bassa remunerazione, un livello di scolarizzazione inferiore ed un'età compresa tra i 40 e i 60 anni. Molti *caregiver* presentano inoltre legami familiari con l'anziano assistito: in particolare si tratta del consorte/partner dell'anziano o della figlia, spesso residente nella stessa abitazione; più raramente si tratta di un partente remoto o di figure che gravitano nella sfera delle conoscenze o nell'ambito amicale (Sipila e Simon, 1999).

L'impegno richiesto dalle prestazioni di *care* è in genere significativo, tanto che il *caregiver* si trova spesso a vivere nella stessa dimora dell'anziano per poter far fronte ad ogni evenienza e l'attività di cura si attesta come unica attività possibile dato l'elevato quantitativo di ore da essa richiesto (Taccani, 2001).

Le prestazioni svolte, in genere, sono rivolte alla cura della casa e all'assistenza personale del familiare, all'aiuto nella somministrazione di medicinali e in piccole attività di medicazione. Raramente il *caregiver* informale si cimenta in attività infermieristiche vere e proprie, per via della mancanza di conoscenze tecniche.

Non essendo previsto un contratto che lega il prestatore informale di *care* all'utente (che spesso risulta essere il parente più prossimo e dunque legato unicamente da vincoli familistici) il *caregiver* è privo di qualunque forma basilare di tutela lavorativa, sia essa infortunistica, previdenziale o economica.

In un retroterra culturale e familiare come quello appena indicato, la protratta permanenza del caregiver in prossimità dell'anziano nelle vesti di portatore (più spesso portatrice) di assistenza comporta il prolungamento del periodo temporale all'esterno del mercato del lavoro: quando l'anziano in carico entrerà in RSA o morirà, per il caregiver risulterà difficile trovare una nuova occupazione, specie se in età ormai avanzata o se in possesso di titoli di studio poco qualificanti (Saraceno, 1995).

Ulteriore elemento di complessità è infine rappresentato dalle cosiddette "asimmetrie informative": la popolazione che ricorre ai servizi alla persona versa spesso in condizioni di fragilità fisica, oltre che psicologica, e difficilmente si trova nelle condizioni di poter operare una scelta di per sé difficoltosa inerente al benessere personale alle necessarie misure di cura. E' questa una popolazione fragile, spesso priva di quelle conoscenze specialistiche che le permettano di comprendere la complessità del proprio bisogno e la qualità dei servizi offerti dai differenti erogatori.

Il singolo compratore, soprattutto in questa fase di nascente liberalizzazione, si trova in un'altra posizione asimmetrica: oltre alla carenza di informazioni chiave circa le prestazioni necessarie, il cittadino è costretto in una posizione svantaggiata anche nei confronti dell'offerta. L'influenza che l'utente, nelle vesti di piccolo compratore, può esercitare sulla struttura che vende servizi, spesso su larga scala, è limitata e assai diversa a seconda che si tratti di un utente «comodo» con necessità assistenziali ridotte e facilmente risolvibili, o «scomodo»: si pensi ad esempio ai malati di Alzheimer o ai pazienti totalmente non autosufficienti che possono ancora risentire dei benefici offerti dall'assistenza domiciliare. Modeste sono, di conseguenza, le rivendicazioni a cui questo tipo di utenza può dare atto e le richieste che l'anziano o la famiglia possono avanzare.

Il problema nasce dunque dal tipo di utenza, dalla carenza di informazioni alla quale è soggetta e dalla fragilità che la caratterizza, poiché il rischio di scelte inappropriate è molto elevato.

Negli ultimi anni tale situazione sembra essere in parte mutata per due ragioni in particolare. Da un lato il ricorso sempre maggiore al mercato privato di cura ha sostanzialmente modificato l'approccio delle famiglie all'assistenza degli anziani non autosufficienti: le funzioni di cura che in passato venivano risolte nell'ambito della struttura solidaristica intergenerazionale, sono ora esternalizzate dalle famiglie, divenendo veri e propri beni di mercato (gran parte dell'immigrazione femminile moderna risponde a questa nuova domanda di assistenza) con la conseguenza che la "badante" sostituisce i familiari all'interno della casa. Le relazioni in questo ambito, hanno per la maggior parte una struttura triangolare, ai cui vertici stanno l'anziano assistito, l'assistente familiare ed il responsabile della cura, nella maggior parte dei casi un'altra donna della famiglia. L'emancipazione delle *caregiver* dall'incombenza delle attività produttive non retribuite è dunque resa possibile da questa delega alle lavoratrici immigrate – in assenza di una diversa ridistribuzione degli oneri all'interno della famiglia – dei carichi del lavoro domestico e di cura: le datrici di lavoro si specializzano dunque in ruoli di coordinamento, regia, relazioni con l'ambiente esterno, oltre a tenere per sé, nei limiti del possibile, le attività più dense di connotazioni affettive e dimensioni gratificanti (Ambrosini, 2005).

Dall'altro lato, l'ente pubblico ha dimostrato in molti casi un riconoscimento delle difficoltà e dei bisogni della famiglia curante, sviluppando una serie di politiche di sostegno miranti ad offrire "sollievo" alla famiglia direttamente impegnata nella cura di una persona fragile. Queste misure sono spesso erogate parallelamente ai tradizionali servizi "*in kind*" e ne completano gli effetti che ricadono a livello plurimo sulla famiglia dell'anziano non autosufficiente.

4.2 Il sostegno ai caregiver

Supportare i *caregiver* degli anziani significa assumersi un ruolo importante nei confronti delle responsabilità familiari, laddove si intendano implementare forme strutturate di consulenza, formazione, assistenza operativa a chi si occupa degli anziani, siano essi il coniuge, i figli, i vicini di casa. Si può trattare di un supporto psicologico, sanitario, sociale che si deve concretizzare nella creazione di

spazi e tempi dedicati, nella messa a disposizione di competenze specifiche in risposta ad una domanda sociale in forte crescita.

Negli ultimi anni i servizi territoriali hanno in alcuni casi attivato –spesso in forma sperimentale- forme di sostegno miranti ad offrire «sollievo» alla famiglia direttamente impegnata nella cura della persona fragile. Queste misure sono in genere erogate contestualmente ad altri interventi (ad esempio i buoni sociali) e ne completano gli affetti che ricadono a livello plurimo sulla famiglia dell'anziano non autosufficiente. Esempi di tali politiche sono i Centri Diurni Integrati, i Ricoveri temporanei, i Gruppi di auto-mutuo aiuto ed il sostegno psicologico.

Il ricorso temporaneo al *Centro Diurno Integrato*[9], ad esempio, potrebbe rispondere contemporaneamente al bisogno si domiciliarità dell'anziano (che continuerebbe ad essere seguito da professionisti che intervengono sul piano sanitario, riabilitativo ed animativo) e a quello di sollievo di badante e familiari, permettendo a questi ultimi di svolgere un'attività lavorativa parallela a quella di cura. Altri interventi di sollievo sono i ricoveri temporanei e i periodi di soggiorno.

Questo genere di misure, dette di "ricostruzione" (Taccani, 2001) hanno il vantaggio di non scompaginare il delicato equilibrio anziano-familiare-caregiver e, contemporaneamente, di offrire a questi ultimi periodi di ricostituzione e sollievo.

Dello stesso genere sono i cosiddetti interventi di *home relief service*, ovvero una pluralità di strumenti atti a sostituire l'assistente familiare nella dimora stessa dell'anziano. Tali interventi comprendono forme di compagnia offerta da volontari e limitate forme di controllo e aiuto della persona non autosufficiente.

Un altro strumento che negli ultimi anni sta conoscendo una rapida diffusione, soprattutto nelle Regioni del nord è rappresentato dai *gruppi di auto-mutuo aiuto* (o *self-help*). Tali gruppi sono composti da piccole strutture a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto e al raggiungimento di scopi specifici. Nati per soddisfare l'esigenza di assistenza reciproca verso bisogni comuni[10] (alcolismo, affido familiare, malattie croniche, handicap, tossicodipendenza) si stanno sviluppando esperienze di aiuto mutualistico anche nell'area dell'assistenza alla non autosufficienza, con la costituzione di gruppi di *caregiver* e il formarsi di gruppi di familiari con anziani istituzionalizzati (Alter e Baltzan, 1993; Helphand et al., 1981). Tali gruppi hanno l'obiettivo di esprimere i problemi, spesso comuni, della permanenza a domicilio di anziani non autosufficienti, cercando, dove possibile, soluzioni collegiali a tali criticità e fornendo reciproca assistenza.

Infine, altra tipologia di sostegno è quella di "*educazione al care*", particolarmente indicata nel primo periodo assistenziale. Spesso infatti il lavoro dei *caregiver* viene sottovalutato dai più, come se l'agire in un luogo informale rendesse questa attività meno professionale: sembra normale credere che tutte le competenze necessarie al corretto svolgimento di questa attività, siano capacità che si acquisiscano facilmente, con la pratica, o che si possiedono naturalmente, tanto più quando a svolgere queste attività è una donna, da sempre riferimento nella cura della casa e della famiglia (Rossi, 2004).

Nella cura di una persona anziana, a forte valenza relazionale, sono invece proprio i *caregiver* i principali garanti della qualità dei servizi offerti, anche se spesso mancano delle competenze necessarie ad affrontare i problemi nella loro globalità. Supportare i *caregiver* degli anziani significa dunque assumersi un ruolo importante nei confronti delle responsabilità familiari, laddove si intendano

---

[9] Il Centro Diurno Integrato è un servizio che opera in regime diurno in grado di fornire un reale supporto a situazioni precarie in alternativa al ricovero a tempo pieno, i cui utenti possono essere persone a vario livello di dipendenza, dal soggetto autosufficiente con problematiche di rodine prevalentemente sociale e psicologico alla persona del tutto dipendente il cui nucleo familiare necessita interventi di sollievo.

[10] Sono azioni di sostegno a favore di perosne in difficoltà, che vengono fornite da soggetti (helper) che presentano gli stessi problemi e la stessa storia: l'helper, aiutando una persona (mutuo aiuto) rinforza se stesso (auto aiuto) in processo circolare e virtuoso. L'essenza del processo di auto-mutuo aiuto è la mutualità e la reciprocità (Silverman, 1989)

implementare forme strutturate di consulenza, formazione, assistenza operativa a chi si occupa degli anziani, siano essi il coniuge, i figli, la vicina di casa.

La necessità di dotare queste figure di conoscenze specifiche e diversificate deve dunque tradursi nella promozione di momenti formativi volti a fornire gli strumenti utili nell'affrontare le problematiche legate all'assistenza, con particolare riferimento al sostegno psicologico e all'apprendimento di tecniche di soccorso e nozioni di tipo infermieristico atte ad affrontare le piccole emergenze quotidiane e gestire complesse situazioni psicologiche ed emozionali.

Molte delle proposte formative promosse da Comuni e organizzazioni del terzo settore, tendono a fornire questo tipo di competenze, provvedendo una risposta immediata al fabbisogno formativo dell'assistente familiare.

4.3 Il ruolo del case manager

Gli oneri e le difficoltà che emergono per le famiglie e le responsabilità che ne derivano in termini di rischi, hanno portato in via sperimentale alcuni servizi territoriali ad attrezzarsi con servizi di garanzia in grado di sostenere in prima istanza le contigenze di crisi e bisogni urgenti, in seconda istanza, di promuovere un percorso di monitoraggio e supporto continuo.

La programmazione dei servizi territoriali prevede in alcuni casi azioni di sostegno dell'area privata in termini di *tutoring*: individuato nella figura ora dell'operatore domiciliare, ora dell'operatore socio-sanitario, il *tutor* domiciliare si mette a disposizione del caregiver principale, per far fronte alle fasi più delicate e critiche del lavoro e cura (aggravamenti dello stato di salute dell'assistito, emergenze, ricoveri o dimissioni ospedaliere, malattia e periodi d'assenza dell'assistente…). Le principali funzioni del servizio di affiancamento sono: raccogliere le richieste della famiglia, verificare le attività di cura svolte in relazione alle esigenze dell'anziano, aiutare i caregiver (o l'assistente familiare) a rafforzare le competenze ove necessario; analizzare le condizioni abitative dell'anziano e verificare il bisogno di ausili, modifiche strutturali, ecc., assistere la famiglia nell'organizzazione delle attività e nell'assolvimento dei compiti più delicati ed intervenire in caso di difficoltà psicologiche ed emozionali (Rossi, 2006). Si tratta quindi di un servizio di affiancamento e garanzia che dovrebbe divenire strutturalmente complementare e aggiuntivo alla prestazioni acquistate sul mercato privato.

Nel panorama nazionale ed europeo, l'introduzione di una figura con queste caratteristiche è stata spesso collegata all'erogazione di prestazioni monetarie dirette come gli assegni di cura (Pacolet et al, 2000): si pensi ad esempio al ruolo dell'Unità di Valutazione Geriatria in varie Regioni italiane, all'attività di accompagnamento connesse all'erogazione della *Prestation spécifique dépendance* in Francia[11], al buono sociale in Germania[12], al *Personal Budget* in Olanda[13].

---

[11] La *Prestation spécifique dépendance* (PSD) è una contribuzione economica introdotta nel 1997, rivolta a persone di almeno 60 anni di età, non autosufficienti e con un reddito inferiore ad una certa soglia. Il Consiglio Generale dell'ente locale, incaricato di selezionare gli accessi alla PSD, si occuperà anche della stesura di un piano di intervento concordato con l'utente e della valutazione dell'impatto sulle sue condizioni sociosanitarie. La PSD è fondata sulla predisposizione di una complessa procedura negoziale attraverso cui vengono definiti i piani assistenziali individuali. Attraverso la stipulazione di questo piano, viene stimata la quantità e il modello di cura di cui l'anziano necessita (Davies, Fernandez, Saunders, 1998**,** Martin, 2000, Weekers, Pijl, 1998, Rostgaard, 2001).

[12] In Germania il bonus assume la forma di un'Assicurazione Sociale contro il rischio di non autosufficienza che fornisce prestazioni esclusivamente in base al grado di disabilità. L'assicurazione riguarda sia l'assistenza residenziale che domiciliare e, in quest'ultimo caso, l'utente può decidere se finanziare assistenza domestica privata o ricevere il contributo monetario (AA.VV., 1997, Evers, 1998, Weekers, Pijl, 1998). nonostante non esista un controllo sulle modalità con le quali viene utilizzato l'assegno, sono previste visite periodiche per verificare la qualità del care e offrire indicazioni necessarie alla famiglia nel caso i finanziamenti restino tra le mura domestiche. La capacità di scelta del cittadino viene esercitata attraverso la possibilità di costruire personalmente una «combinazione» del pacchetto di cura disponibile, lasciando all'utente la possibilità di concordare con l'ente pubblico quali servizi inserire nel pacchetto, all'interno di un ampio repertorio di alternative disponibili.

Nonostante le notevoli difficoltà incontrate in fase attuativa, peraltro, i percorsi di affiancamento e sostegno e quelli di stesura di un piano integrato di intervento, sono previsti a livello nazionale dalla legge quadro 328 e inseriti negli ordinamenti legislativi di molte delle realtà che hanno adottato queste misure.

Oltre alle esperienze nazionali e comunitarie, numerosi sono gli interventi di studiosi ed esperti che concordano sulla necessità di creare una figura in grado di accompagnare il percorso assistenziale, con forme di pianificazione, sostegno e monitoraggio (Payne, 2000, Ungerson, 1995, Weekers S. e Pijl M., 1998). In particolar modo si sottolinea la necessità di una figura in grado di:

- definire un piano di intervento multidisciplinare e personalizzato che tenga in considerazione sia i bisogni sanitari e le necessità socio assistenziali che la presenza di una rete di sostegno all'attività curante;
- garantire la continuità del progetto assistenziale in caso di sostituzione dell'assistente familiare, attivando verifiche periodiche sullo stato di salute degli utenti e sull'operato dei responsabili della cura;
- garantisca un filtro ai servizi della rete, evitando dispersioni di energie e un incontro tra domanda ed offerta più razionale ed efficiente;
- sia in grado di orientare l'utente e la sua famiglia nel loro incontro con l'offerta di servizi, facendosi garante delle scelte operate dai soggetti in fase di valutazione;
- assicuri il coordinamento e la razionale cooperazione dei servizi, creando una rete che condivida i singoli progetti individuali di assistenza;

La questione di fondo, dunque, risulta essere l'esigenza di una figura di riferimento in grado di offrire un giudizio complessivo delle condizioni dell'utente e di seguirlo in tutte le fasi del processo di cura, supportando nel contempo la famiglia nelle scelte e indirizzando l'attività svolta, soprattutto nelle prime fasi del percorso assistenziale. In questo frangente, fondamentale risulta essere la figura di un responsabile del caso (*case manager*) che in collaborazione con l'Assistenza Sociale, il Medico di base e le altre realtà assistenziali di zona, sia in grado di guardare al singolo caso nella sua totalità, considerando tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale, valutando l'esistenza di una rete alle spalle dell'anziano fragile, trasmettendo alla famiglia una mappa delle risorse esistenti, aiutandola dunque nella costruzione di un circuito di sostegno mirato, ad integrazione del lavoro di cura assicurato dall'assistente familiare.

4.4 Ragionare per reti

Le attività di cura che i *caregiver* svolgono all'interno del nucleo familiare vanno ad inserirsi in una complessa rete di relazioni assistenziali preesistente, un mix di servizi pubblici, privati e familiari dal quale dipende il carattere stesso dell'assistenza.

Ragionare per reti significa considerare tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaristica, rionale o amicale, sino a spingersi, in ultima battuta, verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale e dai servizi messi in atto dall'ente locale e dalle strutture socio sanitarie e residenziali presenti sul territorio.

---

[13] in Olanda è l'Ente pubblico, attraverso un organismo regionale che gestisce finanziariamente il programma di assicurazione, l'organo predisposto alla valutazione del caso. Tale ente ha la finalità di pervenire ad una valutazione multidimensionale delle condizioni di ogni utente, giungendo a concordare con la famiglia un percorso personalizzato di cura, che tenga il più possibile conto delle esigenze degli utenti (Ranci, 2001).

E' questo un lavoro di *back service* che permette di mettere a sistema una varietà di aiuti che altrimenti rischiano di vanificarsi a vicenda o di sviluppare grande disordine attorno all'assistito (Piva, 2001).

Gli effetti del lavoro di coordinamento ricadono positivamente sulla persona assistita e attribuiscono responsabilità al contesto familiare e sociale nella quale è inserita. Spesso però, l'esistenza di questo insieme di relazioni non è direttamente indagata dai decisori tecnici, con l'inevitabile conseguenza che la rete familiare, amicale e sociale si dissolve di fronte agli occhi dell'osservatore nella percezione di un vuoto di legami significativi per la persona anziana e nella costruzione dello stereotipo comune dell'anziano solo. Questa miopia nei confronti della rete esterna alle mura domestiche può portare alla riduzione del concetto di domiciliarità al puro intervento di assistenza domiciliare, con il rischio di espellere, anche involontariamente, soggetti che sono una risorsa significativa per l'anziano che vive solo, ma che solo spesso non è (Taccani, 2001).

La necessità di coordinare l'operato dei diversi soggetti impegnati nell'assistenza si manifesta ad un duplice livello: da un alto in rapporto agli altri servizi esistenti, messi in atto dall'ente pubblico (Sad, Adi, contributi economici, altri servizi domiciliari), dall'altro in relazione alla rete informale di assistenza presente alle spalle dell'anziano.

Sul primo versante, l'attività dei caregiver è spesso finalizzata a soddisfare un insieme di bisogni più ampio di quelli meramente sociali (medicazioni, assunzione di farmaci, prestazioni infermieristiche, ecc.) coprendo anche necessità di natura sociosanitaria. Con un ventaglio talmente ampio di prestazioni, l'attività dei *caregiver* si sovrappone spesso con altri interventi presenti sul territorio ed erogati dall'ente pubblico quali l'ADI, il SAD, l'indennità di accompagnamento, i buoni erogati da alcune municipalità, ecc.

Ciò che trasforma questo vasto panorama in una qualità potenziale è l'integrazione della rete dei servizi che, citando Piva, devono funzionare «a filiera» (Piva, 2002). Con questo termine si intende un insieme di servizi realizzati da organizzazioni diverse che si comportano come fossero segmenti o comparti di un'unica impresa generale. La filiera è un obiettivo organizzativo che sviluppa l'idea della rete coordinata e flessibile. Per ottenere questo risultato risulta imprescindibile l'azione di coordinamento dell'Ente pubblico che deve essere in grado di organizzarsi e di svolgere un costante ruolo di programmazione e di monitoraggio sulle diverse maglie della rete, costruendo forme adeguate di cooperazione e integrazione tra Asl, Municipalità, Province e Regione, ai fini di un'erogazione razionale e flessibile dei servizi. Risulta così imprescindibile la sottoscrizione di accordi progettuali tra i soggetti decisori presenti sul territorio ai diversi livelli, volti alla creazione di chiare linee di indirizzo verso la costituzione di reti integrate di servizi sul territorio.

Sul secondo versante, l'attività di cura si inserisce in una rete relazionale composta non solo dall'anziano e dalla famiglia, ma anche, spesso, dalla rete di vicinato, da quella amicale e di volontariato, dalla quale non è possibile prescindere.

L'ente pubblico è dunque chiamato a sostenere la capacità innovativa, creativa e forse ancor più tradizionale, verso la soddisfazione dei bisogni che emergono all'interno del sistema familiare: un'indagine Istat mostra ad esempio che il 28,3% degli anziani ultrasessantacinquenni che vivono soli hanno ricevuto aiuti da persone non conviventi, non necessariamente figli o parenti prossimi (Istat, 2003).

Sarebbe dunque un errore sottovalutare questa capacità auto organizzativa dell'anziano e della sua famiglia: non considerare le residue capacità relazionali e auto-organizzative della rete di cura informale, può infatti comportare il rischio ulteriore di isolare la famiglia da contesto sociale di riferimento.

Risulta dunque opportuno che l'ente pubblico promuova degli interventi globali che tengano conto delle diverse dimensioni della persona, superando il nodo dell'assistenzialismo e del custodialismo per privilegiare il territorio, non dimenticando il possibile desiderio di presenza nella dinamica sociale ancora

presente nella persona non autosufficiente. Esperienze di assistenzialismo volontario da parte di parrocchie e associazioni ad esse legate, centri sociali comunali per anziani, gruppi di mutua assistenza geriatrica organizzati su base rionale, sono ancora presenti in molte realtà, spesso sostenuti da politiche e finanziamenti comunali.

Mettere in rete le possibilità offerte, partendo dalla realtà territoriale, dovrebbe essere compito dell'ente locale, chiamato a definire, nell'ambito del Piano Sociale di zona, la rete complessiva dei servizi e degli interventi rivolti ai cittadini: attraverso un maggior coordinamento tra le realtà territoriali, i Comuni e le Asl possono promuovere un insieme di regole e procedure orientate all'adeguatezza dei bisogni, all'efficacia dei metodi e degli investimenti, all'uso ottimale delle risorse impiegate e alla sinergia con le risorse – anche informali – presenti sul territorio, orientando l'intero processo verso un «sistema di qualità».

5 Conclusioni: alcune idee di miglioramento

A valle delle riflessioni richiamate nei precedenti paragrafi, si propongono ora, in forma sintetica, alcune proposte operative volte alla definizione di linee generali di politica sociale per il fronteggiamento dei bisogni (e delle aspettative) della popolazione anziana e dei soggetti impegnati nell'assistenza alle persone fragili (Mauri, 1996).

5.1 Attivare nuovi percorsi di conoscenza

In primo luogo diviene prioritario attivare nuovi percorsi di conoscenza e approfondimento circa le diverse situazioni e problematiche particolari che caratterizzano la popolazione anziana nei specifici contesti regionali e/o locali.

Il livello di integrazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria, le tipologie alternative di gestione dei servizi, le modalità di integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi pubblici, le conseguenze a lungo termine delle contribuzioni economiche dirette in seno alla famiglia, sono solo alcuni degli aspetti che presentano peculiarità recenti e ancora troppo poco sondate dalla ricerca sociale applicata e di cui si tende spesso a sottovalutare l'importanza e gli effetti che ricadono sull'anziano, sulla famiglia e sul sistema di welfare stesso.

Allo stesso modo approfondire nel dettaglio l'analisi della struttura delle reti informali di aiuto, dei processi relazionali impliciti, del rapporto tra esigenze dell'anziano ed esigenze dei familiari che se ne occupano significa mettere mano ad uno dei nodi fondamentali del dibattito sui sistemi di domiciliarità di cui si stenta invece a riconoscere l'importanza.

5.2 Stimolo e coordinamento del Terzo Settore

Il terzo settore è quella parte consistente di società civile che media e miscela logiche di azione differenti, quali quelle dello stato, del mercato e della famiglia, ponendosi come una sorta di spazio di incrocio tra la dimensione pubblica e quella privata nella produzione di servizi di utilità sociale. La mancanza di coordinamento e integrazione tra gli attori del settore con le politiche istituzionali e le reti sociali informali, rappresenta uno spreco di potenziale e di occasioni di capitalizzazione delle risorse sociali già operative sul territorio.

L'integrazione e la messa in rete dei diversi attori è peraltro uno dei principi cardine della riforma dei servizi sociali inaugurata con la 328/2000 e deve tradursi in una nuova abitudine a pensare gli interventi in modo sinergico: agli Enti locali spetta dunque il compito di promuovere iniziative di "mobilitazione territoriale" con la finalità di valorizzare il ruolo del terzo settore come risorsa attiva di un territorio, da coinvolgere in un sistema di lavoro integrato.

Tale funzione non può essere lasciata alla spontaneità dei singoli attori ma va individuata una strategia che renda attuabile e concreto il percorso della progettazione partecipata. Gli strumenti partecipativi sovracomunali già esistenti (il Piano di Zona *in primis*) si devono accompagnare alla messa a punto di iniziative di supporto alla regolamentazione dei rapporti con gli enti del terzo settore, che vanno dalla fissazione di criteri specifici in grado di vincolare gli enti che ottengono in appalto la gestione dei servizi, alla mappatura delle realtà del privato sociale esistenti sul territorio, all'attivazione di tavoli di programmazione partecipata, al sostegno di eventuali consorzi di cooperative o assemblee del terzo settore.

Ancora troppo spesso, infatti, il privato sociale è vissuto dall'ente pubblico come scarsamente professionale o come mero esecutore delle prestazioni affidategli, invece che come portatore di un sapere locale prezioso. La nascita ed il consolidamento del terzo settore devono essere letti invece come un investimento produttivo nel tessuto locale, ma contemporaneamente di riproduzione della socialità e delle relazioni tra persone che ha come esiti auspicabili un incremento della qualità della vita collettiva ed una riduzione effettiva dei costi sociali che derivano da fenomeni di esclusione ed emarginazione.

La creazione di un ambiente che supporti la nascita e lo sviluppo del terzo settore, con servizi e strutture adeguati, trasparenza nei processi di finanziamento e accreditamento, idonee condizioni legali, di scelte economico-sociali, di trattamento fiscale, di assetto istituzionale, attivazione di reti di cooperazione tra soggetti collettivi è fondamentale per la circolazione di fiducia e l'abbassamento dei costi di transazione tra attori pubblici e privati. Si ridurrebbe in questo modo anche il volume delle prestazioni improprie e non necessarie, con un abbassamento dei costi dei servizi ed un innalzamento della loro qualità, contemporaneamente ad una riduzione del disordine e della confusione che una pluralità di servizi scollegati tra loro può generare attorno all'assistito.

5.3 Necessità di sviluppare servizi "di connessione",

L'anziano e la sua famiglia sono spesso di fronte ad una condizione di scelta tra domiciliarietà e residenzialità: l'anziano è spesso mantenuto tra le pareti domestiche sino a quando le condizioni cliniche permettono una gestione domiciliare delle pratiche di assistenza, per essere poi trasferito in struttura residenziale nel momento in cui l'insorgere di condizioni degenerative e invalidanti e la necessità di cure sanitarie specialistiche lo dovessero richiedere.

Di fronte a questo quadro è evidente la necessità di sviluppare servizi intermedi tra l'ambito familiare e le istituzioni residenziali: rafforzare le pratiche di *assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio, day hospital,* così come del resto è previsto in numerosi documenti di programmazione, nazionale e regionale.

Tali servizi, intervenendo a tutela dell'autonomia dell'individuo ed in favore della domiciliarità dell'anziano, possono operare nel contempo in funzione della riqualificazione delle reti informali. In altre parole forniscono un importante valore aggiunto, che va oltre la semplice "cura" dell'anziano, intervenendo con un ruolo attivo, stimolante e di raccordo nel nodo cruciale delle relazioni attive fra l'anziano e la cerchia parentale e non parentale in cui è direttamente collocato. *L'assistenza domiciliare,* in tal senso, deve garantire un supporto concreto almeno in due direzioni:

a) deve essere capace di *proteggere situazioni a rischio* dalla spirale dell'abbandono e del decadimento accelerato;
b) deve essere capace di *integrarsi con la rete familiare* che eventualmente supporta l'anziano in un duplice processo di miglioramento sia della qualità dell'assistenza all'anziano attraverso la messa a disposizione delle professionalità necessarie, sia della qualità di vita dei parenti attraverso la liberazione di spazi e tempi "per sé".

5.4 Promuovere attività di "marketing" sociale

La mancata abitudine a leggere nei sistemi di *welfare* non solo politiche "globali" ma anche interventi operativi diretti alle persone, ha certamente contribuito a limitare la penetrazione di alcune tipologie di servizi agli anziani. Al fine di sviluppare adeguate risposte da parte dei servizi ai reali bisogni dei cittadini, occorre promuovere un'adeguata conoscenza circa la *presenza*, le *modalità di accesso ai servizi* e le *risorse esistenti* non come qualcosa di lontano e impersonale ma come opportunità capaci di offrire una gamma di risposte *user-friendly*, sempre più vicine ai linguaggi dell'anziano e alle sue forme comunicative.

In questo senso si può parlare di *marketing dei servizi,* nel senso di orientare sempre di più l'offerta di prestazioni alle caratteristiche dell'utenza e agire per limitare le difficoltà di accesso ai servizi. In termini operativi, ad esempio, è importante porre l'accento sulla necessità di sviluppare interventi ed iniziative mirate a diffondere capillarmente la conoscenza dei servizi disponibili su due livelli:

1. sul piano dell'offerta, nel senso di rendere *esplicite e facilmente identificabili le prestazioni* ed il loro "valore aggiunto", non solo assistenziale ma anche culturale e relazionale, non marginalizzante o ghettizzante, che la fruizione del servizio permette di ottenere;
2. sul piano delle modalità con cui si deve orientare la domanda, nel senso di indicare *percorsi chiari ed agibili* con cui muoversi all'interno del servizio. È importante ricordare che l'accesso ai servizi assume caratteristiche spesso differenziate in funzione delle stratificazioni sociali e socio-economiche, il che implica l'importanza di indicare non solo i percorsi giusti ma soprattutto i percorsi giusti alle persone giuste e con i giusti linguaggi. Anche questi skill professionali devono dotarsi sempre più gli operatori sociali di "front office".

Per lo sviluppo di tutte le potenzialità di una rete locale di servizi, è poi necessario prevedere azioni di supporto che integrino altri tipi di intervento. Se ne individuano almeno tre diverse:
a) azioni di valutazione e verifica della strutturazione organizzativa dei servizi e della corrispondenza tra risorse di personale e di tempo impiegate e bisogni presenti;
b) predisposizione di strumenti per il monitoraggio del livello di *soddisfazione dell'utenza* di determinati servizi;
c) interventi di *aggiornamento e di formazione degli operatori* coinvolti in attività di *social work*, affinché si determini un miglioramento della qualità dei servizi erogati, per rispondere alla domanda di qualificazione che emerge dal personale e di effettiva rispondenza da parte dell'utenza.

Si vuole infine richiamare anche la possibilità, sempre presente per i servizi alla popolazione, di effettuare campagne promozionali per così dire "autoalimentate": alcuni settori ad elevata relazionalità dedicati ad anziani autosufficienti (si pensi ai centri sociali, alle Università per la terza età, alle gite sociali, ecc.) si prestano cioè a fungere da volano di conoscenza e promozione per altri servizi meno tradizionali o di accessibilità meno immediata.

Ciò apre anche una prospettiva importante per quanto riguarda la possibilità di creare momenti di aggregazione ed opzioni nuove di percorso per gli anziani che abbiano la duplice funzione di condurre la persona lungo un percorso di riappropriazione di un ruolo sociale attivo e di recuperare spazi e tempi di utilità sociale.

5.5 Considerare il residuale bisogno di relazionalità ancora presente nell'anziano fragile

Le persone anziane non esprimono soltanto domande e bisogni di tipo sanitario e assistenziale: benché non si possa parlare - occorre ribadirlo - di solitudine e abbandono come situazioni generalizzate, *l'area delle relazioni interpersonali ed*

affettive è una delle più delicate e significative per promuovere la qualità della vita della popolazione anziana. Si tratta di un tipico ambito in cui l'azione delle istituzioni non potrà mai colmare interamente i bisogni, ma in cui nello stesso tempo non occorrono grandi interventi strutturali e forti investimenti economici per iniziare a produrre risultati significativi. Si tratta piuttosto di far emergere le necessità, espresse e latenti, e di attivare verso di esse risorse che possono avere diversa natura: il vicinato; i volontari e le loro associazioni; gli anziani stessi, attraverso forme di auto-aiuto e auto-organizzazione; servizi di teleassistenza, ove possibili e opportuni; interventi mirati di operatori professionali nei casi in cui si rendano necessari (si pensi ad esempio al supporto psicologico).

Per le ragioni già esposte, l'anziano non è soltanto da vedere come un soggetto debole e bisognoso di cure. *L'anziano può ancora rappresentare una risorsa per la società,* così come spesso avviene nell'ambito della sua famiglia.

L'aspetto culturale rappresenta dunque un ambito di particolare attenzione: gli anziani resterebbero degli emarginati, benché ben curati e tutelati, se si facesse anche tutto il possibile per loro, trascurando però uno sforzo di valorizzazione nella società e nei rapporti tra le diverse generazioni.

Da ultimo una breve riflessione sull'importante tema del ricovero in struttura, tema qui non discusso.

E' assai probabile infatti che in futuro il fabbisogno di posti letto in strutture residenziali possa conoscere un incremento rilevante, in considerazione delle dinamiche socio-demografiche e di salute della popolazione anziana. A ciò contribuirà anche il mutamento del sistema familiare, che a partire dalla drastica riduzione delle dimensioni delle famiglie, proietterà sul nostro futuro una struttura di popolazione sempre più sbilanciata verso le età più avanzate e in cui i nuclei familiari saranno costituiti sì da successioni "lunghe" di generazioni diverse, ma ciascuna composta di fratrie sempre più ristrette.

Allora si porrà il problema di scegliere se e come espandere la ricettività delle strutture di ricovero.

A partire dalle considerazione richiamate nei precedenti paragrafi sul ruolo delle reti informali, scaturiscono in proposito due importanti indicazioni: in primo luogo sarà fondamentale operare sul piano delle politiche sociali per facilitare alle future famiglie "multigenerazionali" lo sviluppo di *sistemi e culture di "prossimità a distanza",* ovvero di meccanismi relazionali che possano costituire un supporto efficace all'anziano anche in presenza di scarse risorse parentali attivabili. Ciò significa ad esempio agire sull'organizzazione interna delle strutture residenziali, nella direzione di incrementare e rendere plurali le modalità e le tipologie di accesso e fruizione; potenziare i Centri Diurni Integrati; studiare nuove forme di "apertura al territorio", favorendo l'integrazione tra l'attività della struttura e le risorse di volontariato presenti nel tessuto sociale nel quale è inserita.

In secondo luogo sarà necessario sviluppare ad un modello di struttura residenziale che sia in grado di garantire il mantenimento del radicamento degli ospiti in una maglia di relazioni sociali urbane: il modello insomma della struttura di ricovero che non si oppone al polo familiare definendosi come alternativa radicale, ma che si integra invece con l'ecosistema sociale ed urbano e diviene parte sostanziale della rete di kinship.

6 Bibliografia

Alter M., Baltzan N., 1993, *L'organizzazione di gruppi di sostegno per chi si prende cura di persone anziane con menomazioni mentali*, Bergamo: I quaderni di Donna e Società.

Ambrosini M., Cominelli C. (a cura di), 2005, *Un'assistenza senza confini. Welfare "leggero", famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate*. Rapporto 2004, Fondazione ISMU, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.

Ambrosini M., 2005, *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna.

AA. VV., 1997, *Sussidiarietà, federalismo, solidarietà*, Zancan, Padova.

Davies B., Fernandez J.L., Saunders R., 1998, *Community care in England and France: reforms and the improvement of equity and efficiency*. Aldershot: Ashgate.

Evers A., 1998, *The long term care insurance program in Germany*, in "Journal of aging and social policy", vol. 10 (1), pp.77-98;

Gori C., Torri R., 2001, *Gli assegni di cura in Italia*, in "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa", Ranci C. (a cura di), FrancoAngeli, Milano;

Helphand M., Porter C. M., 1981, *The familiy Group within Nursing Home. Maintaing Family Ties of Long-term Care Resident*, in Journal of Gerontological Social Work, vol. 4, pp.51-62,

Istat 2001, *Previsioni demografiche nazionali*, 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050.

Istat 2002, Annuario statistico italiano,Roma.

Istat, 2003, *Indagine Multiscopo sulle famiglie, "Famiglia e soggetti sociali"*, Roma.

Istat, 2003, *Indagine Multiscopo sulle famiglie, "Aspetti della vita quotidiana"*, Roma.

Istat, 2003, *L'assistenza residenziale in Italia: Regioni a confronto*, Roma.

Istat, 2005, *Indagine Multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari"*; Roma.

Laing, W., 1993, *Financing Long-Term Care: the Crucial Debate*, Age Concern England, Londra.

Martin C., 2000, *Atouts et limites de l'expérimentation: l'exemple de la prestation dépendance*, in "Revue française des affaires sanitaries et sociales", n.°1, janvier-mars, pp. 47-58.

Mauri L., 2006, *Azione di ricerca ed orientamenti per le politiche sociali*, in E. Gregori "*Strategia di vita familiare-Survey su due coorti di donne liguri"* , F. Angeli, Milano.

Mauri L., Gregori E., 2005, *Famiglie e sistemi di welfare. Soggetti, mutamento, politiche* , in "La Rivista delle Politiche Sociali", n° 4;

Mauri L., Breveglieri L., 1996, *Vivere l'età anziana. Indagine sociologica in un'area avanzata*, FrancoAngeli, Milano.

Pacolet J., Bouten R., Lanoye H., Versieck K., 2000, *Social protection for dependency in old age*, Ashgate, Hampshire, England.

Payne M., 2000, *Il case management nel servizio sociale: valutazione dell'esperienza britannica*, in "Gli operatori sociali nel Welfare Mix", Donati P. e Folgheraiter F. (a cura di), pp. 169-200, Erickson.

Piva P., 2001, *Verso un mercato amministrato dei servizi di cura*, in Animazione Sociale, pp.20-29.

Piva P., 2002, *Buone pratiche per la qualità sociale*, Ediesse, Roma.

Ranci C., 2001, *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, Carocci, Roma.

Rossi A., *Lavoro di cura, in Immigrazione e sindacato. Stesse opportunità, stessi diritti*, IV Rapporto, Ediesse, Roma, 2006.

Rossi A., *Anziani e assistenti immigrate. Strumenti per il welfare locale*, Ediesse, Roma, 2004.

Rothgang H., *L'assicurazione sociale obbligatoria per l'assistenza a lungo termine in Germania*, in "L'Assistenza Sociale", n.°4 (ottobre-dicembre 2001), pp.227-258, Ediesse.

Saraceno C., 1995, *Le politiche sociali alla luce delle nuove richieste di prestazione e di inclusione*, in Mariani G. e Tognetti Bordogna M. (a cura di), "Politiche sociali tra mutamenti futuri e scenari normativi", Milano, Angeli, pp.23-38.

Silvermann P., 1989, *I gruppi di mutuo aiuto: come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Erickson, Trento.

Sipila J. E Simon B., 1999, *Il dibattito sull'assegno di cura: ragioni a confronto*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n.° 10.

Taccani P. (a cura di), 1994, *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti.* FrancoAngeli, Milano.

Taccani P., 2001, *Dare credito a chi cura*, in Adultità, n.° 13, pp. 96-106.

Taccani P., 2001, *Esili indizi. Relazione di aiuto e valori etici*, in Prospettive sociali e sanitarie, n.° 6, pp. 1-2.

Ungerson C., 1995, *Gender, cash and informal care: European perspectives and dilemmas*, in Journal of social policy, n.°24, p.1.

Weekers S. e Pijl M., 1998, *Home care andcare allowances in the European Union*, Utrecht, Nizw.