

I NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO TRA CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO E NUOVO WELFARE

a cura di Luca Romano





I NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO TRA CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO E NUOVO WELFARE

a cura di Luca Romano





A cura di Luca Romano, Local Area Network
I NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO
TRA CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO E NUOVO WELFARE

con il contributo dell'Associazione UIL PENSIONATI VENETO



e dell'Associazione per i Diritti degli Anziani



© Local Area Network s.r.l. 2012
Sede legale: via Festari, 15 – 36078 Valdagno (VI).
Sede operativa: p.tta Gasparotto, 8 – 35131 Padova
Tel. 049 8046411 – Fax 049 8046444
www.lanservizi.com - info@lanservizi.com



Mediafactory edizioni



Stampa
Tipografia Danzo Cornedo - Vicenza
Novembre 2012

Tutti i diritti di copyright sono riservati

I NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO TRA CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO E NUOVO WELFARE

INDICE

PREFAZIONE di Romano Bellissima	<i>p. 6</i>
PRESENTAZIONE di Walter Sperotto	<i>p. 10</i>
INTRODUZIONE di Carla Strappazon	<i>p. 14</i>
I TRE ANELLI DELLA CURA AL NON AUTOSUFFICIENTE di Luca Romano	<i>p. 17</i>
LA RILEVAZIONE SUL CAMPO a cura di Local Area Network	<i>p. 27</i>
1. L'UNIVERSO DEI NON AUTOSUFFICIENTI	<i>p. 29</i>
2. LE MODALITÀ DI ASSISTENZA	<i>p. 33</i>
Il sostegno delle famiglie	
La domanda di servizi	
I costi dell'assistenza	
L'agenda delle priorità	
Focus: le assistenti familiari	
Focus: gli operatori socio-assistenziali	
3. GLI UTENTI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	<i>p. 70</i>
La residenzialità	
L'assistenza domiciliare integrata	
Gli assegni di cura	
Il servizio di telesoccorso - telecontrollo	
Il progetto sollievo	
4. LE RISORSE PER LA DOMICILIARITÀ	<i>p. 84</i>
APPENDICE METODOLOGICA	<i>p. 89</i>
BIBLIOGRAFIA	<i>p. 92</i>

Prefazione

di Romano Bellissima, *Segretario Generale UILP*

È con grande piacere che scrivo questo breve testo a premessa di un lavoro della Uilp Veneto che considero molto valido, interessante e di cui apprezzo anche la continuità. Considero infatti importante che la Uilp Veneto abbia individuato la non autosufficienza come tema prioritario e intorno ad essa abbia costruito un progetto rivendicativo, nel quale si collocano a pieno titolo le due indagini descritte in questa pubblicazione.

Come ribadiamo da tempo, l'azione sindacale della Uil Pensionati si sviluppa soprattutto sul territorio e nella contrattazione territoriale, che assume oggi sempre più importanza per i pensionati, i lavoratori, i cittadini tutti, dal momento che le politiche di Regioni ed enti locali, dalla sanità ai servizi sociali alle politiche fiscali e tariffarie, incidono sempre di più sui redditi e sulla qualità di vita delle persone. Alla base di una buona contrattazione territoriale ci deve essere una conoscenza approfondita della realtà del proprio territorio, come scrive anche Walter Sperotto nella sua introduzione. Questa pubblicazione e le due ricerche sono, dunque, un buon strumento per la Uilp del Veneto e per tutta la Uilp.

I risultati di questo lavoro hanno infatti una specificità regionale, ma anche una validità nazionale e sono molti gli spunti di riflessione offerti dalla lettura delle due indagini, che convalidano le analisi e le proposte della Uil Pensionati.

La non autosufficienza si conferma un problema che coinvolge un numero grandissimo di cittadini (secondo la ricerca oltre il 35% delle famiglie venete) e che richiede un'assistenza integrata, sanitaria e sociale, spesso per tutto l'arco della giornata. Come la Uil Pensionati afferma da tempo, si tratta dunque di un problema di interesse generale, che va affrontato con un progetto globale a livello nazionale e con un intervento congiunto del Governo centrale e di Regioni ed Enti locali.

Dalle ricerche emerge poi una scarsa conoscenza delle norme e della legislazione sui diritti alle cure, sui permessi lavorativi, sulle agevolazioni fiscali, sul ruolo dell'amministratore di sostegno, sui servizi offerti dalle amministrazioni locali. Si sottolinea la necessità di un intermediario tra domanda e offerta per quanto riguarda le assistenti familiari, le badanti.

Si evidenziano i tempi eccessivi e gli iter burocratici troppo complessi per il riconoscimento e la certificazione della disabilità. Su questi aspetti possiamo rafforzare le nostre piattaforme rivendicative territoriali e rendere più stretta la nostra collaborazione con i servizi della Uil, in particolare con il patronato Itai e con il Caf.

Emerge poi con forza il tema dei costi dell'assistenza. Le famiglie dichiarano una difficoltà crescente, aggravata dalla crisi, a sostenere le spese per l'assistenza alle persone non autosufficienti e considerano inadeguati i sussidi, i sostegni economici e le agevolazioni fiscali. Questo è un dato significativo, considerando che le politiche del Governo vanno invece in senso opposto e si propongono riduzioni delle agevolazioni fiscali per le persone con disabilità, modifiche nell'utilizzo dei permessi previsti dalla legge 104, assoggettabilità all'Irpef dell'indennità di accompagnamento e delle pensioni di invalidità. Misure sulle quali come Uilp abbiamo espresso con decisione la nostra contrarietà e che al momento sembrano essere state accantonate, ma resta il fatto che vengono comunque prese in considerazione. È evidente che se già oggi in una Regione come il Veneto, che non è sicuramente tra le più povere, le famiglie considerano insostenibili i costi dell'assistenza alle persone non autosufficienti, non è pensabile che invece di ridurli, questi costi possano essere ulteriormente aumentati.

La famiglia si conferma centrale. Sono molto interessanti le pagine delle ricerche dedicate a questo aspetto e anche le riflessioni di Sperotto nella sua introduzione. È evidente che le famiglie devono essere aiutate a svolgere questo compito fondamentale, che non può ricadere unicamente sulle loro spalle. Per questo noi continuiamo a considerare indispensabile una legge nazionale ad hoc, per evitare le grandissime disparità che oggi esistono tra Regione e Regione ed assicurare servizi, sostegni e prestazioni adeguati ed uniformi in ogni area del Paese. Così come riteniamo necessari un Piano nazionale per la non autosufficienza adeguatamente finanziato, l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria e la loro corretta attuazione ed esigibilità, la definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale, l'aggiornamento del Nomenclatore degli ausili e delle protes.

Va inoltre sottolineato che il peso dell'assistenza alle persone non au-

tosufficienti all'interno delle famiglie oggi ricade in misura preponderante sulle donne, anche anziane che cominciano ad avere un ruolo nel lavoro di cura indispensabile, ma anche insostenibile. Se la nostra società nel suo complesso (Governo, istituzioni, opinione pubblica) non si rende conto di questo e non affronta il problema del lavoro di cura e dell'assistenza alle persone non autosufficienti con un approccio globale, che preveda anche misure previdenziali, fiscali, di contribuzione figurativa, di conciliazione, di politiche del lavoro, le donne continueranno a sacrificare la propria vita personale e lavorativa, il proprio reddito e anche la propria salute, con effetti fortemente negativi sulla coesione sociale, ma anche sull'economia, la crescita e lo sviluppo.

Come è ribadito in questa ricerca, la non autosufficienza è davvero una delle grandi sfide della nostra epoca. Come Sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil siamo stati tra i primi a porre l'attenzione su questo tema e la nostra azione è stata fondamentale per diffondere nel Paese la consapevolezza della necessità di un progetto globale. Oggi, il nostro impegno è ancora più necessario, perché la tutela delle persone non autosufficienti si inserisce nella più vasta azione di difesa del nostro sistema di welfare.

In questi tempi di gravissima crisi, ci troviamo di fronte al rischio concreto di una riduzione progressiva del nostro welfare. Anzi, è già una realtà. È infatti in atto una riduzione della spesa pubblica che non incide in misura drastica sugli sprechi, sulla corruzione, sulla cattiva amministrazione, che non punta alla razionalizzazione, all'efficienza e all'appropriatezza delle prestazioni, ma che opera con tagli lineari che mettono in discussione i servizi e penalizzano le amministrazioni più virtuose.

Parallelamente, il continuo progresso della medicina e della scienza avvicina traguardi in campi fondamentali anche per la cura e la prevenzione di patologie che portano alla perdita dell'autosufficienza, pensiamo ad esempio all'Alzheimer, al Parkinson, alla Sclerosi multipla, alla Sla. Così come l'innovazione tecnologica crea prodotti sempre più sofisticati per aiutare le persone con disabilità.

Se cominciamo a mettere in discussione il diritto universale alla salute, che è peraltro sancito dalla nostra Costituzione, il rischio è che in futuro si crei un doppio binario, con prestazioni di eccellenza solo per chi è in grado di pagare o contribuire ai costi e prestazioni di base (non essenziali,

ma minime) per tutti gli altri.

Il sindacato deve allora mettere in atto una grande azione collettiva per contrastare quello che sta purtroppo diventando un luogo comune e cioè l'idea che il welfare sia un costo che non ci possiamo più permettere. Quello che come italiani non ci possiamo più permettere sono una cattiva e inefficiente spesa pubblica, sono i costi abnormi della partitocrazia, sono gli sprechi e la corruzione, sono l'evasione e l'elusione fiscale e previdenziale che non hanno uguali nelle altre nazioni altamente sviluppate. Il nostro sistema di welfare è invece una ricchezza per l'Italia e per i suoi cittadini, produce lavoro, diretto e indiretto, crea benessere e migliore qualità della vita e può contribuire a rilanciare la crescita e lo sviluppo.

Presentazione

di Walter Sperotto, *Segretario Regionale UILP del Veneto*

La UILP del Veneto, in questi ultimi due anni, ha sostenuto le sue piattaforme di azione sindacale attraverso una costante attività di ricerca che ci aiutasse a scandagliare a fondo il pianeta della non autosufficienza. La scelta di effettuare delle ricognizioni nasce dall'incrollabile certezza che siamo di fronte a una componente sociale sempre più rilevante, non solo dal punto di vista numerico, come noto, ma soprattutto per le dinamiche che sta innescando sulle relazioni intergenerazionali, nel rapporto tra famiglia e welfare, nella sostenibilità sociale e adeguatezza del sistema sanitario e nella sostenibilità, infine, della finanza pubblica, del welfare previdenziale e socio – sanitario.

L'intreccio di queste dinamiche con la crisi economica e con le durissime restrizioni delle leve di finanza pubblica è stato ambivalente. Se da un lato, infatti, ha decretato l'impraticabilità della spesa facile per allargare in modo estensivo i servizi sanitari e residenziali, dall'altro, in particolare qui in Veneto, per indubitabili ragioni anche di cultura, ha ravvivato forme di capitale sociale e di solidarietà alimentate dalla famiglia. Nella discussione al nostro interno è stato sottolineato sia come ciò connoti la coesione della società veneta, sia come la crisi ha probabilmente accentuato questa tendenza non per scelta ma per necessità.

Le risorse pubbliche sono in riduzione e, inevitabilmente, vanno maggiormente canalizzate per la copertura degli assegni di accompagnamento. Il mercato avverte la differenziazione dei bisogni lungo una piramide sociale che accentua le disuguaglianze e offre residenzialità protetta e prodotti assicurativi.

Già nel prossimo triennio, stime prudenziali indicano una crescita della popolazione dei non autosufficienti in Veneto da 162.000 a 193.000. La UILP veneta ha squillato un campanello di allarme prima ancora che la sensibilità istituzionale fosse sufficientemente avvertita delle conseguenze economiche, sociali e culturali di questa espansione.

Il primo passaggio che abbiamo compiuto è stato quello di effettuare una rilevazione su un campione di 200 famiglie venete per capire la rilevanza del bisogno di assistenza e le scelte conseguenti. I risultati indicano

un elemento incontrovertibile che assegna comunque una centralità alla famiglia come gestore diretto dell'assistenza.

La permanenza dell'anziano in casa propria o in quella dei figli con l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e insieme, o in sostituzione, della badante ha implicazioni molto importanti sia per l'organizzazione dei servizi di medicina territoriale, sia per le direttrici della spesa sociale. Molto coerente con questo assetto, si è rivelato l'investimento regionale nel sistema di telecontrollo e telesoccorso. Quello che è da verificare è come vive la quota significativa che è fuori dal sostegno. D'altro canto il ricorso alle strutture residenziali è comunque consistente (2 su 10), sia numericamente sia qualitativamente, e con la crisi si sta accentuando l'elemento di selettività dell'accesso.

Per quel che riguarda la domanda, il fabbisogno di assistenza, come Sindacato ci siamo posti un interrogativo di programmazione correlato alle trasformazioni socio – demografiche. Che ne sarà in prospettiva della consistenza della sussidiarietà familiare se i trend di mutamento strutturale della famiglia proseguono come è inevitabile che avvenga? I segnali che la famiglia tradizionale si assottiglia sono noti e la giurisprudenza sembra allentare l'obbligo di assistenza da parte dei parenti dell'assistito.

Il riconoscimento che abbiamo posto del ruolo della famiglia nelle attività dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata ancora più focalizzata nella seconda ricerca. Ci preme non avallare un malinteso concetto di "sussidiarietà". Appurato, infatti, che la ospedalizzazione della non autosufficienza cronica è non solo costosissima, ma altresì sbagliata dal punto di vista terapeutico e sociale; riconosciuto che l'accesso alle strutture residenziali di cura agli attuali trend di crescita, con i sempre più diffusi problemi di reddito delle famiglie, non è sostenibile, se non in parte con gli interventi della finanza pubblica, statale, regionale e comunale, il potenziamento inevitabile del ruolo delle famiglie deve essere attuato in un quadro normativo e fiscale di incentivo da parte delle istituzioni. No alla sussidiarietà come mero "scaricamento" dei problemi alla famiglia.

La seconda ricerca, di conseguenza, ha focalizzato i lavori di cura, e ha visto protagoniste le nostre strutture sindacali per le pari opportunità che hanno somministrato i questionari rivolti alle famiglie. Ci ha anche un po' stupito la coerenza dei risultati tra una ricerca come la prima, effettuata

per telefono come sondaggio universalistico, e la seconda, con questionario a somministrazione diretta ai diretti interessati, le famiglie che hanno in casa un non autosufficiente. La percentuale di preferenza per il mantenimento dell'anziano non autosufficiente in famiglia è identica, riguarda tre casi su quattro. Al suo interno, ovviamente, convivono sia la motivazione di scelta affettiva e culturale, sia quella di "interesse" dovuta all'inadeguatezza delle risorse da destinare alla residenzialità esterna.

Ma ciò che come Sindacato e, insieme le istituzioni, devono apprendere e trasformare in piattaforme negoziali e di programma consiste nella messa a sistema del rapporto famiglie e welfare; il nostro futuro appare sostenibile soltanto in misura che ci sia un modello in forma mista, in cui ogni elemento sostiene l'altro in forme di interdipendenza fiduciaria.

Le trasformazioni della famiglia non vanno automaticamente nel senso di una maggiore e risolutiva sussidiarietà, si sta consumando una parte del potenziale di solidarietà; non è un caso che recentemente uno studio della CEI, *Il cambiamento demografico* (Laterza 2011) assegna anche alla fascia di anziani autosufficienti un pieno coinvolgimento nella cura, o in funzioni complementari, dei loro coetanei meno fortunati. Cosa che già avviene nella sfera volontaristica, ma che potrebbe essere meglio organizzata in formule tipo "banca del tempo" che rende reversibile, in fase di bisogno, l'aiuto prestato.

Il terzo elemento qui contenuto è uno studio dell'offerta regionale, documentata attraverso il ricchissimo patrimonio di dati dell'Assessorato al Sociale della Regione Veneto. Quello che si riscontra, suffragato dalle ricerche, è il problema dell'informazione agli utenti e alle loro famiglie: deve essere diffusa, tempestiva e sistematica. Ci vuole uno Sportello Unico e un Portale integrato. Ma il tema dell'informazione non è mai solo tecnologico, in realtà è la vitalità di una rete sociale che deve essere sempre alimentata e allargata.

In secondo luogo è indispensabile che la politica regionale conosca più a fondo la disponibilità territoriale di strutture e servizi, per governare occorre conoscere, conoscere bene. Le variabili sono molte, dagli appalti alla qualità del personale al raccordo con l'ADI, l'assistenza domiciliare sociale (SAD) e la formazione delle badanti. Terzo, occorre mettere mano alla governance, che deve essere unitaria, visto il ruolo di Regione, ULSS e Comuni nella spesa

sociale e nei modelli di organizzazione mista che si prospettano.

Il Veneto, per fortuna, non parte da zero. Le difficoltà di bilancio, però, in un quadro di crescita dell'utenza non lasciano spazio alle illusioni. Dobbiamo saper intervenire usando sempre meglio risorse pubbliche sempre più scarse. Quello che oggi va posto con forza alla Regione, e come parti sociali siamo disponibili a fare la nostra parte, è di avere un progetto famiglia per la Non Autosufficienza.

Danneggia il ritardo nella prospettiva dell'introduzione del federalismo fiscale ex legge 42 del 2009 e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Socio – Sanitarie. La verifica sui costi standard deve essere correlata alla appropriatezza e qualità del servizio, il costo non è un'unità astratta dal tipo di prestazione. Noi abbiamo una grande varietà di situazioni e specificità, come la montagna, da tenere presente.

Concludiamo questa presentazione con l'augurio che la negoziazione del welfare riceva, da ricerche come questa, un impulso ad evolvere su standard sempre migliori. Uno dei punti di forza del nostro modello di (auto) organizzazione è stato lo stretto connubio tra le due "s" di sociale e sanitario, come attesta il PSSR recentemente adottato. Non sarebbe il caso di sancire questa interdipendenza anche ai livelli istituzionali e funzionali regionali?

Introduzione

di Carla Strappazon, *Responsabile Coordinamento Pari opportunità Uilp Veneto*

Il Coordinamento per le Politiche di genere e le Pari opportunità della Uilp Veneto ha partecipato e contribuito in misura rilevante alla realizzazione della seconda indagine i cui risultati sono illustrati in questa pubblicazione.

In particolare, come gruppo di donne che costituisce il Coordinamento abbiamo organizzato e svolto le interviste a familiari, operatori socio assistenziali e badanti che si prendono cura di anziani non autosufficienti o disabili.

Ci siamo subito rese conto che il compito non sarebbe stato facile. L'obiettivo di realizzare interviste dirette tramite incontri faccia a faccia ci ha posto di fronte a diffidenze e timori: paura di far entrare persone sconosciute nelle proprie abitazioni, paura che le interviste potessero essere utilizzate per togliere diritti acquisiti o sostegni economici.

Abbiamo quindi cercato di vincere queste diffidenze e paure adottando soluzioni e approcci differenziati. In alcuni casi abbiamo realizzato le interviste nelle sedi Uilp, in altri casi ci siamo appoggiati al nostro patronato Itai o al Caf Uil, in altri siamo state supportate da assistenti sociali che erano già conosciuti dalle persone da intervistare. In questo senso, è stata molto preziosa l'esperienza professionale di alcune di noi, che operano od operavano nel campo del sociale.

L'indagine si è così avviata sul binario giusto. Le difficoltà iniziali a trovare le persone disposte a farsi intervistare e a trovare le giuste modalità per intervistarle sono state superate e siamo rimaste piacevolmente sorprese da come il nostro lavoro a un certo punto sia diventato 'semplice'. È stata una esperienza molto valida anche dal punto di vista umano, perché si sono create relazioni e momenti di empatia con persone che vivono condizioni di grandissima difficoltà, con molta dignità e a volte con reale disperazione.

Alla fine, analizzando i risultati di questa indagine e dell'indagine svolta precedentemente, sono molte le considerazioni che si potrebbero fare.

Vogliamo qui focalizzare l'attenzione sul ruolo fondamentale delle donne nell'assistenza alle persone non autosufficienti. Le nostre interviste e le

due ricerche nel loro complesso hanno confermato alcuni dati noti: la cura delle persone non autosufficienti sta assumendo un rilievo sempre più importante nelle famiglie e ricade in massima parte sulle donne, che hanno una grandissima difficoltà a conciliare lavoro di cura e lavoro retribuito. Aumenta il numero delle donne pensionate che assistono congiunti più anziani e non più autosufficienti. Il lavoro di cura ha ancora scarsa visibilità e non è riconosciuto; è spesso considerato un 'non lavoro' e si trascura il suo valore economico e il suo contributo alla crescita del Pil. Emerge l'assenza di proposta legislativa per l'obbligo di posizione assicurativa Inps per il lavoro di cura familiare, onde evitare anche la futura povertà delle assistenti che, rinunciando al lavoro per l'assistenza ai non autosufficienti o disabili, non avranno una pensione futura.

Questo lavoro della Uilp Veneto conferma dunque la necessità di un approccio di genere nelle politiche per la non autosufficienza, che tenga adeguatamente conto (anche per quanto riguarda le politiche previdenziali, occupazionali e di conciliazione) del ruolo svolto dalle donne nell'assistenza, nonché del fatto che sono donne anche la maggioranza delle badanti e delle persone assistite.

Più in generale, le due ricerche evidenziano l'esigenza di modifiche profonde nelle politiche per la non autosufficienza, anche nella nostra Regione, che oggi non sono adeguate a rispondere ai problemi dei singoli e delle famiglie.

Alcune proposte: progettare servizi e orari che favoriscano la conciliazione vita, lavoro retribuito, lavoro di cura; realizzare corsi di formazione rivolti ai familiari che assistono le persone non autosufficienti; realizzare corsi di formazione per le badanti; realizzare punti di incontro, sportelli che mettano in contatto familiari e badanti; potenziare l'informazione sui servizi e sui sostegni economici offerti dal Governo nazionale, dalla Regione e dagli Enti locali; snellire la burocrazia e gli adempimenti; potenziare i servizi e i sostegni anche economici; prevedere l'obbligo di contribuzione per chi svolge il lavoro di cura non retribuito; favorire la domiciliarità, tenendo conto delle esigenze delle famiglie. E, infine, promuovere la consapevolezza che il lavoro di assistenza e di cura ha una forte valenza sociale e non è una questione privata.

Un'ultima osservazione. Dalle interviste realizzate emerge come le dif-

ficoltà e i disagi delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie siano comuni a tutte le province, senza differenze di rilievo tra le diverse realtà territoriali. Quello che fa la differenza sono le politiche degli Enti locali, sono quelle amministrazioni che mostrano maggiore sensibilità, che investono maggiori risorse, che sanno organizzare meglio i servizi e controllano la loro qualità e la professionalità degli operatori. Questo conferma che come Uilp possiamo svolgere un ruolo importante nella contrattazione sul territorio per sollecitare la Regione e i Comuni a sviluppare e organizzare servizi adeguati.

I tre anelli della cura al non autosufficiente

di Luca Romano, *direttore Local Area Network*

1. In un mondo globalizzato dove valgono in modo sempre più stringente i principi della competizione, l'orizzonte della non autosufficienza è una sorta di questione sociale limite. Nel senso che esprime il limite oltre il quale il modello competitivo non può andare. Ma anche il limite entro il quale la redistribuzione delle risorse del welfare deve far quadrare la propria sostenibilità. Prima di cedere alla tentazione di un approccio "macro" - tecnocratico, sulle grandi variabili e tendenze demografiche e di finanza pubblica che costituiscono il nucleo "funzionale" del welfare, scendiamo nelle nostre città e territori. Vediamo come si affollano tanti fotogrammi, compositi, diversi e anche confusi, che ci restituiscono un'immagine frantumata della non autosufficienza. A monte un equilibrio si è spezzato. Nei mille rivoli della quotidianità, persone singole, famiglie, comunità, medici di medicina generale e territoriale, volontariato, badanti, enti locali e ulss in qualche modo, tessono i fili di una riorganizzazione.

L'equilibrio spezzato è quello della famiglia forte¹, che si autogestisce il problema degli anziani non più autosufficienti o "in casa" letteralmente, a volte con il ricorso necessario alla badante e all'adi (assistenza domiciliare integrata) che viene organizzata dal welfare territoriale; altre volte, con l'affido alle strutture residenziali, che in Veneto hanno una diffusione capillare, pubblica e privata.

Nelle ricerche che abbiamo condotto per la Uilp del Veneto, si badi, questo capitale sociale è ancora robusto. Sondaggi e questionari diretti confermano che in tre quarti dei casi la scelta familiare è quella di tenersi l'anziano in casa sua o in quella propria. Chi non sta in casa fino a qualche anno fa, lo sappiamo, veniva affidato alle strutture residenziali, nelle quali il pagamento della retta, avviene con la pensione, l'assegno di accompa-

1. Sul tema della famiglia nella attuale transizione sono molto suggestive le note di Aldo BONOMI: "La famiglia nell'era delle moltitudini" in "Communitas" 38/2009, pp. 69 - 82. In questa riflessione si approfondisce bene l'ambivalenza sempre più marcata che attraversa la famiglia: "Nel complesso, sia che consideriamo la famiglia metropolitana, sia quella alpina, il punto è che questa sembra diventare, alternativamente, o l'ultimo baluardo della disgregazione sociale o il luogo di origine stesso del disagio sociale" ivi pp. 79 -80.

gnamento Inps, il contributo regionale e, nei casi in cui non si raggiungesse la quota, con il contributo dei famigliari. In assenza di pensione o redditi famigliari provvede l'Ente Locale. L'equilibrio di quello che a buon diritto è stato rivendicato come modello si raggiungeva in due modi: a) con la forte deospedalizzazione della cura sanitaria dei pazienti; b) con la forte sussidiarietà fondata su famiglie, badanti, residenzialità extraospedaliera e medicina territoriale. Ne è derivata una reciprocità sussidiaria ben temperata, comunque fondata su risorse affluenti nel sanitario e nel sociale pubblico, tra le famiglie e il welfare.

La deospedalizzazione ha frenato l'uscita di controllo della spesa sanitaria per la crescita quantitativa e prestazionale implicata dagli anziani non autosufficienti. Il capitale sociale costituito dalle famiglie senza e più spesso con le badanti ha fatto il resto, in un circuito virtuoso ineccepibile, fatto espressamente proprio, non a caso, dal *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010* (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2010).

Quello che abbiamo rilevato con le due ricerche di questo *Rapporto* è che l'adeguatezza del modello si sta scontrando con alcuni elementi nuovi indotti dalla trasformazione socio-culturale in atto nella famiglia, dalla crisi economica e dalle restrizioni consistenti della spesa pubblica destinata al sociale. Questo non mette in crisi il modello, la cui sostenibilità è sensibilmente superiore di quelli sperimentati in altre forme di welfare regionale, che hanno magari tentato la via scandinava alle forme di cura e di protezione sociale. Allo stesso tempo, ne consuma alcuni presupposti, che vanno ben monitorati e rialimentati, pena un pericoloso processo di usura.

Le famiglie non sono più quelle di un tempo. La principale minaccia è la diffusione dell'"individualismo negativo" di cui parla Robert Castel². A differenza di quello dei Quaranta Gloriosi anni del miracolo economico ve-

neto, permeato di personalismo comunitario e di azione cooperante, nel ventennio della globalizzazione neoliberista si è diffuso un individualismo "assoluto", basato sull'autoaffermazione dell'io e su un principio di scioglimento³ dei legami. Né più né meno di ciò che Bauman chiama la società liquida. Ebbene, con la crisi economica esplosa nel 2008 e ormai configurabile come una Nuova Normalità, questo individualismo si capovolge di segno: la rottura di legami più che all'autoaffermazione ego - centrata si trasforma in isolamento, anonimato, impoverimento simbolico e soggettivo. Gli è dolorosamente immanente una carica regressiva, che in diverse situazioni degenera in depressione.

Se a questo processo culturale ne affianchiamo uno strettamente interdipendente come il declino demografico, per la natalità e la nuzialità, inesorabilmente le variabili strutturali ci dicono che il numero medio di componenti delle famiglie sta scendendo in modo consistente, il 33% delle famiglie venete è senza figli e il 60% ne ha uno solo (Annalisa BASSO 2012). Ne viene che, tendenzialmente, in futuro la leva dell'accogliamento famigliare dell'anziano sarà sempre più debole.

Il peso della crisi economica, invece, ha un effetto ambivalente nel rapporto tra anziani e famiglie. Da qualche tempo, infatti, alcuni indicatori hanno attestato che i licenziamenti, la cassa integrazione, la perdita del lavoro o, comunque, di fonti di reddito stanno inducendo a riportare dalle case di riposo a casa il proprio congiunto: sia per l'involontaria disponibilità di tempo da dedicargli, sia per ridurre l'onere della retta e beneficiare di pensione e assegno di accompagnamento⁴.

Un altro indicatore importante di adeguamento spontaneo nel ricorso alle funzioni di cura è l'espansione del fenomeno delle badanti, che è inversamente proporzionale al ridursi del "welfare nascosto" costituito dai famigliari. Con la trasformazione della famiglia a cui abbiamo fatto

2. "Ma è altrettanto ingenuo pretendere che l'abolizione di queste protezioni 'liberi' un individuo, che aspetterebbe solo questa occasione per dispiegare finalmente tutte le sue potenzialità. Si tratta dell'ingenuità dell'ideologia neoliberale dominante. Essa omette di prendere in considerazione il fatto essenziale che l'individuo contemporaneo è stato profondamente forgiato dalle regolazioni statuali. Non è in grado, se così si può dire, di rimanere in piedi da solo, poiché è come se fosse stato irrorato e attraversato dai sistemi collettivi di sicurezza allestiti dallo Stato sociale", così Robert CASTEL: *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, trad. it. Einaudi, Torino 2004, pp. 69 -70

3. Ab - solutus, ovvero etimologicamente "sciolto da".

4. "Vedi l'ampio servizio a cura di Francesca GAGNO "Se il nonno torna a casa per la crisi" in "La Vita del Popolo" 1 luglio 2012, la conferma del dott. Arrigo BOITO, del Servizio anziani dell'ULSS n. 1 di Belluno, in "Il Corriere delle Alpi" 30 agosto 2012, Loris DEL FRATE su Pordenone in "Il Gazzettino" 16 ottobre 2012. Intervistato dallo scrivente Gianni ROLANDO, Presidente dell'IPAB di Vicenza, conferma: "All'inizio le richieste di rilascio degli ospiti sembravano un fenomeno marginale, caratterizzante solo le Ipab più grandi, invece con il passare del tempo i casi sono in aumento e riguardano tutti".

riferimento il ricorso al lavoro privato di cura è destinato ad aumentare: “Nell’ultimo decennio pertanto ...le assistenti famigliari sono divenute per la famiglia di gran lunga le risorse più utilizzate per l’assistenza della popolazione anziana fragile a domicilio. Le cosiddette ‘badanti’ sono ormai un elemento strutturale dell’assistenza agli anziani” (Ministero del Lavoro e del Welfare 2010, pag. 44).

Infine, un ulteriore anello forte, nel territorio, è costituito dalla figura del medico di medicina generale, presenza territoriale del sistema sanitario, artefice, in virtù del suo eclettismo, di efficaci combinazioni di frontiera: “il medico di medicina generale conosce profondamente la situazione fisica, psicologica e sociale del malato (e della sua famiglia). La sua collaborazione con gli altri attori è fondamentale per ottenere i migliori risultati. Egli è il responsabile clinico del processo assistenziale, richiede la collaborazione di altre figure professionali, prescrive la terapia e gli accertamenti specialistici necessari, informa i famigliari sullo stato di salute del malato e sulle prestazioni richieste, effettua le visite domiciliari programmate ed è disponibile per le emergenze diurne”⁵.

Il medico generale di base è decisivo nel rapporto con la rete che il sistema sanitario organizza sul territorio in termini di assistenza domiciliare, nella quale spesso i contenuti di carattere sociale e sanitario sono inestricabili e il personale viene reclutato tra le file del pubblico (Ente Locale, ULSS) o del privato sociale (cooperative).

2. La curva demografica ci dice che la vita si allunga, pertanto aumenta il numero assoluto di anziani e in senso relativo in rapporto alla popolazione; in proporzione, aumenta il numero di non autosufficienti in rapporto alla quota di anziani e di molto tra gli ultraottantenni. Si tratta di un processo incontrovertibile, che interroga alla radice la sostenibilità del nostro welfare e dei modelli di cura che lo connotano.

Il Veneto da diversi anni ha consolidato il binario della residenzialità extraospedaliera per contenere i costi di una sanitarizzazione eccessiva

della non autosufficienza. La Regione ha attivato le reti dell’assistenza domiciliare integrata, ha spinto sulle forme sociali di assistenza, complementari alle prestazioni sanitarie, ha implementato il telecontrollo/telesoccorso e ha destinato risorse per assegni di cura (in particolare Alzheimer), buoni di servizio e assegni di sollievo alle famiglie. Ha onorato, da questo punto di vista, la sua vocazione genetica a plasmare le azioni sul binomio interdipendente di sociale e sanitario: un’impostazione culturale che trasforma il capitale sociale della tradizione in un più che moderno sistema per far funzionare al meglio l’insieme di discipline tecniche della cura medica in un contesto di relazioni di comunità.

Questo codice, innanzitutto socio-culturale, fondato sullo spessore delle relazioni famigliari, ha finora costruito una diga contro il *mainstream* neoliberalista del mercato, ma anche contro le derive statalistiche che pure connotano l’Italia in molti territori. Tutto bene dunque? No. Le ricerche che la Uilp del Veneto ha voluto condurre hanno acceso un faro su tre criticità, che erodono parzialmente quel capitale sociale: l’aumento del fabbisogno in rapporto alla diminuzione delle risorse di derivazione pubblica; le difficoltà di molte famiglie con non autosufficienti alle prese con gli effetti della crisi economica; i punti di dissociazione tra famiglie e servizi pubblici, che rischiano di snaturare una buona pratica di sussidiarietà in una delega di mera deresponsabilizzazione del pubblico rispetto al privato. Il cambiamento, quindi, incide sia sul lato della domanda che dell’offerta, e soprattutto sul versante di interazioni, finora ben strutturate, di ruolo pubblico e di funzioni auto-organizzate dal tessuto famigliare e comunitario. I segnali sono: il calo di risorse regionali nel 2011, la revisione dei riparti delle ULSS, ma soprattutto i forti divari tra tali riparti nei diversi territori. Il Veneziano, in particolare, si caratterizza per una crescita dei fabbisogni intorno al 30%: è talmente marcata da spiegare l’enfasi che lì ha assunto la discussione sulla compartecipazione alla spesa sociale da parte dell’utenza.

L’offerta, inoltre, non presenta più le caratteristiche rassicuranti di qualche anno fa, in cui la “risorsa famiglia” si connotava per la solidità dei riferimenti culturali, anche religiosi; ma soprattutto per una transizione dolce dalla civiltà rurale all’industrializzazione diffusa che non aveva snaturato la caratterizzazione estesa, di piccola comunità che poteva assolvere al suo interno anche a compiti di assistenza ai propri anziani. Rotture, scom-

5. Cfr. Giuseppe GRECO e Stefano IVIS “Modelli di assistenza domiciliare al fragile” cap. 8 del volume Alberto F. DE TONI - Francesca GIACOMELLI B. – Stefano IVIS (a cura di): Il mondo invisibile dei pazienti fragili. La fragilità interpretata dalla medicina di famiglia mediante la teoria della complessità, UTET, Torino 2010, pag. 176.

posizioni, nuclearizzazione e frammentazioni delle famiglie sono all'ordine del giorno, anche in Veneto, e non solo nei contesti maggiormente urbanizzati.

Pertanto l'encomio di rito che dobbiamo sempre rivolgere al "modello sociosanitario veneto" non può trascurare l'intensità di cambiamenti che ne stressano le migliori caratteristiche e che, per usare un termine molto in voga, possono garantirne la sostenibilità nelle nuove condizioni di contesto, solo a prezzo di una vigorosa manutenzione. E, questa, probabilmente va rinforzata anche con alcune innovazioni qualitative.

Ragioniamo sul funzionamento del sistema: il soggetto che più è sotto pressione, la famiglia, in prospettiva sarà meno presente e, comunque, pur essendo quello che drena meno risorse pubbliche, è quello meno premiato. Al livello immediatamente successivo, quello della famiglia con l'aiutamento delle badanti, si riscontra una certa disorganizzazione, in cui le leve della diffusione delle informazioni sono ancora quelle della massima informalità diretta (il passaparola), ma con alcuni inaccettabili ritardi e carenze normative dalla regolarizzazione alla formazione.

Da qualche tempo sono state progettate azioni positive, in questo senso, in cui intervengono le unità sociosanitarie e anche le reti di agenzie per l'impiego⁶.

Nel caso dell'assistenza familiare, quindi, il ricorso emergenziale alle badanti è uno stato di necessità che può assumere alternativamente la forma di rinforzo o di surroga. Nel primo caso, quello dell'integrazione alla presenza diretta dei famigliari e a quella funzionale dell'ADI, riscontriamo il massimo livello di partecipazione economica da parte dell'anziano e di minore intervento da parte del sistema sanitario gratuito. Nel caso in cui vi sia l'affidamento del non autosufficiente a strutture residenziali, dovuta sia alla gravità delle patologie e alla complessità delle funzioni di assistenza, sia a necessità pratiche dei famigliari le implicazioni sul welfare sono nettamente maggiori e aprono una potenziale frattura nel sistema di offerta pubblica:

6. "Per rispondere alle nuove necessità delle famiglie è stato siglato il protocollo d'intesa tra la Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 21, l'Azienda Ulss 21, l'Anci Veneto e l'Agenzia per il Lavoro Umana, che collaboreranno da un lato per fornire alle famiglie che ne faranno richiesta un servizio di qualità, costruito sulle esigenze della persona, e dall'altro seguiranno la formazione di persone interessate ad intraprendere questa professione" così l'ULSS n. 21 di Legnago, 14 agosto 2012.

"l'80% della spesa sanitaria viene assorbita da pazienti cronici, anziani, fragili. Il tema del paziente anziano, del paziente cronico, è per elezione il luogo dove si gioca la connessione tra l'ambito sanitario e l'ambito amministrativo-politico, che è quella che consente o meno di rendere efficiente il tutto. In tutte le linee guida ci viene spiegato che, ad esempio, il rapporto ospedale – territorio, il rapporto degenza e post – degenza rappresentano anelli cruciali"⁷. Partendo da questa consapevolezza della crucialità del rapporto tra sociale e sanitario, Paola Pessina così continua: "quello a cui assistiamo è una dialettica in cui ciascuno dei due sistemi fa i conti con le risorse di cui dispone e tende a risparmiare il più possibile, con l'effetto paradossale di due sistemi che entrano in concorrenza o addirittura diventano antagonisti quando in realtà l'oggetto è il cittadino che ha un bisogno di salute che deve essere saturato".

La struttura di cui si parla è inserita nel contesto lombardo, ma questo è il tema anche per il Veneto: come strutturare una convergenza virtuosa tra sociale e sanitario che sia la più adeguata ai bisogni di cura e assistenza del non autosufficiente e consenta la sostenibilità di bilancio complessiva? Non a caso le operatrici attestano che "negli ultimi anni stiamo assistendo all'inasprirsi del fenomeno del camuffamento del bisogno sociale in "bisogno" sanitario, soprattutto laddove la famiglia, se c'è, ha problemi a pagare, poiché l'offerta al bisogno sociale è a pagamento, mentre a quello sanitario è gratis". Questa dinamica ha comportato una maggiore pressione sulle strutture sanitarie di pazienti difficilmente dimettibili per ragioni sociali. Un altro aspetto non meno delicato è rappresentato dalla difficoltà della finanza locale, dei Comuni, di surrogare nella copertura delle rette nelle case di riposo l'assenza della pensione e dei famigliari dell'anziano⁸. A questo punto abbiamo tutti gli elementi per comprendere come integrando in modo inappropriato le famiglie e le assistenti famigliari con l'offerta sociale e sanitaria si mettano a repentaglio le virtù del

7. "Il paziente anziano" Barbara Bertocin intervista Paola Pessina e Laura Balestrini, rispettivamente Presidente e Direttrice della Casa di Cura Ambrosiana istituita all'interno della Fondazione Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone, "Una Città" n. 197, ottobre 2012.

8. "Chiunque lavori nei Comuni nell'ambito delle politiche degli anziani sa bene di cosa parliamo. Basterebbe prendere il bilancio di qualsiasi comune: la voce delle rette dei ricoveri per gli anziani è pesantissima" in "Il paziente anziano" cit.

modello veneto di assistenza alla non autosufficienza. Sono in affannoso cambiamento i due pilastri del tradizionale equilibrio, la famiglia forte e la spesa espansiva del welfare, pertanto bisogna saper intervenire con una chiarezza di visione e una notevole duttilità degli strumenti.

3. Intanto un consiglio non richiesto, ai responsabili istituzionali della Regione Veneto in materia. Il corpus dei cambiamenti e le sfide sono tali da rendere necessario un approccio altamente partecipato ai problemi della non autosufficienza, adottando sistematicamente il metodo di ascolto, dialogo e condivisione sperimentato, per esempio, proprio dalla Uilp veneta. In altri termini, più canonici, si tratta di costruire un “Libro Bianco” attivando percorsi di capillare compartecipazione alla reimpostazione delle politiche in un contesto di risorse sempre più scarse sia dal lato delle famiglie sia della finanza pubblica. Perché occorre la partecipazione? Perché il modello funziona solo attraverso un’intensa valorizzazione della sussidiarietà. E qui i passaggi fondamentali da gestire sono almeno tre.

Il primo è quello che la “risorsa famiglia” va allargata a un soggetto informale, la cui funzione nell’assistenza domiciliare di tipo sociale è già oggi molto apprezzata, ancorché minoritaria (10%): il ruolo degli anziani autosufficienti nelle attività di accompagnamento e di vera e propria assistenza ai non autosufficienti. Come afferma Giuseppe De Rita “non siamo più dinanzi alla vecchiaia come dato anagrafico standardizzato, l’età ha smesso di essere l’unico e condiviso spartiacque che segna l’ingresso nella fase declinante della vita, ma ve ne sono altri, tutti molto individualizzati (pensionamento, perdita dell’autosufficienza ecc.), perché anche la vecchiaia, come tutti i fenomeni sociali, subisce l’impatto dell’alta soggettività che domina la realtà sociale attuale”⁹. Ne viene che una parte molto consistente di anziani vive la soggettività della longevità come risorsa “e – aggiunge De Rita - già oggi vediamo quanti, spontaneamente, per scelta soggettiva di reinvestimento negli anni di vita di cui dispongono, magari dopo una vita fatta sino a quel momento di carriera e famiglia, conquistano un ruolo nei circuiti sociali, artefici di reti di nuova socialità

9. Giuseppe DE RITA, “Prefazione” a AA.VV.: *La risorsa longevità. Un approccio concreto e innovativo*, Marsilio Venezia, 2008, pp. 3 – 5.

dal basso”. Senza compromettere il senso di volontarismo solidaristico si dovrebbe pensare a una banca del tempo, che strutturi una sorta di diritto alla reciprocità (o reversibilità) dell’aiuto prestato, nel caso in cui con il passare degli anni si dovesse cadere della non autosufficienza: “Sarà con ogni probabilità necessario ricorrere in misura sempre maggiore alla solidarietà intragenerazionale, cioè al ‘lavoro’ di assistenza e cura fornito da parte di anziani e vecchi in condizioni accettabili di salute ad anziani e vecchi che ne abbiano bisogno perché non autosufficienti. Questo lavoro potrebbe dar loro dei ‘crediti’ da esigere quando essi stessi fossero colpiti, più avanti nell’età, da una qualche forma di non autosufficienza”¹⁰. L’Ente Locale andrà pienamente coinvolto in questo processo di trasformazione della famiglia allargata spontanea in comunità di prossimità costruita, organizzata, scelta¹¹.

Il secondo è che i lavori di cura, esercitati in famiglia, vanno riconosciuti giuridicamente per gli aspetti regolativi, formativi, fiscali e previdenziali: va premiata doppiamente l’opera diretta alla cura del familiare non autosufficiente, sia per l’onere assunto da conciliare con il lavoro e altre responsabilità familiari, sia per il risparmio concreto che indirettamente si procura al funzionamento del welfare. Questo processo di riconoscimento, che è straordinariamente coerente con una migliore allocazione delle risorse del welfare socio-sanitario, dovrebbe correlarsi a una riforma dell’indennità di accompagnamento, la cui graduazione va proporzionata alla gravità del bisogno¹². E si deve trattare di una graduazione al bisogno sociale e sanitario, prendendo quindi in considerazione sia la condizione sociale che lo stato di salute. Inoltre l’assegno di accompagnamento dovrebbe essere integrato da un voucher per l’assistenza, erogato dalla Regione e del tutto sostitutivo alle integrazioni dirette alle rette nelle case

10. Comitato per il progetto culturale della CEI (a cura di): *Il cambiamento demografico*, con prefazione di C. Ruini, Laterza, Bari 2011, pag. 69.

11. È proprio di questi giorni l’esperimento di assistenza agli anziani non autosufficienti nei quartieri di Vicenza degli anziani soli, finanziato dalla Fondazione CariVerona, gestiti attraverso quindici volontari cfr. Gian Maria COLLICELLI: “Troppi anziani lasciati soli. Arriva la badante comunale” in “Corriere del Veneto” 1 novembre 2012.

12. Cfr. Luca BELTRAMETTI: “Politiche per la non autosufficienza” in Carlo DELL’ARINGA e Tiziano TREU (a cura di): *Le riforme che mancano. Trentaquattro proposte per il welfare del futuro*, Il Mulino, Bologna 2009, pp.299 – 307. Beltrametti spiega che in Germania e in Francia è già così

di cura, di cui l'anziano può disporre come libera scelta: può destinarlo ai famigliari, alla badante o per coprire una parte dei costi della struttura residenziale. La contribuzione diretta al paziente rafforza il ruolo della domanda e favorisce una modulazione dell'offerta in modalità più appropriate alla manifestazione dei bisogni. Per esempio l'assegno di assistenza può incentivare la permanenza in famiglia e favorire la regolarizzazione del badante compresi i suoi costi di formazione specifica. Alla fine di questo percorso dovrebbe essere chiaro che la funzione del pubblico dovrà essere ampiamente rivoluzionata in un quadro di sussidiarietà fortemente reciproco e proattivo con la famiglia e la società civile. Non basta più la divisione del lavoro con la famiglia che aveva caratterizzato l'epoca del welfare espansivo.

Il sistema pubblico deve assumere una "sostanziale leggerezza" per accompagnare questo processo, il contrario di un malinteso spirito di delega, che confida nelle inesauribili risorse spontanee della società civile! Proprio perché, invece, queste risorse stanno subendo una intensa erosione, vi è la necessità di alcune profonde ristrutturazioni del sistema pubblico. Questo, infatti, non solo deve attendere a provvedimenti normativi come quelli prima detti a sostegno dei lavori di cura e di chi concretamente li esercita. Ma deve a) inserire il campo di prestazioni relative alla certificazione della non autosufficienza nei protocolli organizzativi della medicina territoriale; b) sperimentare un sistema informativo saldissimo tra i componenti delle reti che svolgono i lavori di cura; c) sburocratizzare al massimo tutte le operazioni connesse alle cure, alla riabilitazione, alla ricerca e gestione dell'assistenza famigliare.

I fenomeni della non autosufficienza in Veneto sono stati governati meglio che altrove anche per la collaudata interdipendenza di sociale e sanitario. Forse è opportuno che anche al vertice della piramide istituzionale, la Regione, sancisca questa unitarietà.

La rilevazione sul campo

a cura di Local Area Network¹³

Il problema degli anziani non autosufficienti si sta affrontando in tutti i Paesi OCSE con una nuova strumentazione programmatica. Tutti lo ripetono, è una delle grandi sfide della nostra epoca. Il trend crescente sul piano demografico non documenta solo un allungamento della vita media, ma anche una sempre maggiore efficacia dei sistemi di cura e un'aspettativa culturale di qualità della vita rivolta alla capacità del welfare e del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di rispondere a bisogni in grande evoluzione.

Con la realizzazione di due indagini distinte la UILP del Veneto ha cercato di analizzare il fenomeno della non autosufficienza in Veneto cercando di mettere a confronto la dinamica della domanda e la struttura dell'offerta in termini di politiche regionali per gli anziani e disabili non autosufficienti.

In particolare nella prima rilevazione, realizzata tra la fine del 2010 ed i primi mesi del 2011, si è cercato di definire l'universo dei non autosufficienti in Veneto; a livello regionale si conosce la spesa sanitaria per la non autosufficienza, quanti beneficiano dei sussidi e servizi socio-assistenziali, ma non si conosce bene il bacino di utenza tra chi rientra o potenzialmente potrebbe rientrare nel prossimo futuro nell'universo della disabilità.

La seconda rilevazione, condotta nei primi mesi del 2012, rappresenta un secondo step di analisi e l'attenzione è stata focalizzata sui lavori della cura. Attraverso una rilevazione empirica presso le famiglie e gli operatori socio assistenziali sono stati presi in considerazione i servizi dedicati alla cura di non autosufficienti e disabili, che in maniera sempre più diffusa vengono svolti all'interno delle mura domestiche, coinvolgendo in diversa misura i familiari dell'assistito, collaboratori esterni (assistenti socio-assistenziali e badanti) ed i servizi di assistenza domiciliare (pubblici / privati).

A completamento dell'analisi nell'ultima parte della ricerca sono stati presi in considerazione i dati forniti dalla Direzione Regionale Servizi Sociali del Veneto sugli utenti dei vari servizi in regime di assistenza domiciliare. Si tratta di un'analisi che considera l'evoluzione dell'utenza del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), del telesoccorso e del telecontrollo, dei benefi-

13. Rapporto Barbiero è il responsabile delle elaborazioni statistiche di LAN s.r.l.

ciari degli assegni di cura e dell'utenza del progetto "sollievo". Si riportano, inoltre, gli ultimi dati disponibili relativi alle risorse erogate per la domiciliarità, ripartite anche per ULSS di competenza, per avere in termini economici un quadro complessivo sui fondi a sostegno della non autosufficienza.

Prendendo in considerazione i differenti ambiti di analisi, il lavoro illustrato nelle pagine successive risulta strutturato in quattro parti:

- la definizione e la stima di quanti rientrano o potrebbero rientrare nel prossimo periodo nell'universo dei non autosufficienti;
- le modalità e le problematiche nello svolgimento delle attività di assistenza secondo i differenti punti di vista di chi svolge un servizio di assistenza domiciliare (familiari, badanti e operatori socio-assistenziali);
- il bacino di utenza interessato ai servi di assistenza domiciliare;
- le risorse stanziare per la non autosufficienza (Fondo regionale per la non autosufficienza).

Le indagini promosse dalla UILP del Veneto e curate da Local Area Network sono state realizzate in due differenti momenti e sono state utilizzate due differenti metodologie di rilevazione.

Nel primo caso è stata realizzata un'indagine telefonica intervistando, con l'aiuto di intervistatori esperti ed adeguatamente formati sui contenuti dell'indagine, 200 famiglie coinvolte o potenzialmente interessate alle problematiche dell'assistenza di un anziano / familiare non autosufficiente.

Nell'indagine relativa ai lavori della cura, invece, sono state effettuate alcune interviste face to face rivolte a familiari, operatori socio-assistenziali e badanti che si prendono cura di anziani non autosufficienti o disabili. Proprio la possibilità di avvicinare e conoscere direttamente il punto di vista di queste persone non facilmente contattabili in altro modo conferisce alla ricerca un valore aggiunto unico e per questo si ringraziano fin d'ora tutti i referenti della UIL Pensionati per la disponibilità ed il contributo offerto nella realizzazione delle interviste. In particolare si ringraziano: Giusy Belloni, Lorenza Cervellin, Daniela Danieli, Livia Errico, Daniela Nardotto, Debora Rocco, Carla Strapazzon, Maria Grazia Xausa, Dolores Zambon.

Infine, per l'analisi sui dati forniti dalla Direzione Regionale sui Servizi Sociali si ringraziano per la disponibilità e la collaborazione l'Assessore Remo Sernagiotto, la dott.ssa Annalisa Basso e la dott.ssa Carla Dalla Corte.

1. L'universo dei non autosufficienti

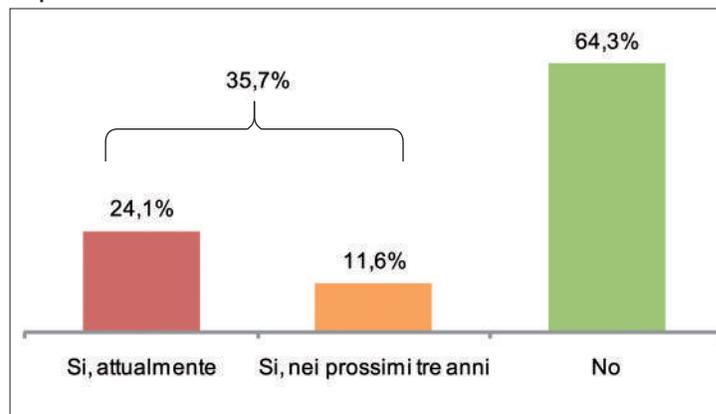
Partendo dalla definizione utilizzata dall'Istat nell'indagine sulle "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari"¹⁴ si considerano persone con disabilità "coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, non sono in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc...)". In letteratura e nelle analisi fin qui realizzate esistono varie definizioni sull'universo della non autosufficienza, ma al di là delle diverse interpretazioni, oggi in Italia non esiste ancora un sistema informativo in grado di delineare il numero e le caratteristiche delle persone con disabilità e non esistono idonei strumenti per la misurazione del fenomeno.

Per una prima analisi si deve innanzitutto considerare il processo di invecchiamento della popolazione che ha interessato il Veneto e più in generale l'Italia negli ultimi anni. Fino agli anni Novanta, infatti, il motore di crescita della popolazione era legato all'incremento demografico, mentre negli anni Duemila il fenomeno migratorio è diventato il principale fattore di crescita. Anche nelle previsioni per i prossimi decenni si evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione con uno spostamento del baricentro della piramide d'età verso le classi più anziane.

In un contesto come quello appena descritto un primo dato rilevante che emerge dalla rilevazione empirica è che ben il 35,7% delle famiglie venete sono interessate al problema della non autosufficienza, più di un terzo dell'universo complessivo, e di queste il 24% sta già affrontando attualmente le problematiche legate all'assistenza di un proprio familiare, mentre l'11,6% si troverà in una situazione simile entro i prossimi tre anni.

14. Istat, Indagine multiscopo presso i cittadini che rileva informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione, 2007.

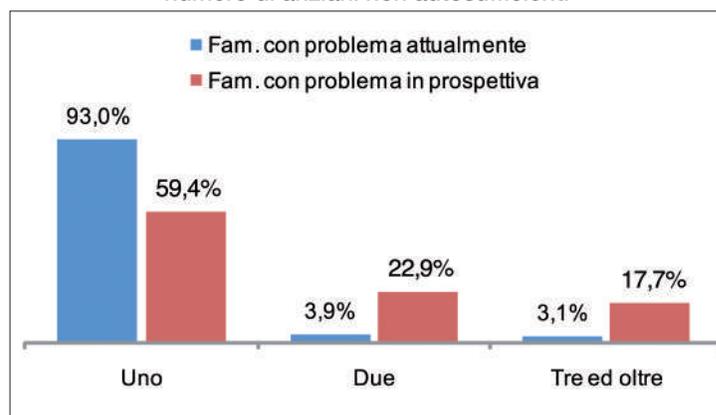
Fig. 1.1 – La Sua famiglia sta affrontando / affronterà nei prossimi anni la problematica dell’assistenza ad anziani non autosufficienti?



Elaborazioni ed interviste LAN

Il problema della non autosufficienza riguarda in genere un solo componente per nucleo familiare, ma nel prossimo futuro molte famiglie (il 40% del campione intervistato) potrebbero trovarsi a gestire più di una persona rendendo necessaria fin da ora una maggiore implementazione dei servizi assistenziali a domicilio.

Fig. 1.2 – Famiglie che devono affrontare il problema dell’assistenza per numero di anziani non autosufficienti



Non sa / non risponde 5,2%

Elaborazioni ed interviste LAN

L'indagine ISTAT 2007 stima che in Italia il numero di persone in condizione di disabilità che vivono in famiglia sono pari a 2.600.000, il 4,8% della popolazione e di queste ben 2.000.000 sono persone anziane. La mancanza di un dato ufficiale però non permette di avere una stima certa del fenomeno e l'incremento del numero di anziani nel corso degli ultimi anni, con prospettive di crescita anche per il prossimo futuro, fa supporre ad un universo di riferimento ben più ampio.

Dalla rilevazione effettuata in Veneto alla fine del 2010 si calcola che i non autosufficienti in regione rappresentino il 3,3% della popolazione complessiva, pari a circa 162 mila persone (valore medio tra 156 mila e 168 mila individui che rappresentano le ipotesi di minimo e di massimo). Applicando la struttura attuale di non autosufficienti allo scenario futuro si prevede che il numero di non autosufficienti nel triennio (2011-2013) possa arrivare a superare le 191 mila persone, circa il 3,9% della popolazione complessiva.¹⁵

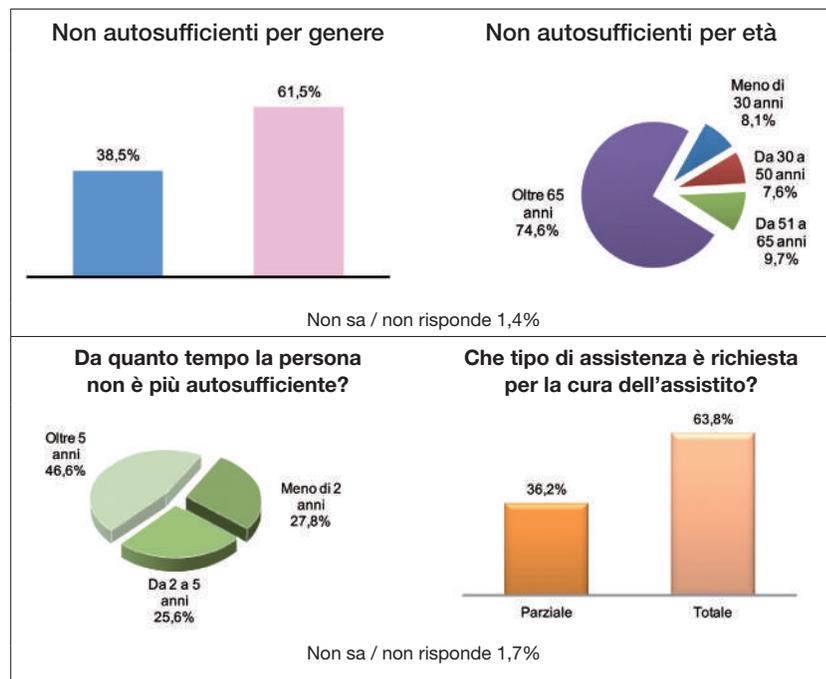
Rispetto alla rilevazione dell'Istat si rileva uno scostamento superiore al punto percentuale per quanto riguarda l'incidenza del numero di anziani non autosufficienti, sulla popolazione totale ma nella stessa indagine condotta dall'istituto nazionale di statistica emerge un quadro eterogeneo del fenomeno in cui si evidenzia come la disabilità risulti più diffusa al Sud e nelle Isole con percentuali che superano i cinque punti percentuali.

Ma qual è il profilo dei non autosufficienti? In base alla rilevazione effettuata nei mesi di marzo e aprile 2012 è stato rilevato come la maggior parte degli assistiti sono donne (sei su dieci), con un'età superiore ai 65 anni, anche se non sono rari i casi di non autosufficienti nelle classi di età più giovani: 8% tra gli "under 30" e un'analogha proporzione tra i 30 ed i 50 anni.

La disabilità della persona si protrae da più di 5 anni per il 47% del campione osservato e nella maggior parte dei casi si tratta di un'assistenza globale, che va dalle cure sanitarie all'intrattenimento, dalla preparazione dei pasti alla pulizia dell'alloggio. Solo in misura ridotta si tratta di persone non autosufficienti da meno di due anni (28%) o che richiedono un'assistenza solo parziale (36%).

15. La stima dei non autosufficienti è stata determinata ponderando i risultati dell'indagine non solo in base alla distribuzione delle famiglie per provincia di localizzazione, ma anche in base alla struttura media dei nuclei familiari.

Fig. 1.3 – Caratteristiche dei non autosufficienti



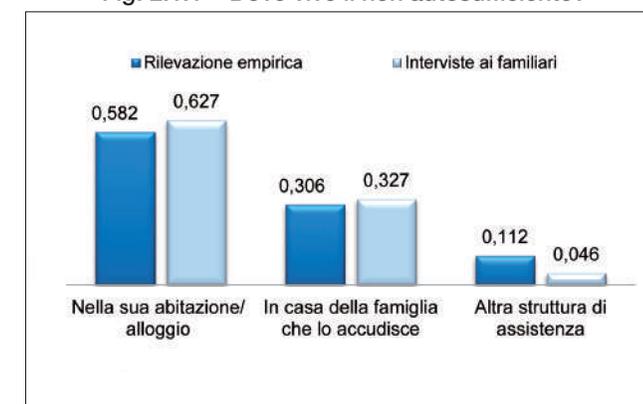
Elaborazioni ed interviste LAN

2. Le modalità di assistenza

2.1. Il sostegno delle famiglie

Una delle caratteristiche peculiari dell'attività di assistenza ad anziani non autosufficienti e disabili è legata al lavoro svolto dalla famiglia, che ricopre un ruolo essenziale nel servizio di assistenza domiciliare. Secondo i risultati emersi dalla ricerca i non autosufficienti, in genere, risiedono nella propria abitazione od in quella di un proprio familiare, mentre solo una minima parte si appoggia alle strutture sanitarie o socio-residenziali presenti nel territorio. Il dato trova conferma nelle interviste realizzate con i familiari degli assistiti in cui si osserva come il non autosufficiente nella maggior parte dei casi (63%) vive nella propria abitazione o, in alternativa, in casa di uno dei familiari (33%) ed una situazione analoga si ricava anche dalla rilevazione empirica in cui quasi il 60% delle persone intervistate è orientata a tenere a casa il familiare da accudire, mentre solo l'11% pensa di ricorrere alle strutture residenziali del territorio.

Fig. 2.1.1 – Dove vive il non autosufficiente?



Non sa / non risponde 0,6%

Elaborazioni ed interviste LAN

Si evidenzia, dunque, in via tendenziale, una forte propensione alla permanenza del non autosufficiente in casa propria e/o nel nucleo familiare con un ricorso limitato alla struttura pubblica; dato che conferma, dal punto di vista soggettivo, una consistente coesione sociale.

Trattenere il non autosufficiente in casa dipende, in genere, da una scelta interna alla famiglia, dettata nella maggior parte dei casi da motivi affettivi o per un'espressa richiesta dell'assistito. Non si tratta però di una di una scelta univoca, perché una decisione di questo genere dipende anche delle risorse economiche disponibili. In base alle indicazioni emerse dalla rilevazione telefonica la correlazione tra il reddito familiare e la volontà di trattenere il familiare in casa ha un andamento a clessidra: la soluzione "interna" riguarda le famiglie con fasce di reddito basse (inferiori a 15.000 €) o elevate (sopra i 25.000 €), mentre nella fascia intermedia è più alto il ricorso ad aiuti esterni. La scelta di gestire in maniera autonoma l'attività di assistenza mette in evidenza due situazioni differenti e diametralmente opposte: chi decide di operare in autonomia è perché non si può permettere di "pagare" i servizi esterni o nell'altro senso è perché, disponendo di risorse economiche adeguate può servirsi di un'assistente familiare e trattenere in casa il disabile.

Fig. 2.1.2 – Il sostegno delle famiglie

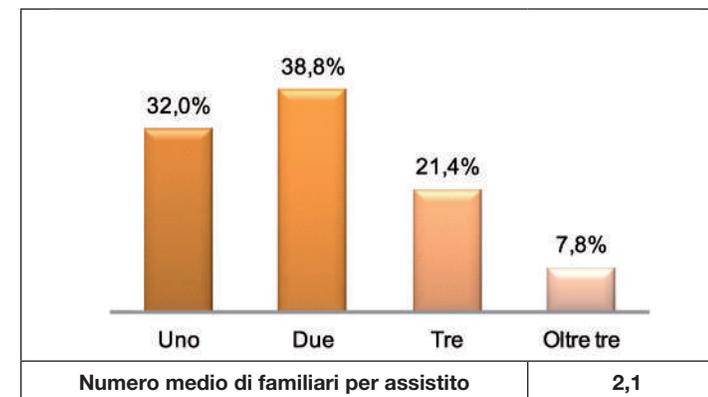


Non sa / non risponde 2,9%

Elaborazioni ed interviste LAN

All'interno delle famiglie l'organizzazione dell'attività di assistenza coinvolge più componenti: in media, infatti, si contano due individui per assistito, e più numeroso è il nucleo familiare di appartenenza più soggetti possono essere coinvolti. Non sono però rari i casi in cui è solo su una persona che ricade l'onere dell'assistenza del disabile, circa un terzo del campione intervistato.

Fig. 2.1.3 – Quante persone in famiglia si occupano della cura / assistenza del familiare?



Non sa / non risponde 2,5%

Elaborazioni ed interviste LAN

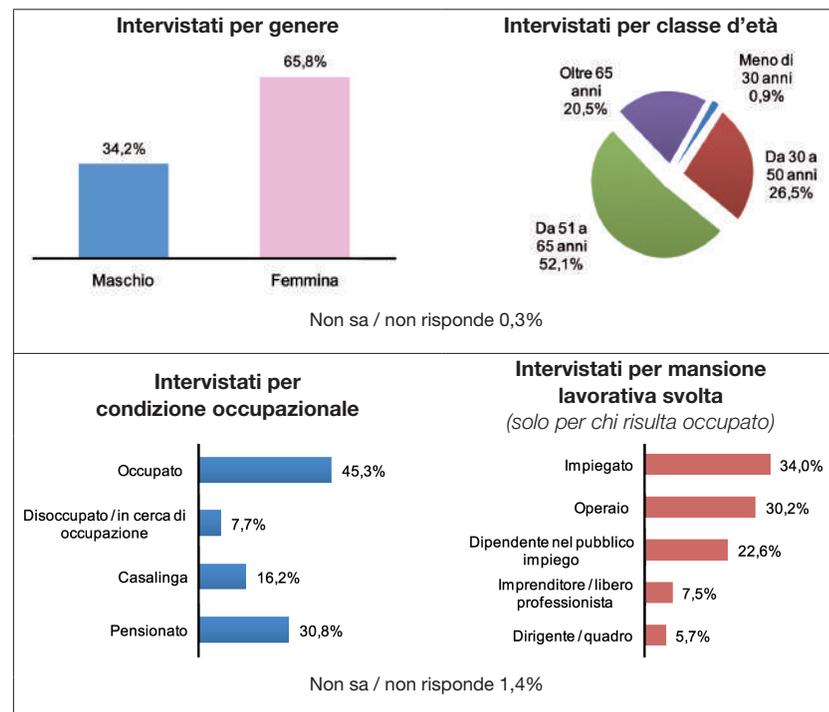
Non sono solo le donne ad essere coinvolte nell'attività di assistenza: anche i componenti di sesso maschile fanno la loro parte (circa un terzo del campione intervistato). Considerando il profilo degli intervistati quello che emerge in maniera evidente in realtà è l'età matura di chi si occupa dei non autosufficienti: il 70%, infatti, ha più di 50 anni, di cui il 20% addirittura oltre 65. In questi casi si parla di situazioni a rischio perché questi soggetti risultano maggiormente esposti allo stress prodotto dall'onere di curare un non autosufficiente.

In letteratura, infatti, si parla di stress del caregiver¹⁶ ed esistono alcuni studi¹⁷ che descrivono una situazione "tipo" in cui in genere è una figlia, magari già alle soglie della senilità, a prendersi cura quotidianamente dei propri genitori o suoceri (tra gli 80 ed i 90 anni), con un conseguente scaldamento del proprio stato di salute psicofisica.

16. Colui che assiste direttamente o con l'aiuto di una assistente familiare il proprio anziano ammalato e/o non autosufficiente.

17. A. Tognetti [2004]. *Le problematiche del caregiver*.

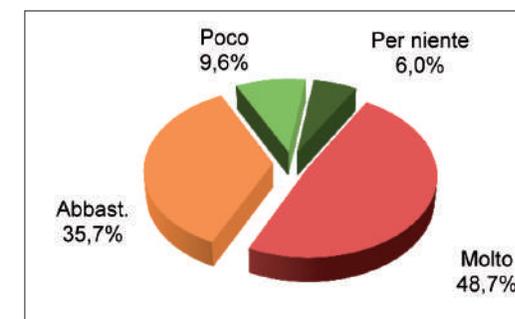
Fig. 2.1.4 – Il profilo dei familiari



Elaborazioni ed interviste LAN

I familiari che si occupano della cura dei disabili si dividono tra occupati e non occupati: si tratta, infatti, di pensionati (31%) e casalinghe (16%) da una parte e di impiegati / operai dall'altra, e proprio la necessità di dedicarsi ad un proprio familiare genera spesso un problema di incompatibilità tra impegni di lavoro e dovere di assistenza. Il problema della conciliazione dei tempi, infatti, risulta rilevante per l'84% degli intervistati, soprattutto tra le donne e chi risulta occupato (percentuali che sfiorano il 90%). Solo il 15% non accusa particolari disagi ed una quota ancora più ridotta (6%) si dichiara immune dal problema.

Fig. 2.1.5 – Quanto è rilevante il problema della conciliazione tra impegni personali e l'assistenza del non autosufficiente?



Non sa / non risponde 0,6%

	Genere		Stato occupazionale	
	Maschi	Femmine	Occupato	Non occupato
Molto / Abbastanza	74,3%	89,4%	88,5%	81,0%
Poco / Per niente	25,7%	10,6%	11,5%	19,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Elaborazioni ed interviste LAN

Per ovviare al problema della conciliazione in molti casi si utilizzano ferie e permessi (29% degli intervistati) e chi può fa ricorso alla legge 104 (22%), che consente l'avvicinamento della sede lavorativa per motivi familiari. Sono frequenti anche i casi per cui una persona si è licenziata / è stata licenziata (12,4%), e non sono neppure rare le persone che hanno deciso di cambiare occupazione per stare più vicino al proprio familiare (3,4%). La riduzione dell'orario lavorativo / richiesta del *part time* e la domanda di pensionamento anticipato rappresentano delle soluzioni alternative, ma poco praticate (rispettivamente 8% e 4,5%). Nel complesso solo una persona su quattro mantiene la propria situazione / condizione lavorativa, a testimonianza delle evidenti difficoltà che si incontrano quando si presenta il problema di disabilità nella propria famiglia.

La distinzione per genere evidenzia da parte delle donne un maggior ricorso a ferie e permessi (32%) ed una maggiore tendenza a licenziarsi o cambiare occupazione (rispettivamente 14% e 6,3% contro il 9,4% e 1,8% rilevato per i maschi), mentre distinguendo gli intervistati in base al settore di appartenenza si rileva tra i dipendenti pubblici un maggior utilizzo di ferie ed

un maggior ricorso alla legge 104 rispetto agli occupati del settore privato che, invece, più frequentemente “sacrificano” il proprio posto di lavoro.

Fig. 2.1.6 – Per assistere il proprio familiare:
(% calcolate sul totale dei rispondenti)



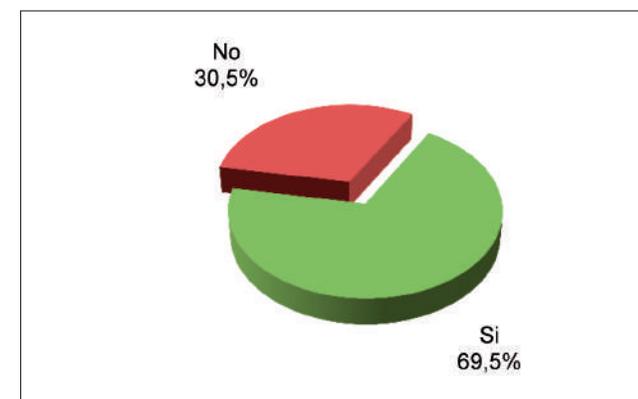
Non sa / non risponde 1,8%

	Genere		Mansione		
	Maschi	Femmine	Dip. privato	Dip. pubb.	Dirigente
Si è licenziato / È stato licenziato	9,4%	14,0%	18,2%	4,0%	0,0%
Ha cambiato occupazione	1,8%	6,3%	3,8%	2,8%	0,0%
Ha chiesto una riduzione dell'orario di lavoro /part-time	6,3%	8,8%	7,3%	8,2%	10,2%
Ha usufruito di ferie / permessi	24,4%	31,6%	25,5%	56,0%	11,1%
Ha usufruito della legge 104	21,3%	23,3%	27,4%	36,0%	3,6%
Pensionamento anticipato	3,1%	5,3%	1,8%	5,3%	6,2%
Ho mantenuto la stessa occupazione / mansioni	28,3%	21,6%	17,3%	26,0%	46,7%

Elaborazioni ed interviste LAN

Un ulteriore elemento che è emerso nella rilevazione empirica è la scarsa conoscenza della normativa che consente di richiedere permessi od un avvicinamento della sede lavorativa per poter adempiere al proprio compito di assistenza. In generale, infatti, tre intervistati su dieci non conoscono la legge 104 e sono soprattutto coloro che lavorano nel settore privato che dimostrano le maggiori lacune.

Fig. 2.1.7 – Conosce la Legge 104 per la scelta della sede lavorativa più appropriata alle proprie esigenze familiari?



Non sa / non risponde 0,9%

	Dip. privato	Dip. pubblico	Dirigente
Conosce	65,2%	73,3%	75,0%
Non conosce	34,8%	26,7%	25,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Elaborazioni ed interviste LAN

PERMESSI RETRIBUITI

(L. 104/1992 art. 33– Dlgs 151/2001 art. 42)

A chi spettano

I permessi retribuiti spettano ai lavoratori dipendenti sotto indicati del settore privato e, dal 1° gennaio 2009, anche ai lavoratori delle imprese dello Stato, degli Enti Pubblici e degli Enti locali privatizzate circ. 114/2008:

_ alle persone in situazione di disabilità grave che lavorano come dipendenti spettano 2 ore al giorno o 3 giorni al mese anche frazionabili in ore;

_ ai genitori lavoratori dipendenti di figli in situazione di disabilità grave con età inferiore a tre anni spetta il prolungamento dell'astensione facoltativa o 2 ore al giorno (Circ. 162/93, punto 1) fino al compimento dei 3 anni di vita del bambino o 3 giorni (circ. 155/2010) al mese anche frazionabili in ore Msg 15995/07 e msg 16866/2007:

_ ai coniuge, parenti o affini entro il 2° grado che lavorano come dipendenti spettano 3 giorni al mese anche frazionabili in ore Msg 15995/07. Il diritto può essere esteso ai parenti e agli affini di terzo grado della persona con in situazione di disabilità grave soltanto qualora i genitori o il coniuge della persona disabile abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. I tre giorni di permesso mensili possono essere fruiti anche dai parenti e dagli affini del minore di tre anni in situazione di disabilità grave (33, comma 3, della legge 104/92 come modificato dall'art.24 della legge 183/2010 - vedi circolare n. 155/2010-).

I requisiti

essere lavoratori dipendenti (anche se con rapporto di lavoro part time) e assicurati per le prestazioni economiche di maternità presso l'Inps

_la persona che chiede o per la quale si chiedono i permessi sia in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 riconosciuta dall'apposita commissione della ASL

(handicap grave art. 4, comma 1 L. 104/92) A decorrere dal 01.01.2010 le suddette commissioni sono integrate da un medico dell'Inps. (Circ. 162/93, punto 1, Circ. 80/95, punto 1 ,circ. 32/2006, circ. 131/2009).

_ non ricovero a tempo pieno della persona in situazione di disabilità grave.

ART. 33 LEGGE 104/1992

*(Modificato dall'art. 19 della Legge n. 53/2000)¹⁸
(L'articolo trova applicazione in tema di criteri e modalità per il conferimento, l'avvicendamento e la revoca degli incarichi dirigenziali nell'amministrazione giudiziaria)*

Agevolazioni

1. (abrogato)

2. I soggetti di cui al comma 1 possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire, in alternativa al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa, di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.

3. Successivamente al compimento del terzo anno di vita del bambino, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità parente o affine entro il terzo grado, convivente, hanno diritto a tre giorni di permesso mensile coperti da contribuzione figurativa, fruibili anche in maniera continuativa a condizione che la persona con handicap in situazione di gravità non sia ricoverata a tempo pieno.

4. Ai permessi di cui ai commi 2 e 3, che si cumulano con quelli previsti all'articolo 7 della citata legge n. 1204 del 1971, si applicano le disposizioni di cui all'ultimo comma del medesimo articolo 7 della legge n. 1204 del 1971, nonché quelle contenute negli art. 7 e 8 della legge 9 dicembre 1977, n. 903.

18. Stralcio L.104_1992_art.33

5. Il genitore o il familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

6. La persona handicappata maggiorenne in situazione di gravità può usufruire alternativamente dei permessi di cui ai commi 2 e 3, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede, senza il suo consenso.

7. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3, 4 e 5 si applicano anche agli affidatari di persone handicappate in situazione di gravità.

Aggiornamento: Il d.l. 27 agosto 1993, n. 324 nel testo introdotto dalla legge di conversione 27 ottobre 1993, n. 423 ha disposto che “ le parole hanno diritto a tre giorni di permesso mensile devono interpretarsi nel senso che il permesso mensile deve essere comunque retribuito. All’onere derivante dall’applicazione del presente comma, valutato in lire 30 miliardi, si fa fronte mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1993-1995, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l’anno 1993, all’uopo parzialmente utilizzando l’accantonamento relativo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.”

Aggiornamento: La l. 24 dicembre 1993, n. 537 (in S.O. n. 121 relativo alla G.U. 28/12/1993, n. 303 ha stabilito con l’art. 3 che “i tre giorni di permesso mensili di cui al comma 3 del presente articolo non sono computati al fine del raggiungimento del limite fissato dal terzo comma dell’articolo 37 del testo unico approvato con d.P.R. n. 3/1957 come sostituito dal comma 37 del suindicato art. 3 l. n. 537/93”.

2.2. La domanda di servizi

Il sostegno della famiglia molto spesso non basta e per questo oltre alle cure a domicilio prestate dai familiari si abbina tutta una serie di servizi esterni per assistere in maniera adeguata il non autosufficiente.

A livello nazionale e territoriale la rete dei servizi sociali e socio-sanitari si differenzia a seconda dei seguenti interventi:

- servizi domiciliari: assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza domiciliare sociale (SAD);
- servizi residenziali: presidi socio-sanitari; presidi socio-assistenziali;
- trasferimenti monetari: indennità di accompagnamento, assegni di cura;
- sostegni al lavoro privato di cura: agevolazioni fiscali, assegni finalizzati, corsi di formazione, albi, sportelli di incontro domanda/offerta.

Negli ultimi anni i servizi agli anziani non autosufficienti e disabili hanno registrato un progressivo aumento dell’utenza, con una crescita più sostenuta tra i servizi domiciliari rispetto a quelli residenziali. Per quantificare il livello della domanda in Veneto si possono considerare i risultati emersi dalle indagini effettuate in cui più della metà delle famiglie intervistate ha dichiarato di avvalersi di aiuti esterni. Lo scostamento che si rileva tra le rilevazioni empiriche e le interviste ai familiari (62,5% contro il 53,8%) deriva essenzialmente dal fatto che nel primo caso si contemplan anche le potenziali situazioni di disabilità, non ancora concretizzate, determinando così una sovrastima della domanda di servizi, che però, poi, viene corretta al ribasso nella seconda rilevazione, che invece fa riferimento alle famiglie che effettivamente sono coinvolte nell’attività di assistenza.

Al di là di questo differente approccio di analisi si deve sottolineare come in entrambe le rilevazioni per oltre la metà del campione si fa ricorso a soggetti esterni per supportare la famiglia nell’attività di assistenza; si tratta in primis di associazioni di volontariato / cooperative (quasi il 40% dei rispondenti) e dei servizi svolti dalle ASL di competenza (35,4%). Una certa rilevanza riveste anche la domanda di servizi a pagamento (22%), meno, invece, se si tratta delle prestazioni offerte dal Comune di appartenenza (10%). In misura ridotta, poi, si fa ricorso alle comunità parrocchiali (4%), mentre in qualche circostanza l’aiuto può arrivare dalla famiglia “al-

largata”: parenti e conoscenti che si mettono a disposizione per aiutare ad accudire il non autosufficiente (7%). Residuale, infine, appare il ruolo svolto dall’amministratore di sostegno (2%), che può essere nominato all’interno della stessa famiglia e che si occupa della gestione amministrativa / burocratica di beni ed attività per conto del non autosufficiente. La scarsa diffusione dell’amministratore di sostegno deriva principalmente dal fatto che solo il 56% degli intervistati conosce le funzioni ed il ruolo che può esercitare questa figura, evidenziando anche in questo ambito evidenti lacune del sistema informativo nei confronti delle famiglie.

Fig. 2.2.1 – Soggetti coinvolti nell’assistenza del non autosufficiente / disabile



Non sa / non risponde 4,2%

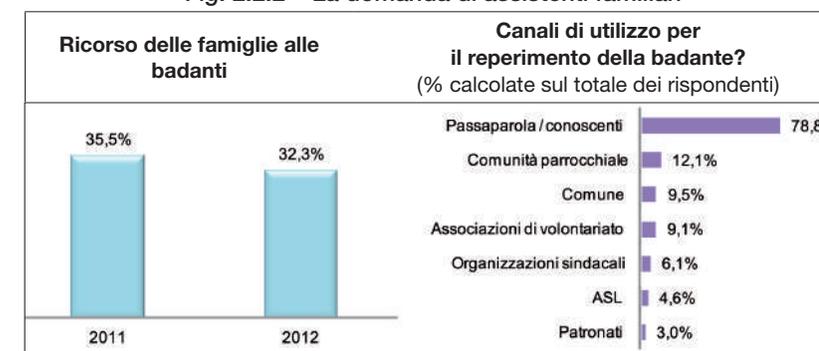
Elaborazioni ed interviste LAN

La domanda di servizi intesa come richiesta di supporti esterni per l’assistenza domiciliare deve poi essere integrata tenendo conto del ricorso diffuso alle assistenti familiari, che sono a diretto carico delle famiglie e che nel contesto attuale rappresentano una risorsa fondamentale nelle funzioni assistenziali dell’aiuto domestico. Il ricorso alla badante deriva in parte dalla volontà di trattenere il familiare entro le mura domestiche e dall’altra per sopperire alle carenze del servizio pubblico il cui intervento risulta “marginale”. All’origine di questa realtà si può ricondurre lo spirito della famiglia che “tende a soddisfare internamente i propri bisogni controbilanciando un’organizzazione socio-sanitaria non

pienamente adeguata”¹⁹.

La presenza delle badanti è significativa e coinvolge in media una famiglia su tre, percentuale che trova conferma in entrambe le rilevazioni effettuate. Nella maggior parte dei casi le badanti vengono reperite tramite il passaparola o la rete di conoscenti, soprattutto se queste persone hanno già avuto altre esperienze analoghe in Italia. In misura minore ci si appoggia alle comunità parrocchiali (12%), ai Comuni (9,5%) o alle associazioni di volontariato (9%), ma questi canali risultano secondari e si avverte in generale la mancanza di un soggetto istituzionale che si faccia carico del compito di far incontrare domanda e offerta.

Fig. 2.2.2 – La domanda di assistenti familiari



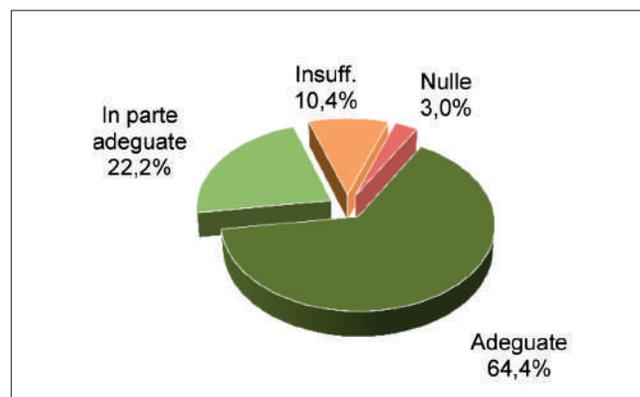
Non sa / non risponde 2,2%

Elaborazioni ed interviste LAN

La domanda di servizi, secondo i risultati emersi dalla rilevazione face to face, è penalizzata da una rilevante carenza di informazioni: solo il 64% degli intervistati, infatti, è soddisfatto delle informazioni ricevute e quello che si percepisce in generale è la mancanza di un organo di riferimento che fornisca un primo orientamento sulle modalità di assistenza.

19. SENIN, U., CHERUBINI, A., e MECOCCHI, P., 2003. *Impatto dell’invecchiamento della popolazione sull’organizzazione socio-sanitaria: necessità di un nuovo modello di assistenza continuativa.*

Fig. 2.2.3 – Le informazioni ricevute sulle modalità di assistenza sono state:



Non sa / non risponde 1,8%

	Adeguate	In parte adeguate	Insuff.	Nulle	Totale
Conoscenti	67,6%	19,2%	10,3%	2,9%	100,0%
Patronati	50,3%	34,7%	5,2%	9,8%	100,0%
ASL	65,0%	26,7%	8,3%	0,0%	100,0%
Organizzazioni sindacali	81,4%	10,6%	8,0%	0,0%	100,0%
Medico di base	57,8%	28,1%	10,9%	3,2%	100,0%
Comune	40,7%	37,0%	14,8%	7,5%	100,0%

Elaborazioni ed interviste LAN

Il medico di base (56%) e le strutture sanitarie del territorio (53%) rappresentano i soggetti di riferimento privilegiati, ma un ruolo non marginale nell'ambito informativo rivestono anche i Comuni, le associazioni sindacali ed i patronati (rispettivamente 24%, 22% e 17%). Un contributo importante, inoltre, arriva dalle informazioni fornite da parenti e conoscenti (27%), che magari hanno già affrontato il problema e che in base alla loro esperienza possono fornire informazioni utili.

Fig. 2.2.4 – Quando ha iniziato ad affrontare il problema dell'assistenza del familiare a chi si è rivolto all'inizio per informarsi sulla modalità di assistenza? (% calcolate sul totale dei rispondenti)

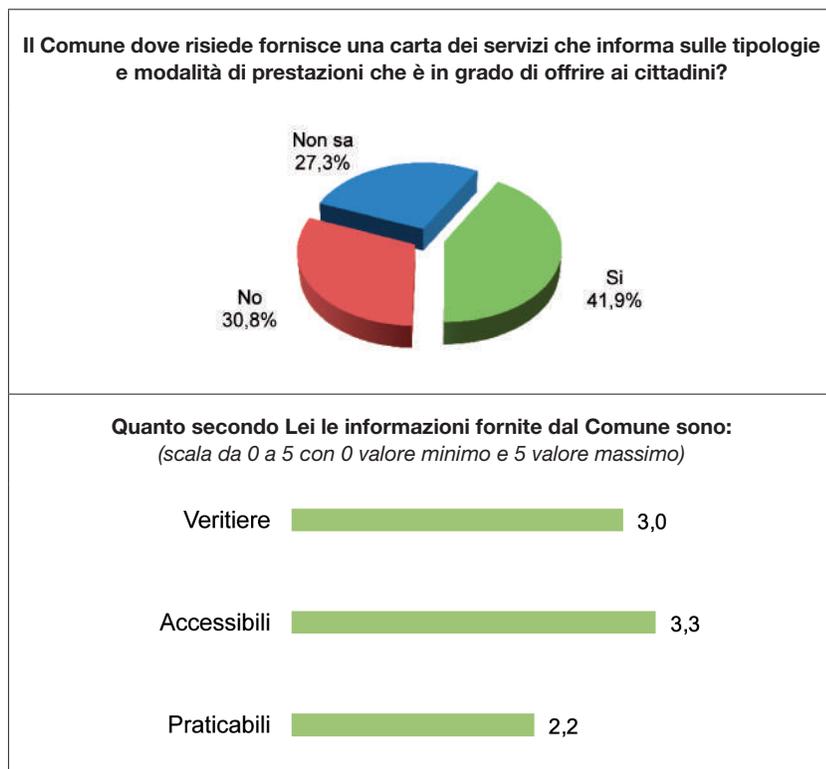


Non sa / non risponde 2,2%

Elaborazioni ed interviste LAN

Come detto, però, non sempre le indicazioni ricevute sono consone ai problemi da affrontare: quasi un terzo degli intervistati, infatti, rivela una carenza del servizio informativo, troppo frammentato e spesso incompleto. Le carenze maggiori si riscontrano principalmente sulle modalità di impiego dei servizi comunali, anche perché è stato rilevato che non tutti i comuni, pur offrendo un servizio di informazione e consulenza ai cittadini e nuclei familiari, dispongono di una carta servizi (30,8%) e soprattutto perché le prestazioni dichiarate molto spesso non sono praticabili o difficilmente eseguibili. Su una scala di giudizi da 0 a 5, infatti, gli intervistati si esprimono in maniera critica soprattutto in riferimento all'effettiva erogazione dei servizi da parte degli enti comunali (voto 2,2), ma anche sulla veridicità e accessibilità delle informazioni non si riscontra una valutazione particolarmente positiva. Le minori risorse disponibili ed una distribuzione delle competenze dell'assistenza socio-sanitaria su più livelli (Stato, Regione, Enti locali) generano, dunque, sovrapposizioni e lacune che si ripercuotono sul livello di assistenza territoriale, a partire proprio dalla fruibilità delle informazioni.

Fig. 2.2.5 – I servizi offerti dagli enti comunali



Non sa / non risponde 3,7%

Elaborazioni ed interviste LAN

Un altro problema particolarmente avvertito dalle famiglie è la difficoltà di ottenere il riconoscimento dello stato di invalidità della persona (6 casi su 10). Gli iter burocratici e gli accertamenti clinici richiedono spesso tempi troppo lunghi, quando in realtà le famiglie hanno bisogno fin dall'inizio della certificazione di invalidità per poter usufruire dei benefici previsti dalla normativa vigente e assicurare fin da subito un'assistenza adeguata al proprio familiare. Il 44% degli intervistati evidenzia, inoltre, alcune difficoltà a reperire gli strumenti necessari per assistere il disabile e tali difficoltà si ricollegano in parte al problema evidenziato in precedenza legato alla complessità delle procedure burocratico-sanitarie per ottenere il certificato di invalidità. Gli intervistati poi sottolineano una volta di più la mancanza di informazioni adeguate, che molto spesso generano solo confusione

(43%), soprattutto all'inizio quando non si sa come muoversi e si ha la necessità di avere indicazioni chiare per poter inquadrare il problema. Da non trascurare, infine, il problema degli spazi che in alcuni casi (21%) può comportare un cambio di stanza o il trasferimento in altra abitazione.

Fig. 2.2.6 – Quali sono i principali problemi che ha incontrato quando ha iniziato ad affrontare il problema dell'assistenza del familiare?
(% calcolate sul totale dei rispondenti)

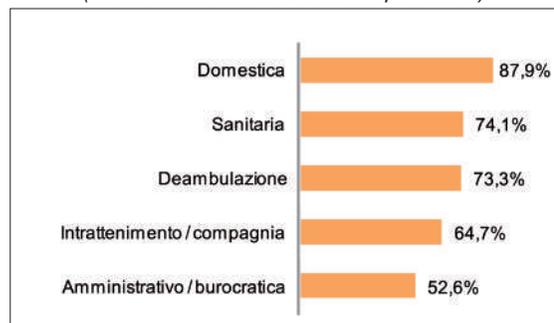


Non sa / non risponde 2,7%

Elaborazioni ed interviste LAN

Ma in cosa consiste l'attività di assistenza? Secondo i diretti interessati nella maggior parte dei casi si tratta di prestare un servizio di assistenza globale che va dalla cura / igiene della persona alla gestione / pulizia degli spazi e dell'alloggio. In molti casi si tratta anche di fare compagnia all'assistito ed accompagnarlo negli spostamenti, dato che queste persone, nella maggior parte dei casi, sono immobilizzate su letti o carrozzine.

Fig. 2.2.7 – Che tipo di assistenza viene svolta?
(% calcolate sul totale dei rispondenti)

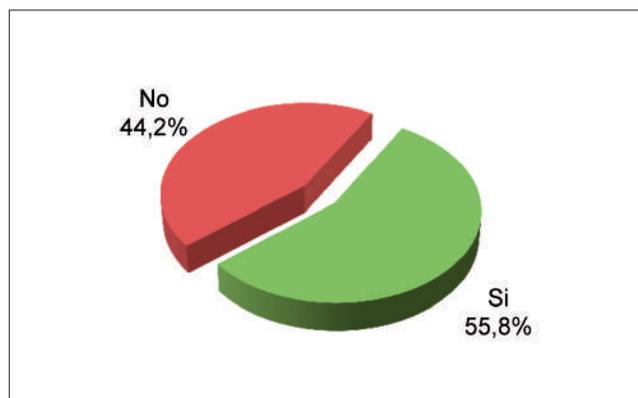


Non sa / non risponde 2,5%

Elaborazioni ed interviste LAN

L'assistenza svolta prevede in molti casi la gestione amministrativo/burocratica di beni ed attività per conto del non autosufficiente (53%), ma solo in rari casi, come già evidenziato in precedenza, viene nominato un amministratore di sostegno.

Fig. 2.2.8 – È a conoscenza della figura dell'amministratore di sostegno che tutela chi non è in grado di provvedere ai propri interessi?

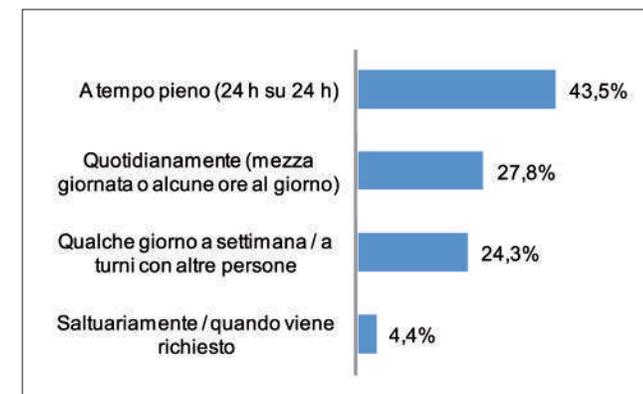


Non sa / non risponde 0,6%

Elaborazioni ed interviste LAN

L'assistenza 24h su 24h riguarda il 43,5% degli intervistati coinvolgendo per lo più casalinghe e pensionati, mentre la modalità di assistenza parziale (qualche ora al giorno o a turno durante la settimana) si rifà prevalentemente a persone che ancora risultano occupate.

Fig. 2.2.9 – Lei si occupa dell'assistenza della persona:



Non sa / non risponde 2,3%

	Occupato	Disoccupato/ In cerca di occ.	Casalinga	Pensionato
A tempo pieno (24 h su 24 h)	22,6%	88,9%	57,9%	55,9%
Quotidianamente	35,8%	11,1%	20,4%	23,5%
Qualche giorno a settimana /	37,7%	0,0%	21,1%	11,8%
Quando viene richiesto	3,9%	0,0%	0,6%	8,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Elaborazioni ed interviste LAN

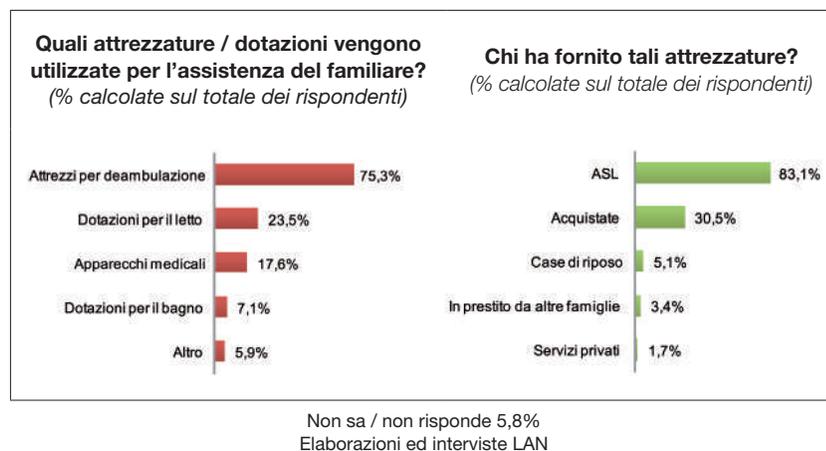
Per garantire una copertura completa dei servizi e degli interventi di assistenza si coinvolgono, nella maggior parte dei casi, più soggetti, interni ed esterni al nucleo familiare. Ognuno presenta una competenza specifica al fine di poter assicurare un servizio qualificato sia sotto il profilo sociale che su quello sanitario.

Dalla rilevazione sui servizi della cura, infatti, si può rilevare chiaramente questa distribuzione delle competenze coinvolgendo soprattutto gli addetti delle ASL e delle RSA per il servizio di assistenza sanitaria, mentre per gli spostamenti e le attività di supporto alla deambulazione si rileva una maggiore specializzazione tra i servizi comunali e nelle attività delle cooperative e associazioni di volontariato.

Il servizio di assistenza richiede non solo disponibilità di tempo, ma anche l'utilizzo di adeguati strumenti che supportino il non autosufficiente nelle proprie attività di sussistenza. In tre casi su quattro si utilizzano attrezzi per la deambulazione, mentre in misura minore vengono impiegate

dotazioni per il letto (23,5%), strumenti medicali (17,6%) e strutture di supporto per agevolare la cura e l'igiene della persona (7,1%). In molti casi (83%) queste attrezzature vengono fornite dalle ASL o strutture residenziali del territorio (RSA), anche se a volte la scarsa disponibilità ed i tempi di attesa eccessivi inducono le famiglie a farsi carico direttamente del materiale necessario. Come già evidenziato in precedenza, infatti, la complessità dei criteri di valutazione della disabilità e la lungaggine degli iter burocratici determina un allungamento dei tempi di attesa che costringe molto spesso le famiglie ad acquistare gli strumenti necessari per rispondere alle esigenze immediate.

Fig. 2.2.10 – Le dotazioni utilizzate per l'assistenza domiciliare

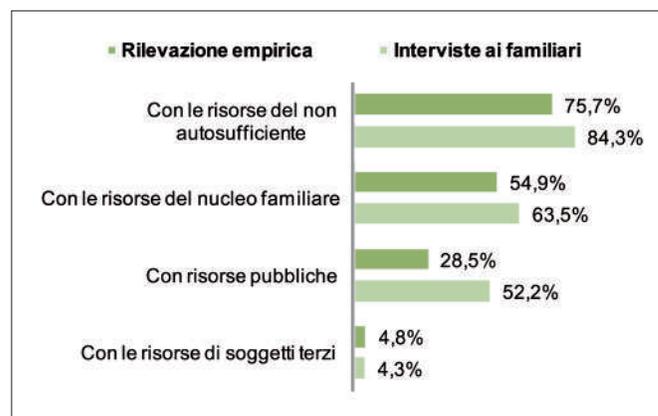


2.3. I costi dell'assistenza

Per quanto riguarda le spese da sostenere in entrambe le rilevazioni emerge in maniera preponderante il problema dei costi dell'assistenza, che incidono in misura sempre più rilevante sui bilanci familiari: le risorse del non autosufficiente molto spesso non bastano e gli assegni di cura / di accompagnamento erogati dal sistema pubblico sono considerati poco più di un contributo che non permette di far fronte a tutte le spese. La situazione di difficoltà, aggravatasi nell'ultimo periodo con la crisi economica, è comune a molte famiglie, che in base alle loro possibilità cercano di ripartire i costi in base alle fonti economiche disponibili. Si utilizzano in primis le risorse del non autosufficiente, per poi sopperire alle ulteriori spese con le disponibilità del nucleo familiare (64%) e utilizzando i contributi pubblici, per chi può beneficiarne.

Si riscontrano evidenti analogie tra le due rilevazioni effettuate: in entrambe i casi, infatti, il ricorso alle risorse del non autosufficiente risulta predominante (rispettivamente 75,5% e 84,3%), così come appare indispensabile il contributo del nucleo familiare (più evidente nel secondo caso rispetto al primo). Una certa difformità si rileva, invece, nell'impiego dei contributi pubblici dove circa una famiglia su due, secondo quanto dichiarato dai familiari degli assistiti, beneficia del sostegno economico sottoforma di indennità di accompagnamento o assegni di cura, mentre tale proporzione scivola al di sotto del 30% considerando i risultati della rilevazione empirica. Il motivo di tale difformità deve ricondursi al fatto che nel secondo caso si fa riferimento ad un universo di famiglie che in alcuni casi non sta ancora affrontando il problema della disabilità, per cui non risulta ancora adeguatamente informata sulle modalità di assistenza e sui contributi economici previsti dalla normativa.

Fig. 2.3.1 – Come affronta l'assistenza in termini economici?
(% calcolate sul totale dei rispondenti)



Non sa / non risponde 4,5%

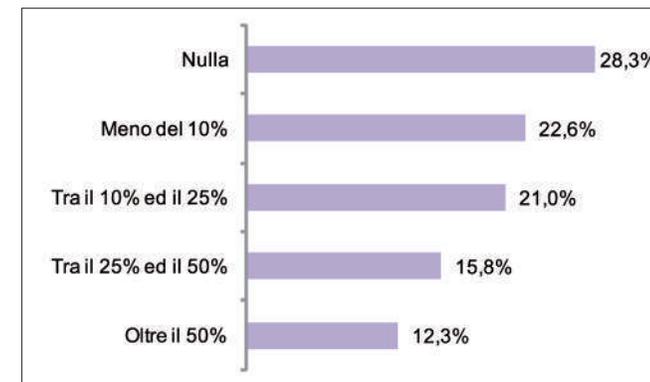
Elaborazioni ed interviste LAN

Ma in proporzione quanto incide sul reddito familiare l'assistenza ad un disabile?

I dati emersi dalla rilevazione telefonica fotografano un quadro con poche luci e molte ombre, tenendo anche conto della forte perdita del potere d'acquisto delle famiglie che si sta registrando nell'ultimo periodo. Solo il 28% del campione non si sente penalizzato da punto di vista economico, mentre all'altro estremo la spesa per la non autosufficienza incide tra il 25 e 50% del reddito familiare (16% degli intervistati), a cui si aggiunge un 12% che reputa il budget disponibile più che dimezzato per far fronte alle necessità e cure da somministrare al disabile. Una famiglia su cinque, poi, percepisce un carico di spesa tra il 10 ed il 25%, mentre una quota analoga si annovera nella classe precedente con un livello di spesa inferiore al 10% del reddito disponibile.

Il peso dell'attività di assistenza sul reddito familiare diminuisce in maniera inversamente proporzionale all'aumentare delle disponibilità economiche ed in questi termini le criticità più rilevanti, come è facilmente intuibile, emergono soprattutto tra le famiglie che si collocano nelle fasce di reddito più basse (meno di 20 mila euro).

Fig. 2.3.2 – Quanto incide/pensa che inciderà sul reddito familiare l'assistenza al non autosufficiente?



Famiglie per reddito medio annuo	Nulla	Meno del 10%	10% - 25%	25% - 50%	Oltre il 50%	Totale
Meno di 15 mila euro	17,3%	9,1%	28,2%	27,3%	18,1%	100,0%
Dai 15 ai 20 mila euro	15,0%	10,6%	27,4%	24,2%	22,8%	100,0%
Dai 20 ai 25 mila euro	32,1%	38,9%	16,7%	10,2%	2,1%	100,0%
Dai 25 ai 30 mila euro	37,5%	28,7%	14,4%	12,6%	6,8%	100,0%
Oltre 30 mila euro	42,6%	26,8%	13,2%	9,3%	8,1%	100,0%

Non sa / non risponde 6,1%

Elaborazioni ed interviste LAN

2.4. L'agenda delle priorità

Conoscere il punto di vista delle famiglie interessate al problema della disabilità e l'opinione di coloro che direttamente si occupano della cura dei non autosufficienti ha sviluppato una serie di riflessioni in merito alle modalità di espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (Adi). L'Adi per come viene concepita deve essere un'alternativa al ricovero e deve essere finalizzata a garantire la continuità assistenziale del non autosufficiente in ambito familiare, nel rispetto dei criteri di qualità prefissati per la cura dell'individuo. L'analisi proposta, tuttavia, ha evidenziato alcune criticità rilevanti che possono essere così sintetizzate:

- la scarsa conoscenza della normativa vigente sui diritti alle cure, permessi lavorativi, agevolazioni fiscali di cui hanno diritto le persone disabili;
- la difficoltà di conciliazione tra impegni di lavoro ed attività di assistenza per chi in famiglia si occupa dell'assistenza del non autosufficiente;
- le lacune del sistema informativo e la mancanza di un soggetto di riferimento in grado di svolgere un adeguato servizio di comunicazione;
- gli iter burocratici ed i tempi eccessivi che si riscontrano per il riconoscimento e la certificazione della disabilità del paziente;
- la mancanza di un intermediario tra domanda e offerta nel reperimento delle badanti;
- la crescente difficoltà delle famiglie a sostenere le spese in uno scenario economico fortemente negativo;
- l'inconsistenza e/o lo scarso peso dei sussidi per il sostegno economico.

Alla luce delle problematiche evidenziate e nel tentativo di comprendere meglio il fenomeno dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, appare interessante analizzare la situazione percepita delle famiglie in un'ottica di azioni da intraprendere per migliorare la situazione attuale.

Un primo importante aspetto che emerge dai risultati dell'indagine fa riferimento alla necessità di integrare in termini economici le indennità di sostegno (73,5%) e di prevedere detrazioni / agevolazioni fiscali per chi si fa carico dell'assistenza del non autosufficiente (67,5%). Al fine di sostenere

la capacità di spesa delle famiglie strumenti di questo tipo rappresentano, all'interno della rete di servizi offerti, un significativo elemento di tutela.

La separazione settoriale tra ambito sanitario e quello sociale, con una conseguente frammentazione delle aree di specializzazione e delle competenze, genera un allungamento degli iter burocratici e un ritardo delle certificazioni cliniche che creano non pochi disagi per chi deve affrontare il problema della non autosufficienza. Di fondamentale importanza, dunque, appare anche la necessità di ottenere in tempi brevi il riconoscimento giuridico - previdenziale del servizio di assistenza svolto (48,7%).

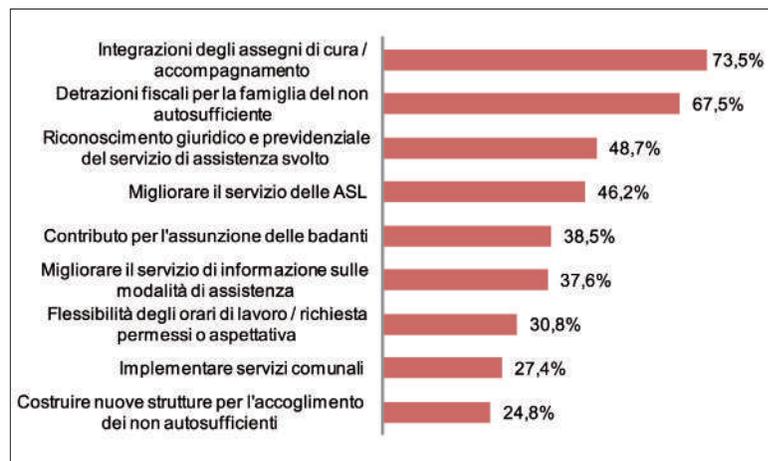
Secondo le indicazioni emerse, poi, il 46% degli intervistati si auspica un miglioramento del servizio di assistenza sanitario, al fine soprattutto di potenziare la capacità di offerta nel territorio e qualificare gli interventi di fronte alla limitatezza di posti disponibili nelle strutture pubbliche. Risulta, inoltre, importante l'integrazione ospedale-territorio: il frazionamento degli interventi tra diversi attori istituzionali, infatti, spesso non garantisce un'assistenza continuativa del paziente, che si trova ad affrontare anche il problema legato alla mancanza di raccordo tra servizi sanitari e servizi sociali.

Un altro aspetto sottolineato da circa due intervistati su cinque è la necessità di aumentare le agevolazioni fiscali al fine di favorire l'assunzione regolare delle assistenti familiari. Appare indispensabile, dunque, rendere vantaggioso il contratto alle famiglie, concedendo maggiori agevolazioni, anche a livello locale, e conferendo una quota del costo della cura al servizio pubblico.

La mancanza di integrazione tra il profilo sanitario e quello sociale produce un vuoto informativo che deve essere necessariamente colmato per favorire un adeguato inquadramento nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria. Il 38% degli intervistati auspica, infatti, un miglioramento del sistema informativo in merito alle modalità di cura, e tale intervento può essere anche esteso per colmare le lacune evidenziate in relazione alle agevolazioni e benefici previsti dalla normativa vigente.

Tre intervistati su dieci, infine, chiedono una maggiore flessibilità degli orari di lavoro e la possibilità di usufruire di maggiori permessi, mentre circa una famiglia su quattro ritiene necessario implementare maggiormente i servizi comunali e ritengono utile la costruzione di nuove strutture residenziali.

Fig. 2.4.1 – Quale intervento / misura suggerirebbe per migliorare il servizio di assistenza domiciliare?
(% calcolate sul totale dei rispondenti)



Non sa / non risponde 4,3%

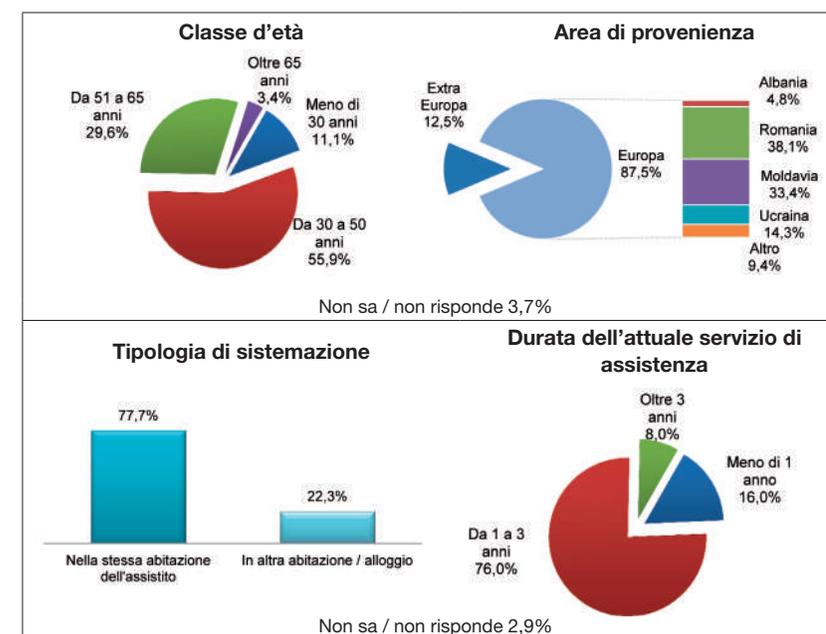
Elaborazioni ed interviste LAN

2.5. Focus: le assistenti familiari

La possibilità di avvicinare alcuni assistenti familiari e conoscere il loro punto di vista sulle attività e modalità di assistenza conferisce alla ricerca un valore aggiunto unico che la caratterizza e contraddistingue da tutti gli altri studi. Le persone intervistate, tuttavia, non rappresentano un campione probabilistico statisticamente rappresentativo dell'universo delle assistenti familiari operanti nel territorio, ma le informazioni raccolte permettono di descrivere in maniera significativa l'attività svolta da questa fondamentale risorsa del welfare familiare.

Le intervistate hanno nella maggior parte dei casi tra i 30 ed i 50 anni; provengono per lo più dall'Europa dell'Est, soprattutto Romania, Moldavia e Ucraina; vivono nella stessa abitazione dell'assistito e hanno già maturato in passato altre esperienze analoghe in Italia. Tendenzialmente, infatti, le assistenti familiari arrivano in Italia con almeno un'esperienza alle spalle, ed in media il periodo di servizio a persona varia da 1 a 3 anni, anche se non sono rari i casi in cui si va oltre.

Fig. 2.5.1 – Caratteristiche delle assistenti familiari

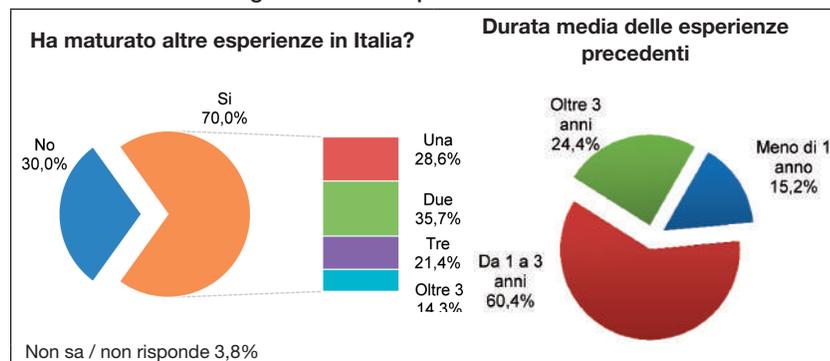


Non sa / non risponde 3,7%

Non sa / non risponde 2,9%

Elaborazioni ed interviste LAN

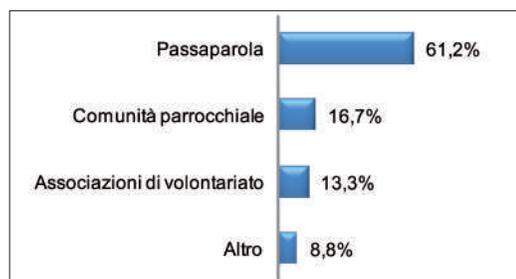
Fig. 2.5.2 – Le esperienze maturate



Elaborazioni ed interviste LAN

Come già rilevato in precedenza, le modalità di reperimento si riconducono principalmente al passaparola (61%), soprattutto se la badante è già stata in Italia per un'analogha esperienza. Rispetto a quanto indicato dalle famiglie, le badanti ricorrono maggiormente alle comunità parrocchiali e alle associazioni di volontariato per reperire le richieste sul territorio, ma analogamente a quanto indicato dai familiari dei non autosufficienti si evidenzia una carenza di sistema nel servizio di intermediazione tra domanda ed offerta.

Fig. 2.5.3 – Qual è stata la modalità di contatto con la famiglia dell'assistito?



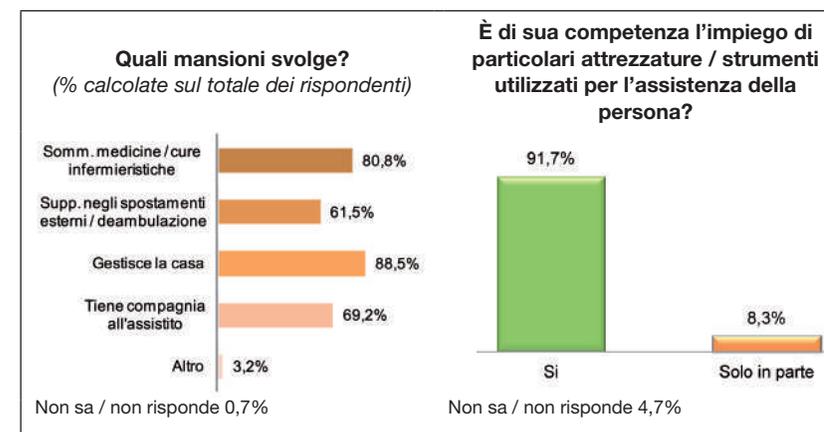
Non sa / non risponde 1,1%

	Già esperienza in Italia	Prima volta in Italia
Passaparola	68,3%	45,5%
Comunità parrocchiale	19,7%	11,8%
Associazioni di volontariato	10,2%	16,8%
Altro	1,8%	25,9%
Totale	100,0%	100,0%

Elaborazioni ed interviste LAN

Le badanti, in genere, svolgono un servizio continuo (24 h su 24), perché vivono con la persona non autosufficiente e prestano un servizio integrale che va dalla gestione / pulizia della casa al supporto alla deambulazione, fanno compagnia all'assistito e si occupano della somministrazione delle medicine, utilizzando le attrezzature / strumenti in dotazione.

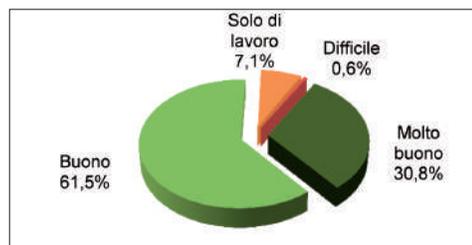
Fig. 2.5.4 – Le mansioni svolte dalle assistenti familiari



Elaborazioni ed interviste LAN

In generale il rapporto con i parenti dell'assistito risulta buono (62%) o molto buono (31%) e va oltre alla mera prestazione del servizio: si instaura spesso un legame affettivo che rende a tutti gli effetti l'assistente familiare un componente della famiglia. Solo in casi limitati (meno del 10%) il rapporto risulta distaccato o difficile.

Fig. 2.5.5 – Come valuta il rapporto con i familiari / parenti dell'assistito?

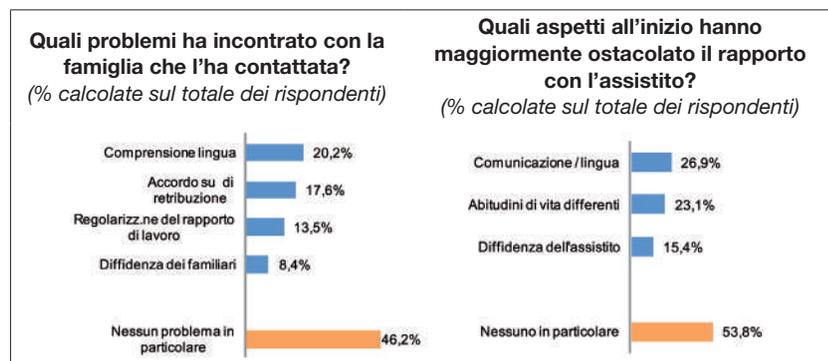


Non sa / non risponde 1,4%
Elaborazioni ed interviste LAN

L'inserimento nell'ambiente familiare però non è semplice e immediato sia rispetto alla famiglia che rispetto all'assistito. In entrambe i casi il rapporto all'inizio può essere in parte condizionato dal problema della lingua, che genera incomprensioni e malintesi. Con le famiglie, poi, si rileva in alcune circostanze, qualche dissidio legato agli accordi sulla retribuzione e sulla concessione dei permessi settimanali, ed in alcuni casi si evidenzia un certo disappunto per la lungaggine degli iter burocratici nella formalizzazione del rapporto di lavoro.

Nei confronti dell'assistito, invece, si rilevano in alcune circostanze difficoltà di adattamento legate alle differenti abitudini / stili di vita, mentre non risultano particolarmente rilevanti i problemi legati ad atteggiamenti di diffidenza e/o di rifiuto da parte del paziente. Nel complesso, tuttavia, il rapporto instaurato viene valutato più che positivamente con punte di eccellenza per tre intervistate su dieci.

Fig. 2.5.6 – L'inserimento in famiglia



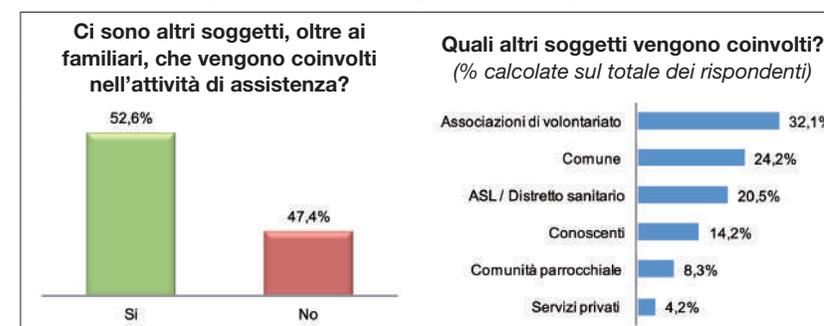
Non sa / non risponde 5,2%

Elaborazioni ed interviste LAN

L'impiego dell'assistente familiare per il 47% dei casi sopperisce al ricorso di altri servizi ed il coinvolgimento di soggetti esterni al nucleo familiare. La badante in molti casi, dunque, assolve a tutte le esigenze della famiglia che preferisce adottare tale forma di supporto per gestire con maggiore autonomia l'attività di assistenza del proprio familiare.

Per converso l'altra metà del campione (53%) si avvale anche di aiuti esterni, specie dei servizi di associazioni di volontariato e del Comune di appartenenza (rispettivamente 32% e 24%). Anche il supporto delle ASL risulta utilizzato da una significativa quota del campione intervistato (21%), senza trascurare che in alcune circostanze, oltre ai familiari in senso stretto dell'assistito e alla badante, possono essere coinvolti anche altri parenti e conoscenti per poter assicurare un'assistenza continua al non autosufficiente.

Fig. 2.5.7 – Il coinvolgimento di soggetti terzi



Non sa / non risponde 5,2%

Elaborazioni ed interviste LAN

Al fine di sostenere le politiche di integrazione delle assistenti familiari si possono delineare alcune linee prioritarie di intervento:

- favorire l'incremento della domanda/offerta (56% delle intervistate). Gli sportelli dedicati all'incontro tra le famiglie e le assistenti familiari sono poco diffusi; la loro capillare presenza potrebbe consentire lo sviluppo sia della domanda che dell'offerta.
- Snellire le pratiche burocratiche per la regolarizzazione del rapporto di lavoro (40%), con la possibilità di aumentare le agevolazioni fiscali per le famiglie al fine di favorire l'assunzione regolare delle assistenti familiari.
- Maggiore flessibilità di lavoro / richiesta di permessi (26%) per applica-

re anche al servizio privato della cura le regole ed i principi previsti del mercato del lavoro.

Fig. 2.5.8 – Secondo Lei cosa si potrebbe fare per migliorare le modalità di contatto / inserimento con le famiglie che richiedono il servizio della badante?
(% calcolate sul totale dei rispondenti)



Non sa / non risponde 4,7%

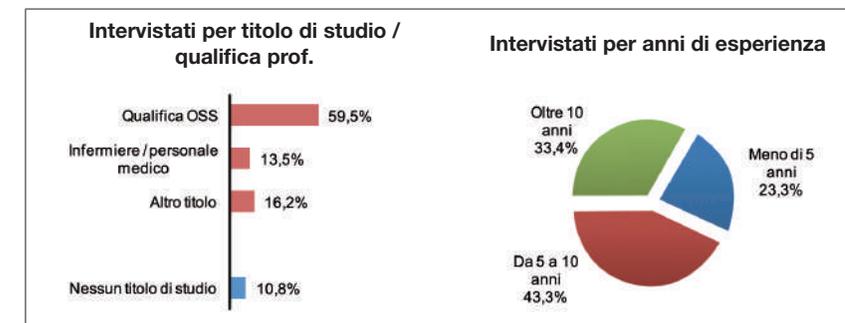
Elaborazioni ed interviste LAN

2.6. Focus: gli operatori socio-assistenziali

Nelle attività per il sostegno e la cura dei disabili, un ruolo di primo piano viene svolto anche dagli operatori socio-assistenziali, che oltre alle badanti, sono stato oggetto della rilevazione campionaria svolta nei primi mesi del 2012.

Nella maggior parte dei casi (59,5%) si tratta di operatori che detengono la qualifica OSS (Operatore Socio Sanitario) ed hanno un'esperienza pluriennale (il 43% tra i 5 e i 10 anni ed un terzo del campione oltre 10 anni), ma tra gli intervistati non mancano gli infermieri professionali o personale sanitario (13,5%).

Fig. 2.6.1 – Caratteristiche degli operatori socio-assistenziali



Non sa / non risponde 0,8%

Elaborazioni ed interviste LAN

Gli operatori socio-assistenziali appartengono in genere alle ASL del territorio (36,6%) o fanno riferimento a qualche cooperativa (26,8%) o associazione di volontariato (12,2%); svolgono per lo più prestazioni di tipo sanitario (61,3%) e sono di supporto negli spostamenti esterni (55%), ma sono frequenti anche i casi in cui si dedicano alla cura / gestione della casa (41,6%) o svolgono un semplice servizio di intrattenimento / compagnia (39%). A seconda della struttura di appartenenza è possibile, comunque, differenziare il tipo di servizio svolto: per le associazioni di volontariato appare preminente l'attività di accompagnamento; le cooperative e gli addetti comunali svolgono principalmente un servizio di deambulazione o di distribuzione di pasti, mentre gli incaricati delle ASL e delle RSA si dedicano principalmente alla somministrazione delle cure.

Tra gli operatori socio-assistenziali rientra anche tutta una serie di soggetti che non hanno una qualifica specifica e non hanno alcuna specia-

lizzazione, ma rappresentano una risorsa sociale di notevole importanza: si tratta di pensionati ed anziani (11% del campione osservato) che svolgono un mero servizio di supporto dedicando parte del loro tempo a fare visita ai disabili, ad organizzare qualche momento ricreativo e ad essere di aiuto nella gestione / pulizia dell'alloggio.

Fig. 2.6.2 – Le mansioni svolte dagli assistenti socio-assistenziali



Elaborazioni ed interviste LAN

Il servizio degli operatori socio-sanitari viene svolto quotidianamente (in media 5 ore al giorno) o a turni (soprattutto per chi si occupa degli spostamenti) e rappresenta un supporto fondamentale per la famiglia che si occupa dell'assistenza del non autosufficiente. Nella maggior parte dei casi sono gli addetti delle ASL che assicurano un'assistenza continuativa, mentre il servizio comunale e delle associazioni di volontariato si distribuisce in maniera più programmata lungo l'arco della settimana.

Fig. 2.6.3 – Lei si occupa dell'assistenza della persona:



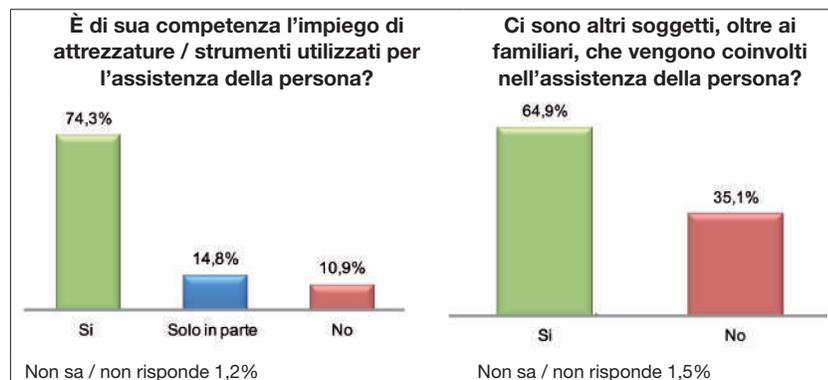
Non sa / non risponde 3,2%

	Quotidianamente	A turno	A chiamata	Totale
Ass.ne di volontariato	52,2%	23,7%	24,1%	100,0%
Coop.	60,5%	23,4%	16,1%	100,0%
Servizi privati	52,3%	10,1%	37,6%	100,0%
ASL / Distretto san. / RSA	61,3%	30,6%	8,1%	100,0%
Comune	30,4%	69,6%	0,0%	100,0%

Elaborazioni ed interviste LAN

Nell'espletamento del servizio in genere si utilizzano gli strumenti / attrezzature in dotazione al paziente, soprattutto gli assistenti sanitari per la somministrazione delle cure. Il servizio svolto da questi addetti risulta altamente specializzato, ma in genere viene integrato dall'intervento di altri soggetti esterni al nucleo familiare e si evidenzia in alcuni casi una sovrapposizione di competenze che a volte può generare qualche problema dal punto di vista organizzativo.

Fig. 2.6.4 – Le modalità di servizio svolto dagli operatori socio-assistenziali

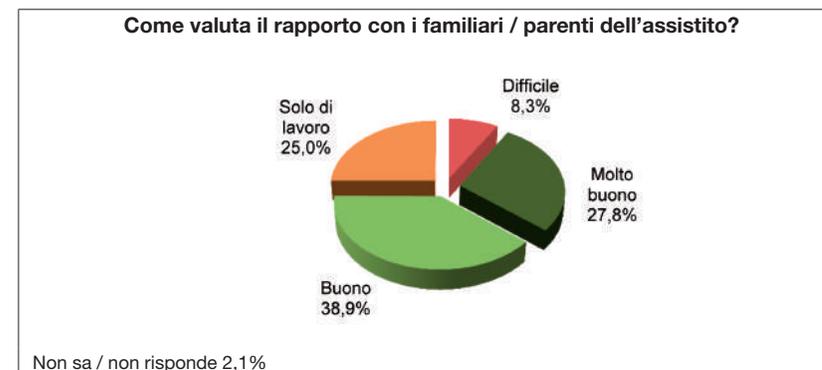


Elaborazioni ed interviste LAN

Il rapporto con la famiglia dell'assistito è generalmente buono, anche se in alcuni casi (1 su 4) si mantiene formale e si limita alla mera somministrazione dell'intervento. In alcuni casi, tuttavia, si registra un atteggiamento ostruzionistico da parte della famiglia che complica il lavoro da parte dell'operatore socio-assistenziale (8,3%). I rapporti più difficili si rilevano principalmente con i servizi sociali del Comune di appartenenza (21,5%), mentre tra gli addetti sanitari si registra in misura superiore alla media un rapporto di tipo professionale. I membri di associazioni di volontariato e cooperative, invece, risultano essere quelli più "benevolmente accolti" nel nucleo familiare, anche perchè spesso si tratta di persone che non svolgono un servizio specifico, ma che si mettono semplicemente a disposizione della famiglia.

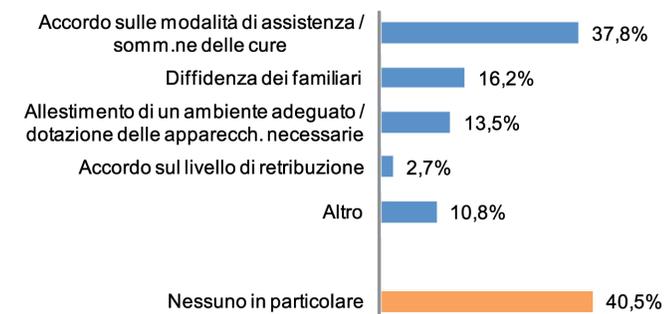
L'inserimento nel contesto familiare, come già registrato per le badanti, non è semplice e immediato e solo quattro persone su dieci affermano di non aver riscontrato particolari problemi. Le questioni principali ruotano essenzialmente attorno alle modalità di intervento al paziente, che possono generare incomprensioni con la famiglia (38%). A volte si tratta anche di un problema di ordine psicologico perché per le famiglie non è facile accettare l'ingresso di un individuo dall'esterno. In questo senso, infatti, il 16% degli intervistati ha riscontrato una certa diffidenza all'inizio dell'espletamento del servizio, ed una proporzione leggermente inferiore (13,5%) ha segnalato qualche discussione in merito all'allestimento dell'ambiente dove detenere il paziente per poter prestare le cure necessarie.

Fig. 2.6.5 – Il rapporto con le famiglie



Non sa / non risponde 2,1%

Ci sono stati dei problemi nell'inserimento della sua figura / ruolo nella famiglia dell'assistito?
(% calcolate sul totale dei rispondenti)



Non sa / non risponde 3,4%

Elaborazioni ed interviste LAN

3. Gli utenti del servizio di assistenza domiciliare

3.1. La residenzialità

L'evoluzione delle politiche sanitarie ha teso a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase delle emergenze e del trattamento delle fasi immediatamente successive, rinviando alla rete territoriale dei servizi residenziali i trattamenti di lungo-assistenza e di riabilitazione prolungata.

Per il 2011 il fabbisogno di residenzialità in Veneto è stimato a 27.244 unità, aumentato in cinque anni del 12,8%. In termini assoluti nelle Ulss di Padova, Verona, Venezia e Treviso si conta il maggior numero di disponibilità (complessivamente circa il 30% del totale) e l'Ulss veneziana detiene anche il primato in termini di variazione percentuale con un progresso negli ultimi cinque anni pari al 28,5%. Tra il 2007 ed il 2011 al di sopra della media regionale si registra anche l'incremento nelle aree di Mirano (+16,9%) e del Veneto Orientale (+14,6%), mentre tra le più stabili si segnalano le Unità di Belluno e Feltre (rispettivamente +4% e +6,9%).

Per quanto riguarda le impegnative di residenzialità²⁰, si tratta di un titolo rilasciato direttamente al cittadino per l'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali, a garanzia di una maggiore libertà di scelta delle strutture di accoglienza da parte dell'utente o dei suoi familiari. L'assegnazione avviene sulla base della disponibilità del bilancio regionale e in rapporto al fabbisogno nel 2011 la distribuzione delle impegnative di residenzialità per le persone non autosufficienti nel Veneto, per tutti i profili assistenziali, è complessivamente pari a 26.170, con le impegnative di 1° livello che incidono per il 76% del totale. Dai dati si rileva per ogni unità territoriale una certa discrepanza tra impegnative e fabbisogno: questi scostamenti dipendono dal fatto che il fabbisogno è una stima che viene calcolata in base alla popolazione di riferimento e ad alcuni parametri basati sui criteri storici; tale dato viene aggiornato annualmente e serve per determinare il numero di impegnative di residenzialità da assegnare e il numero di posti letto autorizzabili per unità territoriale. Per il 2011 si rileva un rapporto medio di 87 impegnative ogni 100 unità di fabbisogno e dalla distribuzione territoriale si osservano 13 Ulss che superano questo valore e 8 che sono collocate, invece, al di sotto di esso.

Considerando, infine, il valore delle singole impegnative di residenziali-

tà²¹ dal 2001 al 2010 si osserva un aumento rispettivamente del 46% per le impegnative di 1° livello, passando da 33,57 a 49 euro al giorno, e del 54,9% per le impegnative di 2° livello, da 36,15 a 56 euro. Moltiplicato per 365 giorni, il valore pro capite dell'impegnativa di residenzialità nel 2010 è pari a 17.885 euro per il 1° livello e a 20.440 euro per il 2° livello.

Tab. 3.1.1 – Fabbisogno ed impegnative di residenzialità per Azienda Ulss – Anno 2011

	Fabbisogno di residenzialità		Impegnative di residenzialità	
	V.a. 2011	Var. % 2007/11	V.a. 2011	Inc.% 1° livello
ULSS n.1 - Belluno	1.022	4,0%	959	88,8%
ULSS n.2 - Feltre	683	6,9%	740	87,0%
ULSS n.3 - Bassano	896	12,3%	1.130	60,4%
ULSS n.4 - Alto Vicentino	942	10,3%	1.076	70,6%
ULSS n.5 - Ovest Vicentino	860	13,3%	809	86,7%
ULSS n.6 - Vicenza	1.606	12,8%	1.966	71,8%
ULSS n.7 - Pieve di Soligo	1.247	8,6%	1.353	72,2%
ULSS n.8 - Asolo	1.170	11,3%	1.200	75,4%
ULSS n.9 - Treviso	2.087	12,0%	2.053	79,0%
ULSS n.10 - Veneto Orientale	1.162	14,6%	771	86,8%
ULSS n.12 - Veneziana	2.634	28,5%	2.208	69,5%
ULSS n.13 - Mirano	1.272	16,9%	936	78,7%
ULSS n.14 - Chioggia	375	n.d. ⁽¹⁾	587 ⁽²⁾	75,6%
ULSS n.15 - Alta Padovana	1.152	13,6%	1.008	67,0%
ULSS n.16 - Padova	2.667	n.d. ⁽¹⁾	2.280 ⁽²⁾	74,3%
ULSS n.17 - Este	1.045	8,2%	879	75,8%
ULSS n.18 - Rovigo	1.112	6,1%	1.034	78,3%
ULSS n.19 - Adria	474	12,6%	422	87,7%
ULSS n.20 - Verona	2.663	11,5%	2.510	77,9%
ULSS n.21 - Legnago	851	9,7%	801	91,0%
ULSS n.22 - Bussolengo	1.324	13,6%	1.448	70,5%
Totale Veneto	27.244	12,8%	26.170	75,9%

⁽¹⁾ Dal 1 gennaio 2010, con la LR 22/2008, nove comuni dell'Azienda Ulss 14 sono stati trasferiti all'Azienda Ulss 16. Per queste due Aziende Ulss il fabbisogno di residenzialità del 2011 si riferisce ai nuovi territori, mentre il fabbisogno del 2007 riguarda la vecchia configurazione. I due dati non sono quindi confrontabili e per questo non è stata calcolata la variazione percentuale. I dati sono tratti dalle DGR 457/2007, DGR190/2011

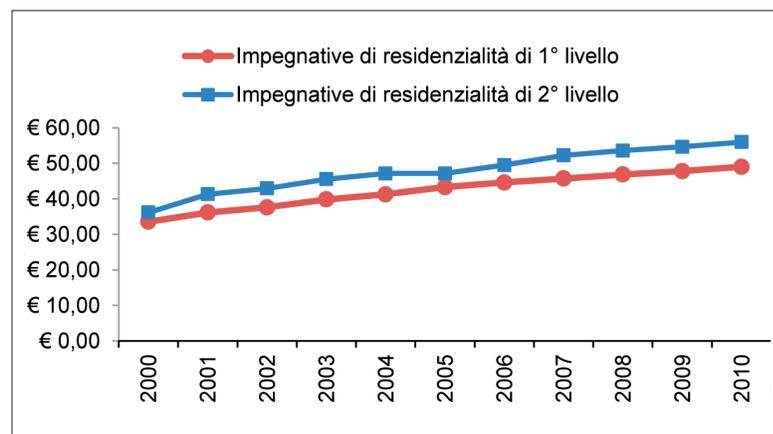
⁽²⁾ I dati relativi alle impegnative di residenzialità fa riferimento alla vecchia configurazione

Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

21. Quote di rilievo sanitario: rappresentano una parte del valore della retta resa all'ente gestore per l'accoglienza della persona in una struttura residenziale autorizzata, in relazione alla tipologia del servizio e ai suoi bisogni assistenziali e coprono principalmente le spese per gli operatori socio-sanitari, per gli infermieri e per le attività sociali. L'altra parte della retta è costituito dalla cosiddetta "quota alberghiera" che viene pagata direttamente dall'utente o dal Comune nei casi previsti.

20. DGR 464/2006.

Fig. 3.1.1 – Valore in euro delle quote di rilievo sanitario per le impegnative di residenzialità per anziani non autosufficienti di 1° e 2° livello. Veneto - Anni 2000 - 2010?



Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

3.2 L'assistenza domiciliare integrata

L'assistenza domiciliare si distingue in:

- servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.): ha l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.)
- assistenza domiciliare integrata (A.D.I.): vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D. dell'ULSS) competente per territorio (es. servizio di riabilitazione, servizio infermieristico, servizio medico - visite programmate, etc...)

Secondo gli ultimi dati disponibili (2011) il numero di coloro che be-

neficiano del servizio SAD all'interno dell'ADI si attesta a 15.818 unità, con una flessione significativa rispetto all'anno precedente (-4,3%) pari a -718 unità. Allargando l'orizzonte temporale, però si evidenzia un trend di crescita che solo nell'ultimo anno è stato ridimensionato: rispetto al 2006 si registra, infatti, un progresso di oltre 600 unità con una crescita media dell'utenza vicino al punto percentuale (+0,9%).

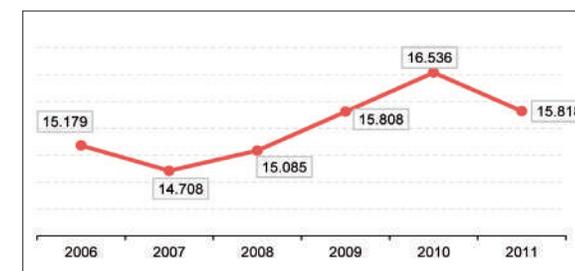
Il tasso di copertura assistenziale, determinato dal rapporto tra gli utenti SAD / ADI rispetto alla popolazione con 65 anni e più moltiplicato per 100, evidenzia una certa distanza dall'obiettivo del 2% prefissato dalla Regione. Nel 2011, secondo le ultime stime disponibili il valore del tasso si attesta a 1,61%²², in calo rispetto al dato del 2010 (1,68%) ed interrompendo un trend crescente evidenziato a partire dal 2007.

A livello territoriale la quota più consistente di utenti in SAD in ADI si concentra nel veronese con l'Ulss 20 di Verona, che raccoglie oltre duemila individui (13,5%), e le Ulss di Legnago e Bussolengo che rappresentano rispettivamente l'8,3% ed il 7,9% del totale dell'utenza regionale.

Nell'ultimo anno, rispetto alla contrazione complessiva pari a -4,3%, in forte crescita si segnala il bacino di utenza nell'Ulss di Bussolengo (+43%) e nell'Ulss Veneziana (+30%); al contrario, invece, si rileva una significativa contrazione nel territorio del Veneto Orientale (-33,2%).

Nel periodo di osservazione 2006-2011, invece, gli incrementi medi più sostenuti si registrano a Legnago, Adria e Belluno con tassi di crescita a due cifre, mentre Vicenza e Chioggia evidenziano ridimensionamenti vicini ai dieci punti percentuali.

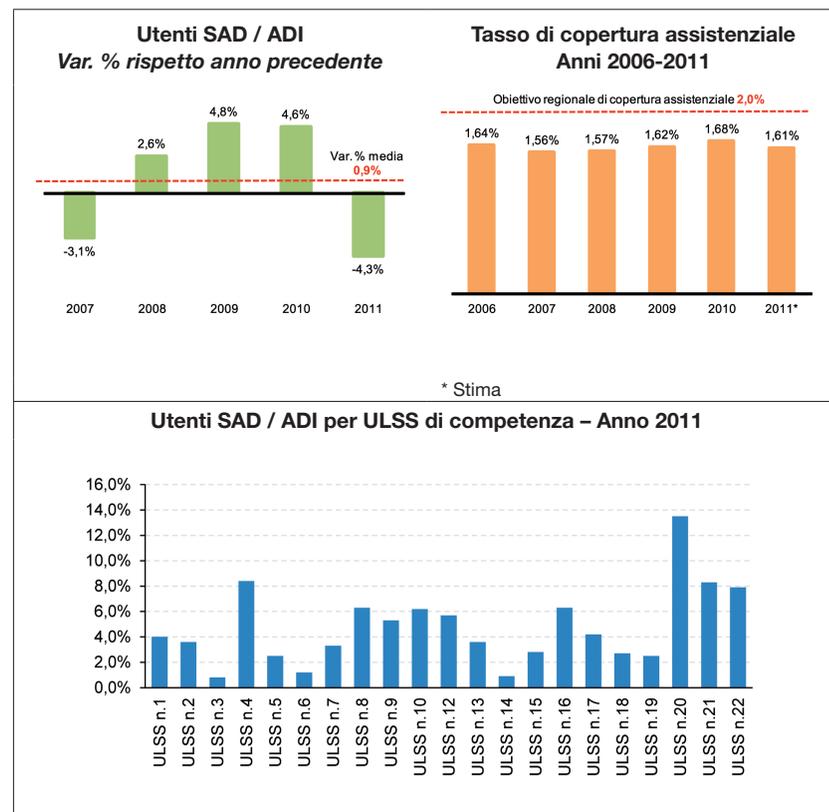
Fig. 3.2.1 – Utenti SAD / ADI in Veneto – Anni dal 2006 al 2011



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

22. È stata utilizzata la stima della popolazione effettuata dall'Istat per il 2011

Fig. 3.2.2 – Dinamica Utenti SAD/ADI in Veneto e distribuzione sul territorio



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Tab. 3.2.1 – Utenti SAD / ADI per ULSS di competenza

	V.a. 2011	Var. % 2010/2011	Var. % media 2006/2011
ULSS n.1 - Belluno	628	-4,4%	11,5%
ULSS n.2 - Feltre	571	-27,4%	-7,1%
ULSS n.3 - Bassano	130	-56,4%	-7,7%
ULSS n.4 - Alto Vicentino	1.324	16,3%	4,3%
ULSS n.5 - Ovest Vicentino	403	-11,4%	4,2%
ULSS n.6 - Vicenza	189	-75,4%	-9,9%
ULSS n.7 - Pieve di Soligo	526	-22,9%	-2,9%
ULSS n.8 - Asolo	992	4,0%	7,8%
ULSS n.9 - Treviso	834	-2,3%	2,8%
ULSS n.10 - Veneto Orientale	988	-33,2%	-7,0%
ULSS n.12 - Veneziana	903	29,6%	8,7%
ULSS n.13 - Mirano	567	7,6%	5,2%
ULSS n.14 - Chioggia	148	5,7%	-9,3%
ULSS n.15 - Alta Padovana	449	-13,0%	1,1%
ULSS n.16 - Padova	990	16,3%	3,6%
ULSS n.17 - Este	668	6,2%	1,4%
ULSS n.18 - Rovigo	428	5,4%	-2,7%
ULSS n.19 - Adria	392	-1,3%	14,9%
ULSS n.20 - Verona	2.132	4,5%	1,2%
ULSS n.21 - Legnago	1.310	-5,9%	27,7%
ULSS n.22 - Bussolengo	1.246	42,9%	7,8%

Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

3.3 Gli assegni di cura

I beneficiari degli assegni di cura, intesi come famiglie e persone a cui è stato riconosciuto il diritto ad un sostegno economico a seconda del carico di cura, delle tipologie e della modalità di assistenza fornita²³, si attestano nel 2011 di poco al di sotto di quota 27 mila, registrando una leggera flessione rispetto all'anno precedente (-383 unità). Tra questi il 19% beneficia di un sostegno con assegno Alzheimer e il 16% con la maggiorazione per l'impiego di assistenti familiari. La dinamica degli ultimi anni in termini complessivi è caratterizzata da un trend positivo con una variazione media del 3% tra il 2008 ed il 2011. L'incremento più sostenuto si rileva nel 2008 (+9,2%), mentre negli anni successivi la quota di beneficiari si mantiene pressoché stabile, con una leggera flessione, come già evidenziato in precedenza, nell'ultimo anno (-1,4%). Per quanto riguarda i beneficiari degli assegni degli utenti con Alzheimer l'andamento negli ultimi quattro anni presenta una crescita media dell'11,4%, anche se tale dato risulta fortemente condizionato dal "boom" registrato nel 2009 (+60,2%), seguito a ruota dall'incremento dell'anno successivo (+12,3%). Nel 2011 si rileva, invece, una flessione del 28,6%, che determina un calo del peso dei contributi Alzheimer sul totale degli assegni di cura (incidenza che passa dal 26% del 2010 al 18,8% del 2011).

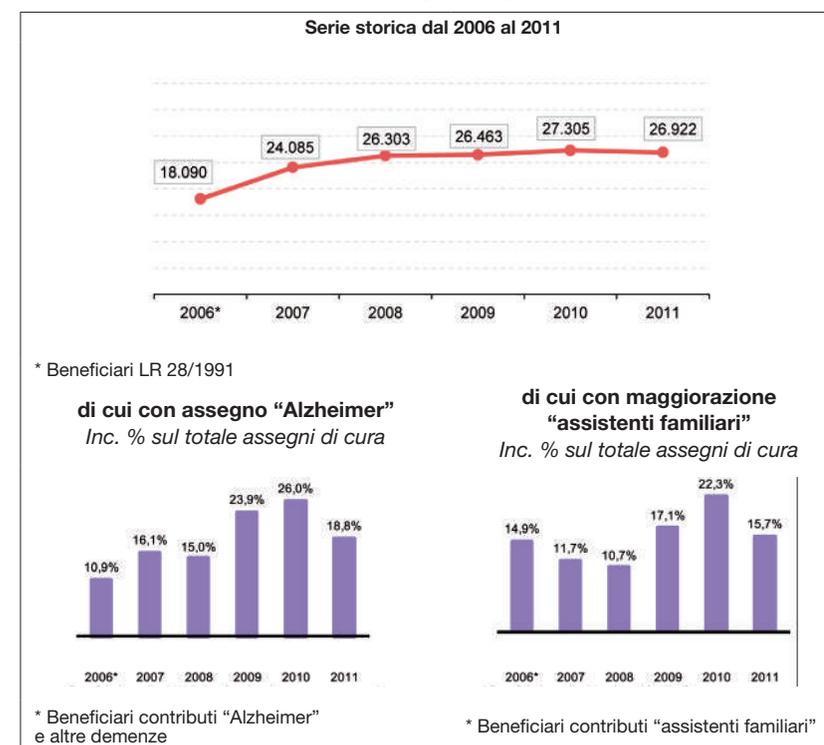
Un andamento analogo si osserva anche per gli assegni con maggiorazione "assistenti familiari" dove si registra un tasso di crescita medio tra il 2007 ed il 2011 pari al 16%, con un forte rialzo nel 2009 (+60,5%) e nel 2010 (+34,4%) e con una flessione consistente nell'ultimo anno (-30,5%) riportando la quota degli assegni con badante al di sotto del 20%.

Nella distribuzione dei beneficiari per Ulss di competenza le unità territoriali che fanno capo ai capoluoghi di provincia coprono le maggiori quote, con Padova e Verona a registrare le proporzioni più rilevanti (rispettivamente 9% e 7,7%). La quota Alzheimer, invece, risulta più consistente nel presidio dell'Ulss 10 del Veneto Orientale ed in quello Veneziano (incidenza intorno al 29% sul totale), mentre per quanto riguarda i beneficiari degli

assegni di cura con maggiorazione "assistenti familiari" si osserva una distribuzione più omogenea, eccetto Belluno per cui si rileva un maggiore sbilanciamento in questo ambito (30,3% del totale) rispetto agli utenti Alzheimer (la quota non supera neppure il 3%).

La flessione dei beneficiari degli assegni di cura registrata nell'ultimo anno risulta più pronunciata nell'unità di Pieve di Soligo (-8%), ma significative contrazioni si osservano anche nelle Ulss dell'Alta Padovana, Mirano, Verona e Treviso per cui si osservano diminuzioni superiori alla media regionale. Osservando, infine, le tendenze medie tra il 2007 ed il 2011, Padova e Venezia esprimono i progressi più consistenti (rispettivamente +11,1% e +7%), ma anche Verona evidenzia una crescita significativamente superiore alla media regionale (+5,2%).

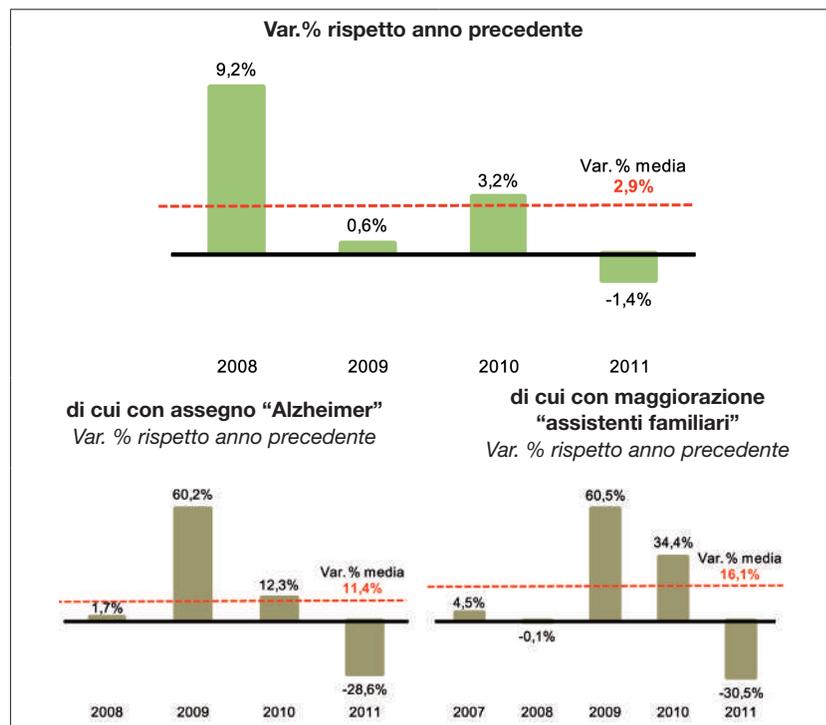
Fig. 3.3.1 – Beneficiari degli assegni di cura in Veneto



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

23. Utenti "base", utenti con Alzheimer, con badante, con Alzheimer e badante insieme

Fig. 3.3.2 – Beneficiari degli assegni di cura – Variazioni percentuali



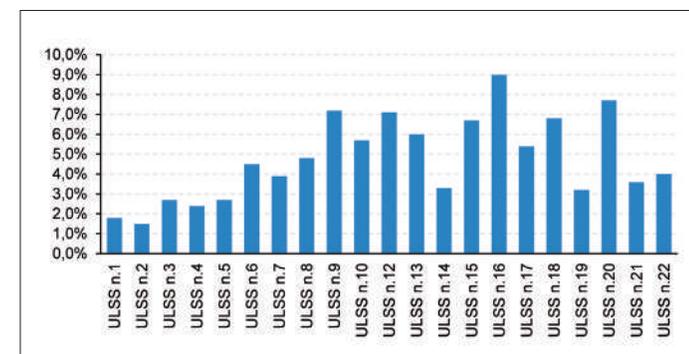
Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Tab. 3.3.1 – Beneficiari degli assegni di cura per ULSS di competenza

	V.a. 2011	di cui "Alzheimer" Inc. %	di cui "assistenti familiari" Inc. %	Var. % 10/11	Var. % media 07/11
ULSS n.1 - Belluno	475	2,9%	30,3%	-0,2%	5,8%
ULSS n.2 - Feltre	408	18,9%	22,5%	6,8%	-2,0%
ULSS n.3 - Bassano	716	20,7%	18,9%	-1,8%	0,6%
ULSS n.4 - Alto Vicentino	659	13,8%	20,8%	0,5%	3,5%
ULSS n.5 - Ovest Vicentino	735	8,6%	14,6%	-3,0%	1,4%
ULSS n.6 - Vicenza	1.200	13,3%	20,9%	-1,8%	4,7%
ULSS n.7 - Pieve di Soligo	1.042	20,7%	17,6%	-8,0%	0,5%
ULSS n.8 - Asolo	1.289	24,4%	10,5%	-1,3%	4,6%
ULSS n.9 - Treviso	1.930	20,4%	17,3%	-2,5%	4,6%
ULSS n.10 - Veneto Orientale	1.527	29,6%	15,5%	-0,7%	4,1%
ULSS n.12 - Veneziana	1.905	28,5%	17,7%	-1,0%	7,0%
ULSS n.13 - Mirano	1.619	15,0%	18,2%	-3,7%	1,3%
ULSS n.14 - Chioggia	889	16,6%	7,4%	9,1%	-4,1%
ULSS n.15 - Alta Padovana	1.813	14,9%	14,7%	-3,9%	-0,1%
ULSS n.16 - Padova	2.411	20,9%	20,7%	0,2%	11,1%
ULSS n.17 - Este	1.446	7,2%	12,3%	0,0%	-1,3%
ULSS n.18 - Rovigo	1.828	23,7%	8,2%	-1,0%	1,8%
ULSS n.19 - Adria	867	23,5%	6,2%	-2,7%	4,6%
ULSS n.20 - Verona	2.069	12,7%	16,2%	-3,1%	5,2%
ULSS n.21 - Legnago	969	16,1%	11,9%	-4,4%	0,0%
ULSS n.22 - Bussolengo	1.125	23,6%	16,3%	4,3%	3,1%

Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Fig. 3.3.3 – Beneficiari degli assegni di cura per ULSS di competenza Anno 2011 - Composizione percentuale



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

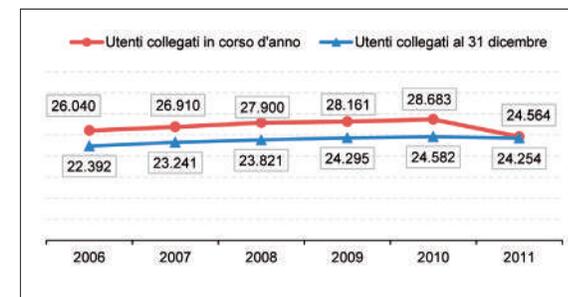
3.4 Il servizio di telesoccorso – telecontrollo (TSO – TCO)

Tra le varie tipologie di intervento che rientrano nell'ambito dell'assistenza domiciliare ad anziani non autosufficienti si annovera anche il servizio di telesoccorso e telecontrollo, sistema attivato dalla Regione Veneto, in accordo con i Comuni e le rispettive Ulss del territorio di competenza. Il servizio funziona a mezzo telefono, attraverso cui ogni anziano, è collegato ad un Centro Operativo funzionante 24 ore su 24. Mediante il Telecontrollo il Centro si mette in contatto con l'utente (anche più volte alla settimana) per conoscere le sue condizioni e per accertare che l'apparecchio in dotazione dell'utente sia funzionante. A sua volta ogni utente può mettersi in contatto con il Centro per qualsiasi necessità. Ad ogni chiamata il Centro provvede, con immediatezza, ad interessare la competente struttura, sia che si tratti di necessità mediche, infermieristiche, domestiche o, ancora, sociali. Attraverso il Telesoccorso, invece, ogni utente può inviare, in qualsiasi momento una richiesta di aiuto; il Centro operativo, in questo caso, è in grado di agire immediatamente e attivare tempestivamente tutte le risorse necessarie per un intervento urgente.

Per l'analisi sull'utenza del telesoccorso / telecontrollo (TSO-TCO) si prendono in considerazione due variabili distinte: gli utenti collegati in corso dell'anno e quelli risultanti al 31 dicembre. In genere si osserva uno scostamento di circa 3.500 / 4.000 unità tra i due parametri e normalmente il numero di utenti serviti nell'arco dei 12 mesi risulta superiore a quello osservato a fine anno, ma con gli ultimi dati disponibili tale divario risulta pressoché azzerato e il numero di utenti serviti si attesta sopra quota 24mila.

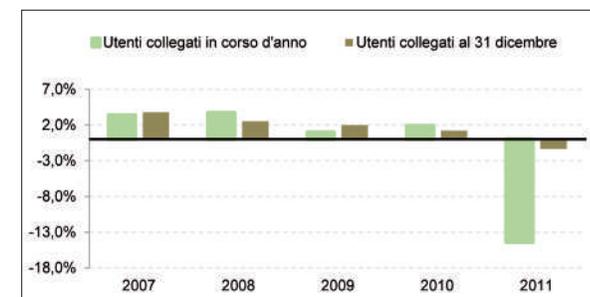
L'allineamento delle due variabili nell'ultimo anno dipende dalla significativa diminuzione degli utenti serviti nell'arco dei 12 mesi passando da 28.683 a 24.564 unità, per una contrazione superiore al 14%. Gli utenti registrati a fine anno registrano, invece, una progressiva crescita passando dai 22.392 registrati nel 2006 ai 24.254 del 2011 con un incremento medio dell'1,6%.

Fig. 3.4.1 – Utenti TSO-TCO in Veneto – Anni dal 2006 al 2011



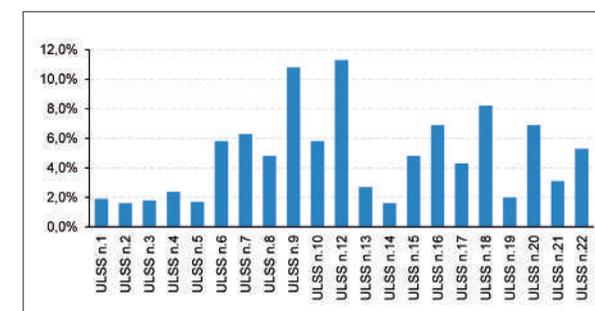
Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Fig. 3.4.2 – Utenti TSO-TCO in Veneto – Var. % rispetto anno precedente



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Fig. 3.4.3 – Utenti TSO-TCO per ULSS di competenza 31 dicembre 2011 - Composizione percentuale



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

3.5 Il progetto “Sollievo”

Si tratta di un fondo regionale per famiglie che assistono a domicilio persone con disabilità o anziani non autosufficienti. Il contributo prevede:

- “buoni di servizio”: somma riconosciuta alla famiglia per l’acquisto di servizi di accoglienza residenziale temporanea presso le diverse strutture di residenzialità;
- “assegni di sollievo”: somma riconosciuta alla famiglia in riferimento al particolare carico assistenziale che si trova ad affrontare in uno specifico periodo.

Il servizio, secondo gli ultimi dati disponibili (2007), riguarda quasi 5.000 utenti che si ripartiscono per il 58% dei casi in beneficiari degli assegni di sollievo e per la restante quota nei buoni servizio. Rispetto al 2006 si rileva un calo degli utenti vicino al 4%, determinato soprattutto da una riduzione dei contributi monetari (-24%), parzialmente attenuata dalla significativa crescita dei buoni servizio (+53%)

Nell’ultimo anno la distribuzione tra anziani e disabili risulta abbastanza equilibrata, ma rispetto al periodo precedente si osserva un netto calo dei contributi per gli anziani a favore della disabilità (rispettivamente -34,7% e +71,2%).

Tab. 3.5.1 – Utenti dei progetti “Sollievo” in Veneto – Anno 2007⁽¹⁾

	Valore assoluto	Inc. %	Var. % 2006 / 2007
Utenti totali	4.888	-	-3,9%
di cui: assegno di sollievo	2.850	58,3%	-24,0%
buono servizio	2.038	41,7%	52,7%
anziani	2.351	48,1%	-34,7%
disabili	2.537	51,9%	71,2%

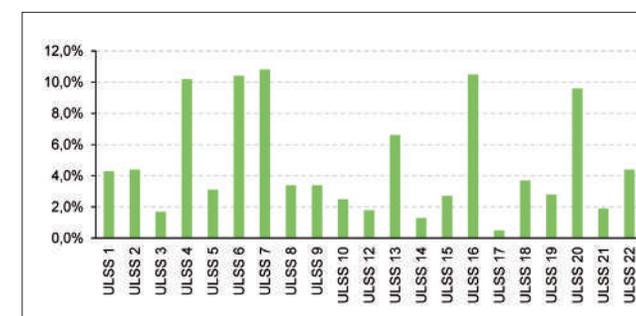
⁽¹⁾ Ultimi dati disponibili

Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

I territori principalmente coinvolti nel progetto sono quelli che fanno riferimento alle Ulss dell’Alto Vicentino, Vicenza, Pieve di Soligo, Padova e Verona, in cui per ciascuna area si raccoglie circa il 10% dell’utenza complessiva, mentre osservando la distribuzione per tipologia di servizio

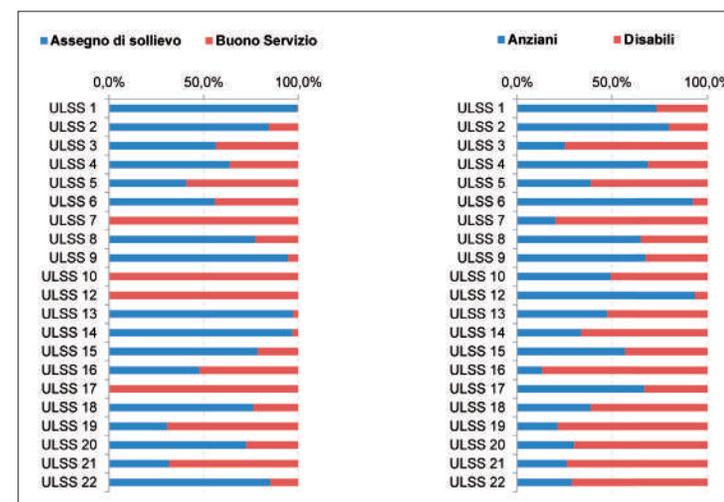
erogato si denota un impiego estremamente eterogenea a livello territoriale. In alcune unità, infatti, si privilegia l’erogazione degli assegni di sollievo (Belluno, Treviso, Mirano e Chioggia), in altre, invece, si rileva un netto sbilanciamento verso i buoni servizio (Pieve di Soligo, Veneto Orientale, Venezia e Este). Anche la tipologia di utenza si differenzia da zona a zona con le unità territoriali di Vicenza e Venezia che coinvolgono principalmente anziani, mentre Padova, Adria e Pieve di Soligo i disabili.

Fig. 3.5.1 – Utenti dei progetti “Sollievo” per ULSS di competenza
Composizione percentuale – Anno 2007



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Fig. 3.5.2 – Utenti dei progetti “Sollievo” per ULSS di competenza
Composizione % Anno 2007



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

4. Le risorse per la domiciliarità

“Con l’approvazione della legge regionale 30/2009 è stato istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, che ha lo scopo di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria, nonché di protezione e tutela delle famiglie che le assistono. Il Fondo riunisce le risorse del Fondo già costituito con l’articolo 3 della legge finanziaria regionale del 2008, quelle del Fondo per la domiciliarità di cui all’articolo 26 della LR 9/2005, quelle per i servizi di telesoccorso e telecontrollo e le risorse destinate al finanziamento dei centri diurni per persone con disabilità. Nel Fondo confluiscono, inoltre, i finanziamenti derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici destinati alla non autosufficienza. E proprio in funzione di una maggiore sostenibilità del sistema di offerta, l’articolo 7 della LR 30/2009 ha previsto ulteriori forme di entrata, tra le quali l’introduzione di una quota del gettito dell’addizionale regionale all’IRPEF, anche se per l’attuazione di questa norma non sono ancora state emanate specifiche disposizioni”²⁴.

Secondo gli ultimi dati disponibili le risorse per il 2011 assegnate alla non autosufficienza ammontano a 721.450.000 euro, determinate dalla somma del Fondo Regionale per la non autosufficienza pari a 694.210.000 euro²⁵ e dal riparto nazionale dei fondi per la sanità pari a 27.240.000 euro²⁶. Rispetto all’anno precedente si registra un incremento pari a due punti e mezzo percentuali delle risorse totali, nonostante il calo dei trasferimenti dello Stato (-5,6%), che sono arrivati ad incidere meno del 4% del totale.

24. Rapporto Statistico Regione Veneto 2011, [Cap. 9]. *I servizi per le persone anziane non autosufficienti*.

25. DGR 951/2011

26. DGR 2496/2011

Tab. 4.1 – Assegnazione fondi per la non autosufficienza in Veneto Anni 2010-2011

	2010		2011		Var. % 2010/11
	V.a.	Com. %	V.a.	Com. %	
Fondo regionale NA	€ 675.250.000	95,9%	€ 694.210.000	96,2%	2,8%
Fondo nazionale NA	€ 28.864.522	4,1%	€ 27.240.000	3,8%	-5,6%
Totale fondi assegnati	€ 704.114.522	100,0%	€ 721.450.000	100,0%	2,5%

Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

La ripartizione per ambiti di intervento è determinata in base a parametri storici e alla popolazione di riferimento. Rispetto all’anno precedente non si rilevano particolari scostamenti sulla sua composizione: per quanto riguarda il 2011, due terzi delle risorse assegnate (66%) sono destinate alla residenzialità degli anziani²⁷. La restante quota si ripartisce principalmente tra la domiciliarità di anziani e disabili²⁸ e i centri diurni per disabili²⁹ (rispettivamente 13,1% e 11,3%); la residenzialità per disabili³⁰, infine, ricopre il 7,2% delle risorse assegnate, mentre alle grandi strutture per la disabilità presenti nel territorio, che fino al 2010 venivano pagate dalla sanità, viene attribuito un ulteriore 2,4% del totale del fondo.

Nel biennio 2010-2011 si rileva un incremento del Fondo per la non autosufficienza pari a +2,8%, ma se nel 2010 la crescita risulta distribuita un po’ in tutti gli ambiti di intervento, nel 2011 l’incremento è dovuto essenzialmente all’istituzione del “nuovo riparto” destinato alle grandi strutture di assistenza disabili come l’OPSA di Padova.

27. Residenzialità anziani: impegnative di residenzialità sulla base dei criteri previsti dalla DGR 394/07 come definite nella DGR 3903/09 e successiva DG n. 2649 del 21/11/2010, quote di rilievo per Sapa, Svp, e centri diurni socio-sanitari, quote di rilievo sanitario per persone non autosufficienti nei centri religiosi di cui alla DGR.

28. Domiciliarità anziani e disabili: criteri di assegnazione previsti dalla DGR 39/2006.

29. Centri diurni disabili (ex ceod): applicazione dei LEA: 67,5% del costo della retta giornaliera, comprensiva dell’attuazione dell’articolo 5 della LR 1/08.

30. Residenzialità disabili: impegnative di residenzialità assegnate sulla base dei criteri previsti dalla DGR 4589/07.

Tab. 4.2 – Attribuzione dei fondi regionali per ambito di intervento in Veneto – Anno 2011

Ambiti intervento Fondo Regionale NA	Valore assoluto	Com. %	Var. % rispetto anno prec.	
			2010	2011
Residenzialità anziani	€ 457.859.064	66,0%	2,4%	0,3%
Domiciliarità anziani e disabili	€ 90.948.046	13,1%	3,8%	-0,2%
Residenzialità disabili	€ 49.751.650	7,2%	4,4%	1,1%
Centri diurni per disabili	€ 78.423.740	11,3%	3,3%	0,0%
Grandi strutture	€ 17.227.500	2,4%	n.d.	-
TOTALE	€ 694.210.000	100,0%	2,8%	2,8%

Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

A livello territoriale Padova detiene la quota più consistente dei fondi disponendo di oltre l'11% del totale delle risorse regionali stanziare per la non autosufficienza, ma quote consistenti si rilevano anche nelle Ulss che fanno riferimento agli altri capoluoghi di provincia con Verona (9,3%) e Treviso (8,2%) che si collocano dietro Padova.

Il trend dell'ultimo anno non evidenzia particolari scostamenti rispetto all'anno precedente se non in quelle unità territoriali che beneficiano del contributo aggiuntivo in riferimento alle grandi strutture di accoglienza per disabili: si rileva, infatti, una crescita significativa per Rovigo, Treviso, Padova, Alto Vicentino e Bassano. Anche Belluno registra nel 2011 una crescita consistente (+5,8%), mentre per nelle altre aree le risorse disponibili sono rimaste pressoché invariate.

Tab. 4.3 – Assegnazione fondi per la non autosufficienza per ULSS di competenza - Anno 2011⁽¹⁾

	Totale assegnato per ULSS	Com. %	Var. % rispetto anno prec.	
			2010	2011
ULSS n.1 - Belluno	€ 21.617.609	3,1%	4,4%	5,8%
ULSS n.2 - Feltre	€ 17.658.970	2,5%	-0,4%	0,2%
ULSS n.3 - Bassano	€ 32.144.068	4,6%	1,1%	3,0%
ULSS n.4 - Alto Vicentino	€ 26.812.067	3,9%	2,2%	3,5%
ULSS n.5 - Ovest Vicentino	€ 22.369.902	3,2%	1,5%	0,0%
ULSS n.6 - Vicenza	€ 49.180.005	7,1%	2,4%	0,1%
ULSS n.7 - Pieve di Soligo	€ 31.785.697	4,6%	1,4%	1,3%
ULSS n.8 - Asolo	€ 32.528.421	4,7%	5,7%	0,8%
ULSS n.9 - Treviso	€ 57.147.079	8,2%	2,4%	6,1%
ULSS n.10 - Veneto Orientale	€ 22.630.868	3,3%	8,6%	0,2%
ULSS n.12 - Veneziana	€ 48.712.056	7,0%	3,6%	0,1%
ULSS n.13 - Mirano	€ 24.748.293	3,6%	0,4%	0,2%
ULSS n.14 - Chioggia	€ 8.890.737	1,3%	-45,8% ⁽²⁾	0,4%
ULSS n.15 - Alta Padovana	€ 28.505.346	4,1%	-0,3%	1,1%
ULSS n.16 - Padova	€ 81.116.638	11,7%	15,2% ⁽²⁾	7,0%
ULSS n.17 - Este	€ 22.638.563	3,3%	4,2%	0,0%
ULSS n.18 - Rovigo	€ 32.999.778	4,8%	6,0%	22,3%
ULSS n.19 - Adria	€ 10.574.891	1,5%	6,5%	0,0%
ULSS n.20 - Verona	€ 64.704.384	9,3%	1,2%	0,1%
ULSS n.21 - Legnago	€ 20.791.280	3,0%	5,0%	0,0%
ULSS n.22 - Bussolengo	€ 36.653.346	5,2%	2,8%	0,1%
TOTALE	€ 694.210.000	100,0%	2,8%	2,8%

⁽¹⁾ Si considera solo il Fondo regionale per non autosufficienza

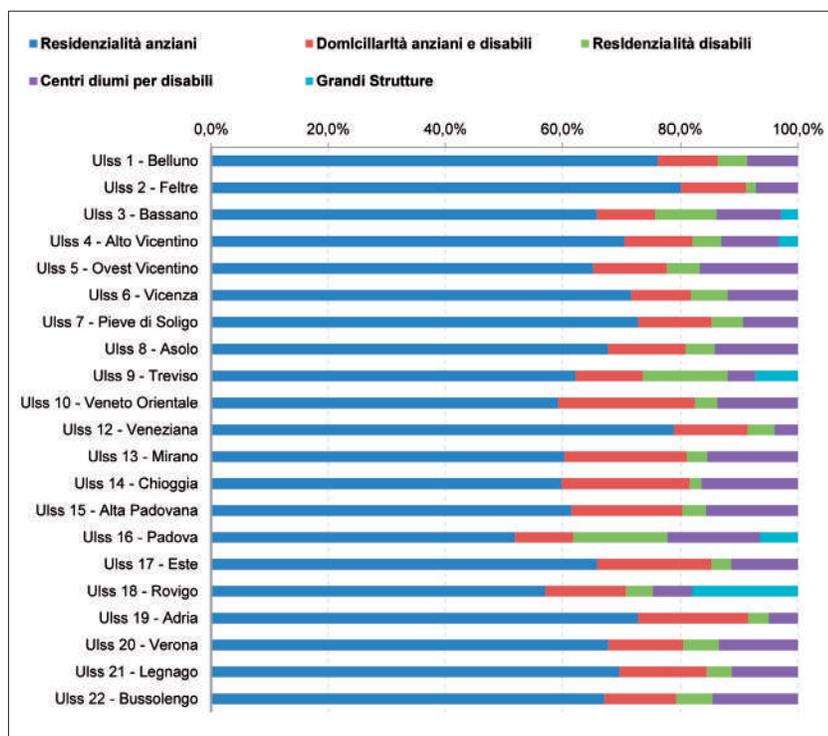
⁽²⁾ Dal 1 gennaio 2010, con la LR 22/2008, nove comuni dell'Azienda Ulss 14 sono stati trasferiti all'Azienda Ulss 16.

Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Incrociano, infine, la distribuzione dei fondi in base alle Ulss di competenza e agli ambiti di intervento, che tiene conto della popolazione residente, del fabbisogno e le impegnative di residenzialità stabiliti in base alle dotazioni degli anni precedenti, si ha una fotografia generale del diverso utilizzo delle risorse. Per Feltre, Belluno e Venezia, per esempio, appare maggiormente rilevante l'impiego delle risorse per la residenzialità degli

anziani; la domiciliarità di anziani e disabili, invece, risulta più specifica nelle Ulss del Veneto Orientale, di Chioggia e Mirano, mentre la residenzialità per disabili in proporzione gode di maggiori disponibilità nelle Ulss di Padova e Treviso a cui si collegano anche i fondi stanziati per le grandi strutture. Per quanto riguarda, infine, i centri diurni per disabili al di sopra del dato medio di riferimento (11,3%) spiccano le unità locali dell'Ovest Vicentino, Chioggia, Alta Padovana e Padova, con quote intorno al 16%.

Fig. 4.1 – Attribuzione dei fondi regionali per ambito di intervento e per ULSS di competenza
Composizione percentuale – Anno 2011



Elaborazioni LAN su dati Direzione Regionale Servizi Sociali

Appendice metodologica

I non autosufficienti in Veneto

L'indagine sui non autosufficienti, condotta da LAN – Local Area Network srl, è stata realizzata tra i mesi di dicembre 2010 e gennaio 2011 contattando telefonicamente, mediante l'utilizzo di intervistatori esperti e adeguatamente formati sui contenuti dell'indagine, 570 famiglie del Veneto.

Essendo l'obiettivo dell'indagine stimare il numero di non autosufficienti presenti nelle famiglie venete, nonché evidenziare le problematiche ed i possibili interventi da mettere in campo sia per chi sta già affrontando il problema sia per coloro che potrebbero trovarsi in analoghe situazioni nel prossimo futuro, sono state intervistate 570 famiglie, distribuite proporzionalmente per le sette province venete, al fine di raggiungere un quorum di almeno 200 famiglie che presentano le problematiche dell'assistenza ad un anziano non autosufficiente o che ritengono probabile il verificarsi di tale situazione nei prossimi tre anni. Tutto ciò per poter fornire dei dati statisticamente rappresentativi e con un errore di stima sufficientemente contenuto.

Il campione osservato, per l'impossibilità di completare tutte le quote provinciali entro il termine fissato per la rilevazione, ha differito in alcuni casi dal disegno campionario proporzionale per provincia stabilito all'avvio dell'indagine, comunque per un numero di unità di rilevazione sempre molto basso. Per una maggiore correttezza nell'elaborazione dei risultati, si è deciso in ogni caso di ponderare le interviste secondo la rappresentatività provinciale.

I lavori della cura

L'indagine è stata condotta sul tutto il territorio regionale e prende in considerazione tutti quei soggetti che in diversa maniera si prendono cura di persone non autosufficienti o disabili. Per lavoro di cura si intende non solo quello rivolto alla non autosufficienza degli anziani, ma anche alla disabilità. L'universo così come definito risulta dunque estremamente variegato, e pertanto si è deciso di restringere il campo considerando tre differenti categorie di soggetti, che a diverso titolo ed in diversa misura

svolgono un'attività di assistenza. Si tratta dei familiari della persona non autosufficiente, degli operatori socio-assistenziali e delle badanti. La rilevazione è stata svolta attraverso la compilazione di un questionario preparato ad hoc per ciascuna delle differenti tipologie di soggetti considerate.

Le modalità di contatto con gli interlocutori non sono state semplici e spesso si è dovuta vincere la resistenza e la diffidenza, soprattutto dei familiari e delle badanti, per affrontare problematiche ed aspetti per cui in genere si mantiene una certa riservatezza. In molti casi, dunque, si è utilizzata la rete di conoscenza dei rilevatori, contattando personalmente le famiglie e gli operatori che operano in strutture di assistenza, cooperative e associazioni di volontariato.

La struttura del questionario e le domande predisposte sono state studiate per trattare gli argomenti nella maniera più neutra possibile, cercando di spiegare ai diretti interessati la finalità della ricerca e l'utilità delle informazioni raccolte. In molti casi le interviste sono state svolte a domicilio, concordando i tempi e le modalità di svolgimento dell'intervista.

In questa rilevazione non si può parlare di un campione rappresentativo dell'universo di riferimento perché le persone intervistate non sono state reperite in maniera casuale, ma, come già accennato in precedenza, sono state invitate a partecipare all'indagine grazie alla conoscenza diretta dei rilevatori. Al di là di questo aspetto si è cercato, comunque, di tenere sotto controllo la localizzazione della persona assistita e la tipologia di soggetto da intervistare. In pratica la ricerca è stata strutturata considerando un campione di 120 soggetti, proporzionato alle tre differenti categorie di intervistati: familiari (60%), badanti (30%), assistenti domiciliari pubblici o convenzionati (10%) e tenendo conto della provincia di localizzazione (10 Belluno e Rovigo, 20 ognuna delle altre province).

In realtà il campione osservato si discosta da quello teorico riscontrando un sovra campionamento in alcune province. Nel complesso sono stati raccolti oltre 170 questionari e le interviste aggiuntive hanno contribuito ad arricchire la ricerca finalizzata a raccogliere informazioni sulle modalità e problematiche legate all'assistenza; l'organizzazione dell'attività in carico alla famiglia; la gestione del rapporto con le badanti; il rapporto con i servizi domiciliari e le ASL; le risorse necessarie per espletare il servizio di cura.

Le interviste raccolte in formato cartaceo sono state poi inserite, at-

traverso un software specifico, in un database per poter elaborare le informazioni raccolte attraverso gli strumenti statistici disponibili (SPSS). La metodologia di registrazione utilizzata e il software di imputazione adottato garantiscono il controllo della qualità e della coerenza delle risposte, predisponendo a priori i "flussi" che sono stati seguiti nella compilazione del questionario.

Bibliografia

AGENZIA REGIONALE SOCIO-SANITARIA DEL VENETO, 2011. *Libro bianco del servizio socio-sanitario della Regione Veneto 2001-2009*.

BARTORELLI L, TOGNETTI A, MONINI P, DI FRANCO F., 1998 *L'esperienza di un gruppo di sostegno per i familiari dei malati di Alzheimer. Il seme e l'albero*. Firenze: Istituto A. Devoto

BASSO, A.: *Fare rete con la Sanità Regione Veneto*, Quinto di Treviso, 24 febbraio 2012.

BELTRAMETTI, L.: "Politiche per la non autosufficienza" in Carlo DELL'ARINGA e Tiziano TREU (a cura di): *Le riforme che mancano. Trentaquattro proposte per il welfare del futuro*, Il Mulino, Bologna 2009, pp.299 – 307.

BERTONCIN, B., intervista a Paola Pessina e Laura Balestrini, rispettivamente Presidente e Direttrice della Casa di Cura Ambrosiana istituita all'interno della Fondazione Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone, "Una Città" n. 197, ottobre 2012.

BONOMI, A., "La famiglia nell'era delle moltitudini" in "Communitas" 38/2009.

BOVO, C., 2003. *Qualità dell'assistenza e continuità delle cure*.

CASAGRANDE, S., e MARCECA, M., 2006. *Integrazione sociosanitaria. Care*, 6, 23-29.

CASTEL, R., 2004. *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, trad. it. Einaudi, Torino.

CENSIS, 2007. *Il tempo della terza età*.

CEPOLINA, S., 2002. I servizi socio-sanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda. *Mecosan*, 42, 55-67.

CITTADINANZATTIVA (in partnership con GlaxoSmithKline), 2009. *Rapporto sull'assistenza domiciliare integrata*. Seconda edizione del progetto "Monitoraggio sul sistema delle cure domiciliari"

Comitato per il progetto culturale della CEI (a cura di): *Il cambiamento demografico*, con prefazione di C. Ruini, Laterza, Bari 2011.

COLLICELLI, G: "Troppi anziani lasciati soli. Arriva la badante comunale" in "Corriere del Veneto" 1 novembre 2012.

DE RITA, G. "Prefazione" a AA.VV: *La risorsa longevità. Un approccio concreto e innovativo*, Marsilio Venezia, 2008.

DEGANI, L., e MOZZANICA, R., 2009. *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*. Maggioli Editore.

DEL FAVERO, A.L., 2011. *Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari*.

FACCHIN, P., e ROSSA., L., 2002. *Assistenza domiciliare integrata. Unità socio-sanitaria n. 1 della Regione Veneto*.

FRAU, P., 2010. *L'integrazione sociosanitaria*

FRAU, P., 2011. *L'integrazione sociosanitaria: dai "perché" ai "per come"*

GIANCATERINA, F, 2006. *Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza*. Milano: FrancoAngeli, 61-85.

GIANNOTTI, C.F., 2004. *Dipendenze: la qualità della cura nei servizi*. Milano: Franco Angeli, 23-25.

GORI, C. (a cura di): *Le riforme regionali per i non autosufficienti Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*. Carrocci, Roma, 2008.

GRECO, G.e IVIS, S. "Modelli di assistenza domiciliare al fragile" cap. 8 del volume Alberto F. DE TONI - Francesca GIACOMELLI B. – Stefano IVIS (a cura di): *Il mondo invisibile dei pazienti fragili. La fragilità interpretata dalla medicina di famiglia mediante la teoria della complessità*. UTET, Torino 2010, pag. 176.

IRCCS-INRCA, 2009. *L'assistenza nazionale agli anziani non autosufficienti in Italia*. a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza).

IRCCS-INRCA per l'AGENZIA NAZIONALE PER L'INVECCHIAMENTO,

2009. *Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani*.

IRS (Istituto per la Ricerca Sociale), 2008. *Badanti: la nuova generazione – Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*.

ISTAT, 2007. *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*.

MINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI, 2010. *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*.

MINISTERO DEL WELFARE, 2009. *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*.

OECD, 2005. *Long term care policies for older people*.

PESARESI, F., 2007. *Le cure domiciliari per anziani in Italia. Prospettive sociali e sanitarie*, 15, 1-6.

REGIONE VENETO, 2011. *Rapporto statistico 2011. I servizi per le persone anziane non autosufficienti*.

SCARDELLATO, U., 2009. *Il modello veneto di integrazione socio-sanitaria. Esperienze a confronto. Modelli regionali d'integrazione socio-sanitaria*. FiasoNews, 3, 18-23.

SENIN, U., CHERUBINI, A., e MECOCCHI, P., 2003. *Impatto dell'invecchiamento della popolazione sull'organizzazione socio-sanitaria: necessità di un nuovo modello di assistenza continuativa*.

TACCANI P., Milano: F. Angeli 1994. *Dentro la cura. Famiglia ed anziani non autosufficienti*.

Siti

www.amministratoridisostegno.com

www.astrid-online.it

www.caregiverfamiliare.it

www.censis.it

www.daonline.info

www.geriatriaonline.it

www.inps.it

www.istat.it

www.lavoro.gov.it

www.statistica.regione.veneto.it

www.salute.gov.it

www.socialesalute.it

