

# **Soluzioni “made in Italy” alla non autosufficienza: dall’utopia della de-istituzionalizzazione alla domiciliarità della cura**

di **Mara Tagliabue, Tiziana Tesauro** | 22 marzo 2011 | In: Quaderno n.16 / 2011

## **Introduzione**

Nel modello mediterraneo di welfare il sistema dei servizi socio-assistenziali in generale, per la non autosufficienza in particolare, risulta essere carente e inadeguato. Il caso italiano, soprattutto dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, si è caratterizzato per un deciso processo di regionalizzazione delle politiche sociali<sup>1</sup> e dei diritti sociali di cittadinanza, nell’ambito di un divario crescente tra il Nord e il Sud del paese (Pugliese 2008). I servizi e le prestazioni per i non autosufficienti si distribuiscono pertanto in modo disomogeneo sul territorio nazionale e sono particolarmente insufficienti nel Mezzogiorno, dove il gap tra domanda e offerta è particolarmente ampio (Pavolini 2004). Il lento sviluppo socio-economico che ha caratterizzato il Sud del paese, infatti, e la fragilità del welfare meridionale costituiscono fattori di rischio ambientale che determinano una maggiore incidenza della non autosufficienza e, in generale, una crescente domanda sociale di cura. Al Nord come al Sud sulla famiglia ricade, prevalentemente, il bisogno di continuità assistenziale dei soggetti non autosufficienti e il lavoro di cura si svolge sempre più in ambito domestico. Tuttavia la cura a domicilio, che pure potrebbe rappresentare il modello chiave di una nuova strategia volta ad accrescere la qualità della salute è comunque dimensione problematica. In primo luogo perché i costi sono quasi esclusivamente a carico della famiglia, in secondo luogo perché la cura a domicilio è condizione potenzialmente vulnerante per il caregiver primario (familiare o badante che sia). Il paper declina il tema della non autosufficienza nei seguenti quattro ambiti di analisi. Nel primo paragrafo si delineano i tratti distintivi del modello di welfare mediterraneo in relazione alla non autosufficienza e si inserisce poi, in tale contesto, il caso italiano con le sue peculiarità. Nel secondo paragrafo si affronta il tema delle diseguaglianze in salute e rischio non autosufficienza. Nel terzo paragrafo si esplora il tema della domiciliarità del lavoro di cura, evidenziando come nel nostro paese, in quest’ultimo quarantennio, l’auspicato sviluppo dei servizi territoriali domiciliari, che pure si è realizzato, non è stato sufficiente a colmare il gap tra domanda e offerta. Nel paragrafo si presta particolare attenzione al fenomeno badanti evidenziando come, tale fenomeno, ponga socialmente il tema della cura e della vulnerabilità di chi cura. Si conclude il paper discutendo di applicazioni di domotica come interventi in grado di sostenere l’autonomia e la domiciliarità degli anziani.

### **1. Il modello di welfare mediterraneo e il caso italiano**

La Commissione Europea ha stimato un incremento della popolazione di età superiore ai 65 anni, entro il 2050, del 44,5% per la popolazione di età compresa tra i 65 e i 79 anni, del 171,6% per la popolazione con più di 80 anni (cfr. COM. 2005, 94, COM. 2006, 571). Dato lo scenario demografico l’agenda di Lisbona ha definito “prioritarie e indispensabili” due linee di azione:

- l'attuazione di politiche volte a promuovere una maggiore partecipazione all'attività lavorativa, soprattutto per le donne ( e le altre fasce più marginali rispetto al mercato del lavoro, ovvero i giovani e le persone in età avanzata) (COM. 2005, 94).

- la modernizzazione (corsivo nostro) dei sistemi di protezione sociale soprattutto attraverso il potenziamento di un sistema integrato di servizi socio-sanitari (ibidem).

Rispetto alla linee guida della strategia di Lisbona i paesi dell'Europa del mediterraneo presentano una condizione alquanto problematica. In primo luogo perché in questi paesi lentamente crescono i tassi di occupazione delle donne<sup>2</sup>; in secondo luogo perché sono paesi che presentano una ripartizione della spesa sociale fortemente squilibrata a favore della spesa pensionistica e che, conseguentemente, destinano al settore assistenziale risorse scarse (Tab. 1).

Tabella 1- Spesa sociale per settori in percentuale della spesa sociale totale nel 2004. Valori %

	Italia	Spagna	Grecia	Portogallo
Malattia e sanità	25,9	30,8	26,5	30,4
Invalidità e disabilità	6,1	7,5	5,0	10,4
Anzianità e vecchiaia	51,3	40,7	47,7	40,2
Superstiti e reversibilità	10,0	3,0	3,5	7,1
Famiglia e minori	4,4	3,5	6,9	5,3
Disoccupazione	2,0	12,9	5,9	5,7
Casa	0,1	0,8	2,3	0,0

Fonte: Eurostat in Ponzini 2008

Nello specifico, tenuta in debito conto la difficoltà di reperire dati affidabili e comparabili per i diversi paesi (Anttonen e Sipilä, 2001), è possibile affermare che il quadro dell'offerta nei paesi del mediterraneo è caratterizzato da una sorta di "ritardo comune" nell'assistenza agli anziani. Pesaresi e Gori<sup>3</sup> (2005), considerando gli indici di copertura dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, asseriscono che i paesi del mediterraneo risultano essere quelli che hanno l'organizzazione dei servizi per anziani meno sviluppata rispetto a tutti gli altri paesi dell'Unione Europea<sup>4</sup> (Tab.2).

Tabella 2 - Percentuale di anziani assistiti per paese, anno e tipologia di servizio

Paese	Anno	Percentuale di anziani assistiti tramite assistenza domiciliare	Anziani in strutture residenziali
Italia	1999	3,0%	2,7%
Spagna	1999	1,8%	3,2%
Portogallo	1992	1,0%	2,0%
Grecia	1998/1991*	0,3%	1,0%

Fonte: Pesaresi, Gori (2005)

All'anno 1998 si riferisce la percentuale di anziani che hanno usufruito di assistenza domiciliare, al 1991 quelli che hanno usufruito di strutture residenziali

E questo a fronte di una domanda di cura tutt'altro che trascurabile. La tabella seguente (Tab. 3) ci permette di quantificare, per fasce di età e grado di disabilità, la domanda di assistenza degli anziani in tutti i paesi europei.

Tabella 3 – Popolazione anziana non autosufficiente per grado di non autosufficienza e fasce di età. Paesi dell'Europa del Sud, anno 1999

Europa del Sud	65-79	80 e +
Disabilità grave	13,5	27,7
Disabilità moderata	19,4	19,5
Totale	32,9	47,2

Fonte: Libro Blanco de dependencia

Nei paesi del mediterraneo dunque ben un terzo degli anziani, per così dire più giovani, e quasi la metà dei grandi anziani è affetto da disabilità (grave o moderata). Di loro si occupano prevalentemente le reti familiari. Alla famiglia è riservato un ruolo fondamentale nella produzione di welfare informale (tra gli altri Naldini, 2006). Nel contesto mediterraneo è particolarmente diffuso un modello familiare caratterizzato dalla solidarietà intergenerazionale (tra genitori e figli), ovvero dall'esistenza di forti relazioni e scambi tra genitori e figli per tutto il corso di vita. A fronte di ciò il tema della cura ha trovato spazio in ambito europeo in relazione all'aspetto della conciliazione. Nell'ottica della valorizzazione delle risorse familiari l'agenda di Lisbona, non a caso, impegna i governi a più efficaci politiche di ri-conciliazione tra vita lavorativa e vita privata attraverso la messa a disposizione di servizi per l'infanzia e la cura delle persone non autosufficienti (COM 2005, 141). In merito al tema della conciliazione nella consultazione formale delle parti sociali (SEC 2006, 1245) la Commissione Europea ha messo a tema un'eventuale revisione delle disposizioni esistenti per quanto riguarda il congedo di maternità e il congedo parentale nei paesi membri; ha anche sollecitato (COM 2007, 49) la creazione di "congedi filiali" che permettano di occuparsi di genitori anziani, e che siano "attraenti" tanto per gli uomini quanto per le donne<sup>5</sup>. In questa prospettiva, almeno sul piano del dibattito in corso, si sta assistendo ad un processo convergente di progressiva definizione della non autosufficienza come nuovo rischio sociale. In merito la legge spagnola (che in questa sede brevemente richiamiamo) "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" (Per la promozione dell'autonomia personale e la cura delle persone non autosufficienti) rappresenta un'esperienza unica e innovativa. Il 21 aprile 2006 il governo ha presentato in parlamento una proposta di legge che regola il sistema nazionale di tutela per i non autosufficienti, approvato il 30 novembre ed entrato in vigore il 1 gennaio 2007<sup>6</sup>. La legge sposa la filosofia universalistica<sup>7</sup>, dal momento che riconosce il diritto all'assistenza per tutti i cittadini non autosufficienti indipendentemente dall'età e dalle condizioni di reddito<sup>8</sup>. Così facendo il legislatore legittima la fruibilità del diritto sociale di assistenza basandosi unicamente sulla verifica della condizione di bisogno, non tenendo conto di altri fattori. Considera altresì quella condizione una condizione che, di per se stessa, dà diritto a prestazioni e servizi. In tal senso la normativa spagnola riconosce alla non autosufficienza la dignità di nuovo rischio sociale, superando, nell'ambito dell'assistenza agli anziani, la filosofia tradizionale che ancora prevalentemente tutela questa fascia della popolazione dai rischi legati alla carriera lavorativa, attraverso appunto i benefici previdenziali. La legge prevede la creazione di un sistema ad hoc, ovvero il Sistema per l'autonomia e la cura della non autosufficienza (SAAD) (Cap.II, Art. 14, 15 e 16), finalizzato all'offerta integrata di servizi, anche attraverso il riconoscimento e l'incentivazione dell'offerta privata e del terzo settore; prevede una consistente incentivazione di interventi di prevenzione e di riabilitazione e, al contempo, l'incremento di prestazioni monetarie<sup>9</sup>

finalizzate a favorire l'accesso ai servizi. Solo nei casi in cui il soggetto fosse impossibilitato ad accedere ad un qualunque servizio, la normativa riconosce "eccezionalmente" la possibilità di impiegare la prestazione per usufruire di un'assistenza privata, erogata da un familiare o da un assistente privato (Art.17 e Art.18 comma 1). Obiettivo della legge è dunque quello di potenziare e riordinare il sistema dell'offerta dei servizi per gli anziani ancora insufficiente nel paese (Tab. 4).

Tabella 4 – Spagna, numero utenti<sup>10</sup> e indice di copertura dei Servizi Sociali per tipologia

SAD		Teleassistenza <sup>11</sup>		Centro Diurno <sup>12</sup>		Strutture residenziali	
Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*
228.812	3,14	148.905	2,05	33.709	0,46	275.049	3,78

Fonte: Libro Blanco de dependencia

\*Indice di copertura: utenti/totale della popolazione anziana x 100

### 1.1 Le peculiarità del caso italiano

Il fenomeno invecchiamento può essere considerato uno spaccato attraverso cui leggere la tipicità del welfare italiano che risponde ai bisogni prioritariamente attraverso trasferimenti al reddito e relega l'assistenza in un ruolo residuale. Sebbene la nostra costituzione all'articolo 38 sancisca il diritto alla previdenza e all'assistenza, riconoscendo attraverso la previdenza, il diritto alla prestazione come contropartita di una precedente contribuzione, e attraverso l'assistenza, il diritto al soccorso per chiunque si trovi in condizione di bisogno, di fatto nel nostro paese l'assistenza, che avrebbe dovuto mettere tutti i cittadini sullo stesso piano attraverso l'offerta di servizi in chiave universalistica, continua ad avere un ruolo residuale nelle politiche sociali, schiacciata da un sistema pensionistico ingombrante e costoso. Le risorse dedicate all'assistenza in generale restano esigue. In particolare la spesa per l'assistenza continuativa rappresenta l'1,13% del Pil. Di questa voce di spesa solo il 4% è destinato al Long-Term Care, il 2% se si considerano esclusivamente i servizi (Gori, Lamura 2009). Sebbene l'assistenza continuativa a titolarità pubblica<sup>13</sup> (Long-Term Care) abbia avuto un costante sviluppo dagli anni '70 ad oggi, la componente relativa all'offerta dei servizi resta carente e disomogenea sul territorio nazionale come mostra la Tab. 5, evidenziando le basse percentuali di anziani utenti dei servizi, delle strutture e dell'ADI, la disponibilità dei posti letto e le ore medie annuali di ADI.

Tabella 5 – L'assistenza continuativa nelle Regioni 2005-2007

Regioni	% anziani		% posti letto socio-assistenziali in strutture	% anziani utenti ADI	Ore ADI medie annue	% spesa ADI su spesa sanitaria
	utenti servizi	utenti strutture				
Friuli-Venezia Giulia	17,4	7,6	20	7,2	17	3,15
Emilia-Romagna	12,0	4,4	30	5,7	23	1,94
Veneto	11,8	4,6	19	6,4	14	1,11
Molise	10,2	2,5	22	3,7	12	0,70
Liguria	9,6	5,2	6	3,2	25	0,93
Lombardia	9,1	3,8	3	3,6	18	0,82
Piemonte	8,5	5,2	55	1,8	25	1,13
Abruzzo	8,1	1,9	30	3,6	33	0,86
Marche	7,9	3,1	43	3,9	28	1,66
Umbria	6,5	1,6	28	4,3	17	2,23
Lazio	6,4	1,4	60	3,8	21	-
Basilicata	5,9	0,6	61	4,3	44	1,37
Toscana	5,6	2,3	20	2,1	25	1,46
Sardegna	5,4	1,7	50	1,2	71	0,70
Sicilia	4,9	1,1	42	1,0	37	1,44
Calabria	4,8	0,6	29	2,7	17	0,37
Campania	3,7	0,6	70	1,6	59	0,38
Puglia	3,5	1,1	57	1,6	52	0,35
Italia	7,9	3,0	28	3,2	24	1,08

Fonte: Network Non Autosufficienza

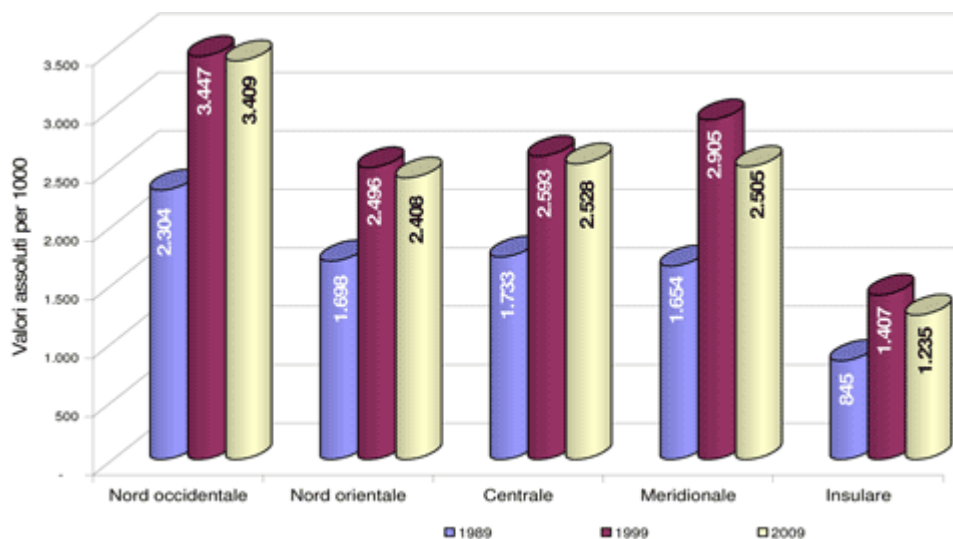
Di contro all'auspicato sviluppo di un sistema dei servizi (di cui già la Commissione Onori 1997) si è assistito a un progressivo rafforzamento della logica della monetizzazione delle prestazioni. Nel nostro paese i percettori dell'indennità di accompagnamento costituiscono il 9,5% degli anziani (Network Non Autosufficienza 2009) percentuale che sopravanza di gran lunga il complesso degli utenti dei servizi domiciliari e residenziali. Si assiste poi contestualmente al riemergere della filosofia della beneficenza che si credeva ormai appartenere al passato. Il Libro Bianco sembra avallare per lo più un sostanziale arretramento nei fatti sul piano dei diritti di cittadinanza, in particolar dei diritti sociali. Wilensky sosteneva che l'essenza del welfare state consiste nel garantire a tutti i cittadini standard minimi di reddito, istruzione, salute, abitazione, non per carità ma per diritto politico. Sta proprio in questa sostituzione della rete della beneficenza con la solidarietà istituzionalizzata il punto di svolta della condizione di suddito a quella di cittadino. Il Libro Bianco invece, ripropone la logica della beneficenza e di fatto un modello di welfare residuale in base al quale lo Stato si occupa solo ed esclusivamente degli ultimi, degli out, lasciando il resto dei cittadini a se stessi (E. Granaglia, P. Di Nicola, S. Toso, C. Gori, Ranci Ortigosa, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 15 giugno 2009)<sup>14</sup>. La social card è un esempio illuminante a tal proposito. Attraverso la Carta acquisti<sup>15</sup> (il cui costo è stato stimato in 450 milioni di euro) si fa sostanzialmente "la carità" ai cittadini con un buono di 40 euro mensili, contestualmente riducendo il Fondo Nazionale per le politiche sociali di ulteriori 271 milioni di euro, sottraendo così risorse al finanziamento della spesa sociale destinata ai Comuni (Mazzaferro, Toso 2009).

## 2. Disuguaglianze in salute degli anziani tra Nord e Sud

### 2.1 L'invecchiamento della popolazione italiana

È noto che il nostro paese è interessato da un progressivo e crescente invecchiamento della popolazione. L'incremento della popolazione anziana è stato nel decennio 1989-1999 sostenuto, ha registrato poi un leggero decremento nel secondo decennio tra il 1999- 2009. Gli ultrasessantacinquenni ammontavano nel 2009 a 12.085.000 (Graf. 1).

Graf.1: Persone di 65 anni e più per anno e ripartizione geografica



Fonte: ISTAT – DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1989, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1999, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 2009 – elaborazione dati Luca Pianelli

L'indice di invecchiamento (Fig.1,2) <sup>16</sup> mostra quanto il nostro paese sia invecchiato. Nell'ultimo ventennio la percentuale di ultrasessantacinquenni è cresciuta di quasi 6 punti. Le figure restituiscono l'immagine di un paese nel quale ormai circa un quinto della popolazione è anziana. I dati presi attestano la velocità e l'intensità del fenomeno, ma ribadiscono anche la sua disomogeneità territoriale. Se consideriamo infatti la distribuzione percentuale degli anziani nelle varie aree del paese (Fig. 1 e 2) è evidente che il Centro-Nord era, ed è, l'area più vecchia, con valori molto alti in alcune regioni. Si veda la Liguria, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, l'Umbria. Particolarmente significativo è stato l'incremento degli ultraottantenni che nel 2009 ammontavano al 27,9% della popolazione anziana. Gli ultraottantenni sono cresciuti mediamente di 6,8 punti percentuali nel ventennio considerato (Fig 3 e 4). La tabella 6 riporta poi i valori dell'indice di vecchiaia per regione e anno. Come è noto tale indice descrive il peso della popolazione anziana sulla popolazione più giovane (0-14). Si evince dalla tabella che in quasi tutte le regioni italiane nel 2009 ha valori superiori a 100 (ad eccezione che in Campania), segno che il sorpasso degli anziani sui giovanissimi si è dunque compiuto. La tabella registra anche una "timida" inversione di tendenza nel Nord del paese. In quattro regioni settentrionali l'indice di vecchiaia inizia a decrescere. In Liguria decresce di 0,9 punti percentuali, in Friuli-Venezia Giulia di 1,2, in Toscana di 3, in Emilia-Romagna di 24,7. Come mostra la fig.5 l'indice decresce in tutte le province dell'Emilia Romagna

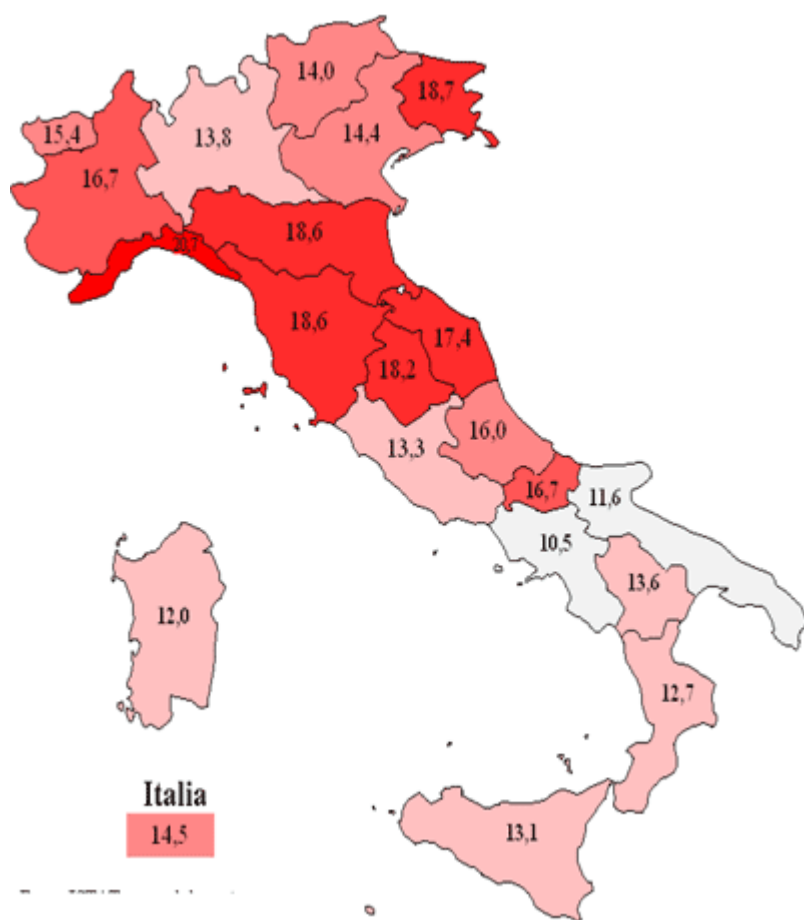
ad eccezione della provincia di Rimini (dove resta invariato), in più della metà delle province toscane, in tre di quelle liguri (ad eccezione della provincia di Imperia), in tre province del Friuli-Venezia Giulia (tranne che in quella di Udine). È l'apporto dei flussi migratori. Nelle province settentrionali infatti dove si registra una consistente incidenza di famiglie di immigrati stabili, con il conseguente aumento di minori stranieri (Istat 2006f), il trend crescente dell'invecchiamento inizia a rallentare.

Tabella – 6 – *Indice di Vecchiaia per regione e anno*

Regione	Indice di Vecchiaia		
	1989	1999	2009
Piemonte	121,5	169,1	178,7
Valle d'Aosta	109,3	146,8	151,2
Lombardia	91,2	131,5	142,4
Liguria	182,2	237,0	236,1
Trentino Alto Adige	82,1	104,3	114,6
Veneto	92,9	132,6	139,2
Friuli-Venezia Giulia	145,6	188,6	187,4
Emilia-Romagna	149,2	197,5	172,8
Toscana	139,5	188,9	185,9
Umbria	124,2	179,7	181,7
Marche	114,6	162,6	169,9
Lazio	80,2	117,5	140,9
Abruzzo	91,5	134,9	162,4
Molise	93,0	135,8	171,7
Campania	45,4	68,2	94,9
Puglia	52,6	83,9	119,5
Basilicata	66,5	103,7	146,6
Calabria	57,6	89,6	128,7
Sardegna	59,8	99,8	150,9
Sicilia	61,2	86,3	118,5
<i>Nord Occidentale</i>	<i>108,0</i>	<i>151,4</i>	<i>160,2</i>
<i>Nord Orientale</i>	<i>116,0</i>	<i>156,8</i>	<i>153,4</i>
<i>Centro</i>	<i>104,0</i>	<i>147,8</i>	<i>161,0</i>
<i>Meridione</i>	<i>54,0</i>	<i>83,3</i>	<i>115,2</i>
<i>Isole</i>	<i>60,8</i>	<i>89,1</i>	<i>125,4</i>
<i>Italia</i>	<i>85,1</i>	<i>122,0</i>	<i>143,4</i>

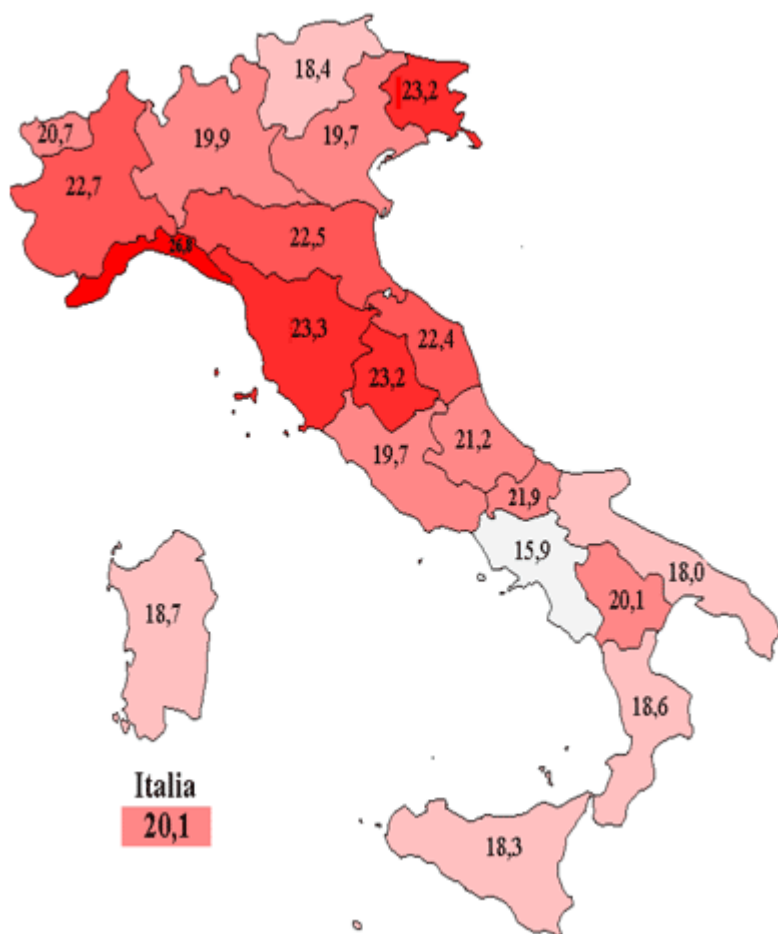
Fonte: ISTAT – DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1989, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1999, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 2009 – elaborazione dati Luca Pianelli

Fig.1 Italia – indice di invecchiamento 1989



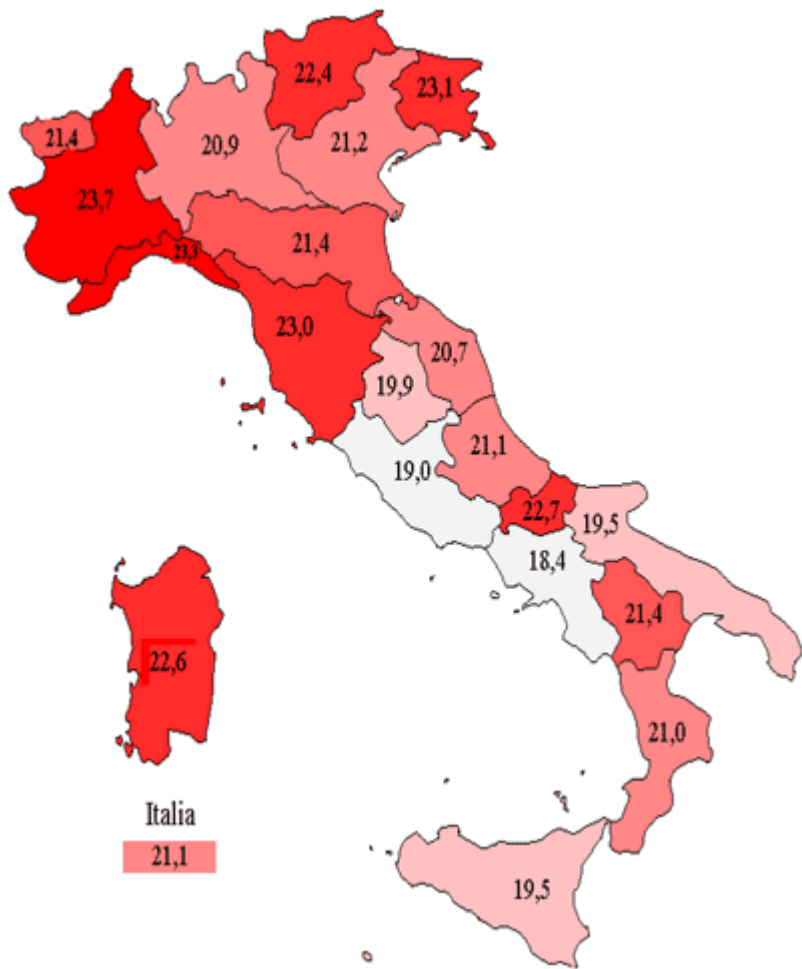
Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1° Gennaio 1989 elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.2 Italia – indice di invecchiamento 2009



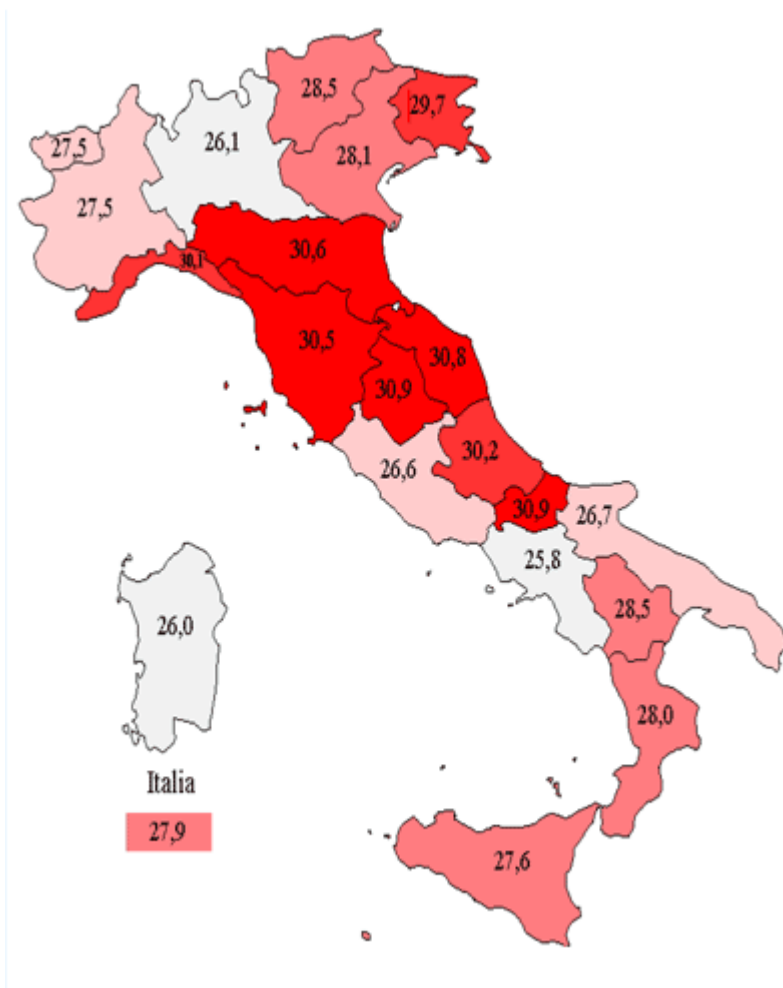
Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 2009 elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.3: Percentuale di popolazione di 80 anni e più sul totale della popolazione anziana per regione – anno 1989



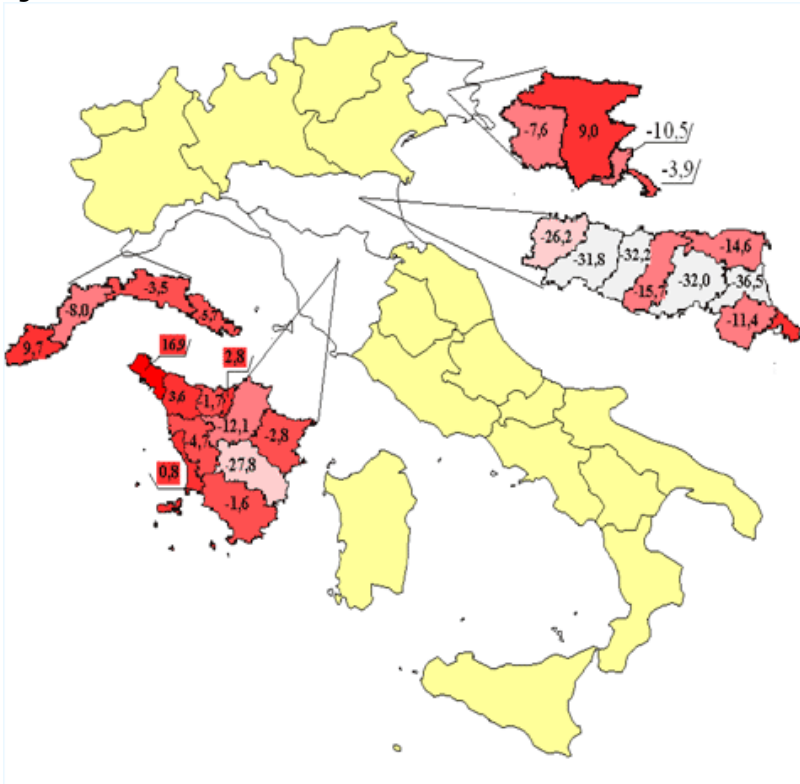
Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 1989 – elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.4: Percentuale di popolazione di 80 anni e più sul totale della popolazione anziana per regione – anno 2009



Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 2009 – elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.5: Italia - variazione % indice di Vecchiaia 1999 - 2009

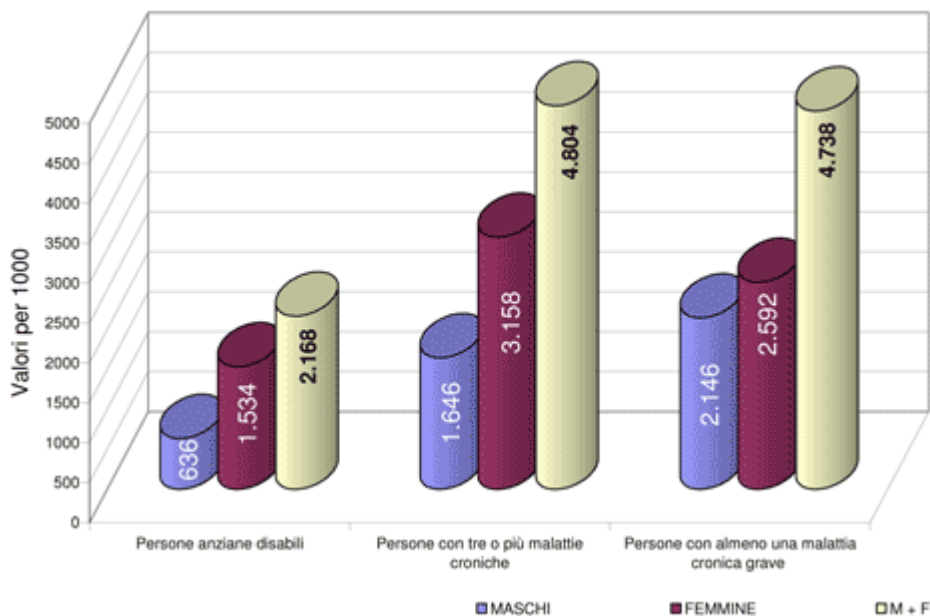


Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 1999, ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 2009 - elaborazione GIS Luca Pianelli

## 2.2 Il rischio non autosufficienza

I più recenti studi sulle disuguaglianze in salute (Padovani 2008) ribadiscono che il disagio sociale è la principale causa non biologica dei divari di salute esistenti nella popolazione. E tra le diverse dimensioni dello svantaggio sociale, quelle che hanno maggiore peso sul fattore salute sono quelle legate all'istruzione, alle risorse materiali ed economiche, al contesto di vita (il dove si vive influenza non poco la salute). In altri termini, come ribadiscono anche Geddes da Filicaia M. e Maciocco G. (2007), lo stato di salute è il prodotto di una molteplicità di variabili tra loro interdipendenti e agenti per tutto il corso della vita (variabili non solo individuali ma anche ambientali). Secondo la più recente indagine Multiscopo dell'Istat (2007)<sup>17</sup> gli anziani non autosufficienti sono circa 2 milioni, e quelli affetti da malattie croniche e pluripatologie circa 4.800.000. (cfr. Graf. 2).

Graf. 2: Persone di 65 anni e più per disabilità e presenza di malattie croniche dichiarate e sesso Anno 2006



Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Elaborando i dati dell'indagine relativi a uno specifico indicatore di salute, quale l'incidenza della disabilità<sup>18</sup>, si è ottenuto che:

- con l'avanzare dell'età aumenta considerevolmente l'incidenza della disabilità<sup>19</sup>: dai 65 ai 69 anni è pari al 5,5%, dai 70-74 anni è il 9,7%, tra coloro che hanno dai 75 ai 79 anni è il 17,8%, sale al 44,5% per gli ultraottantenni (Graf. 3).

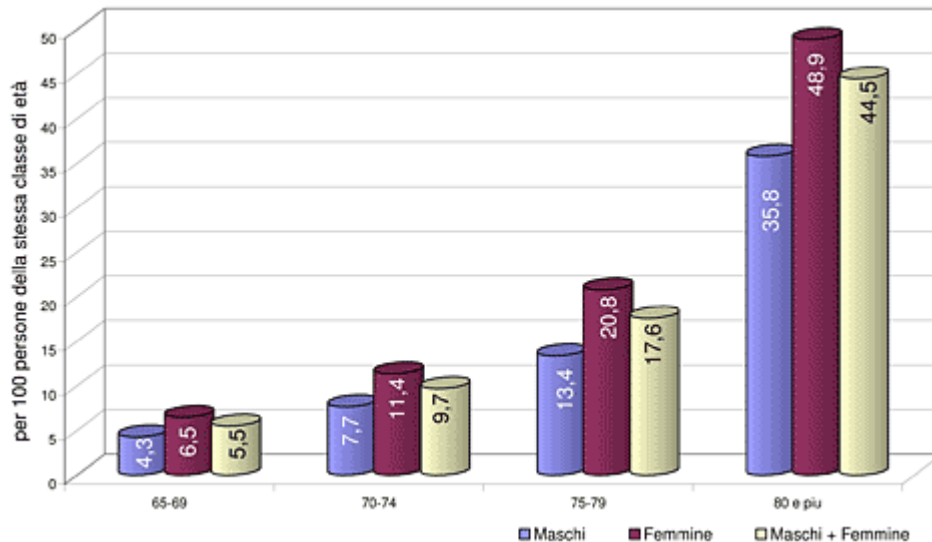
- Sussiste una relazione tra genere e disabilità, dal momento che le donne disabili sono in maggioranza rispetto agli uomini disabili. Sono disabili l'11,4% delle donne tra i 70-74 anni (contro il 7,7% dei coetanei uomini), il 20,8% delle donne tra i 75-79 anni (contro il 13,4% dei coetanei uomini), ben il 48,9% delle donne ultraottantenni contro il 35,8% degli uomini (Graf. 3).

- emerge una relazione tra livello di istruzione e disabilità. Si osserva infatti come siano più frequentemente le persone con un basso titolo di studio a presentare peggiori condizioni di salute. In tutte le fasce di età la quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male triplica o raddoppia tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare rispetto alle persone con titolo di studio più alto (laureati o diplomati): per esempio tra gli adulti di 45-64 anni, soffrono di una patologia cronica grave l'11,1% delle persone con laurea o diploma, mentre la quota raggiunge quasi il doppio (20,9%) tra quanti hanno al massimo la licenza elementare; tra gli anziani di 65-74 anni si passa dal 28,4% al 36,5%<sup>20</sup>.

- Gli anziani disabili si distribuiscono in modo ineguale sul territorio nazionale. Costituiscono il 18,6% della popolazione, ma mentre gli anziani settentrionali sono disabili nel 16,2% (2 punti % in meno rispetto alla media), quelli meridionali lo sono nel 22,7% dei casi (4,5 punti % in più rispetto alla media) (cfr. Fig. 7). Le regioni con la più alta percentuale di disabili sono tutte regioni meridionali: la Sicilia

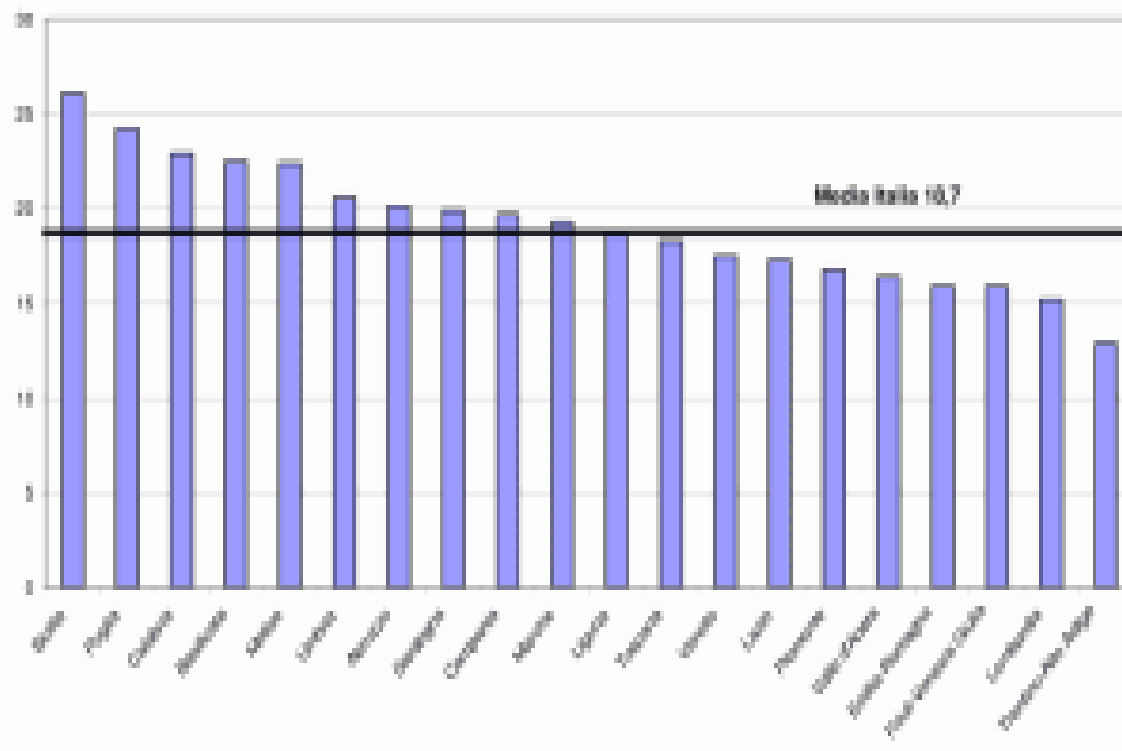
(26,1%), la Puglia (24,2%) e la Calabria (22,9%); viceversa le regioni con la più bassa percentuale di anziani disabili sono Trentino-Alto Adige (12,9%), la Lombardia (15,2%), seguita dal Friuli-Venezia Giulia e Emilia Romagna (15,9%) (cfr. Graf. 4).

Graf. 3: Persone di 65 anni e più non autosufficienti per classe di età e sesso Anno 2005



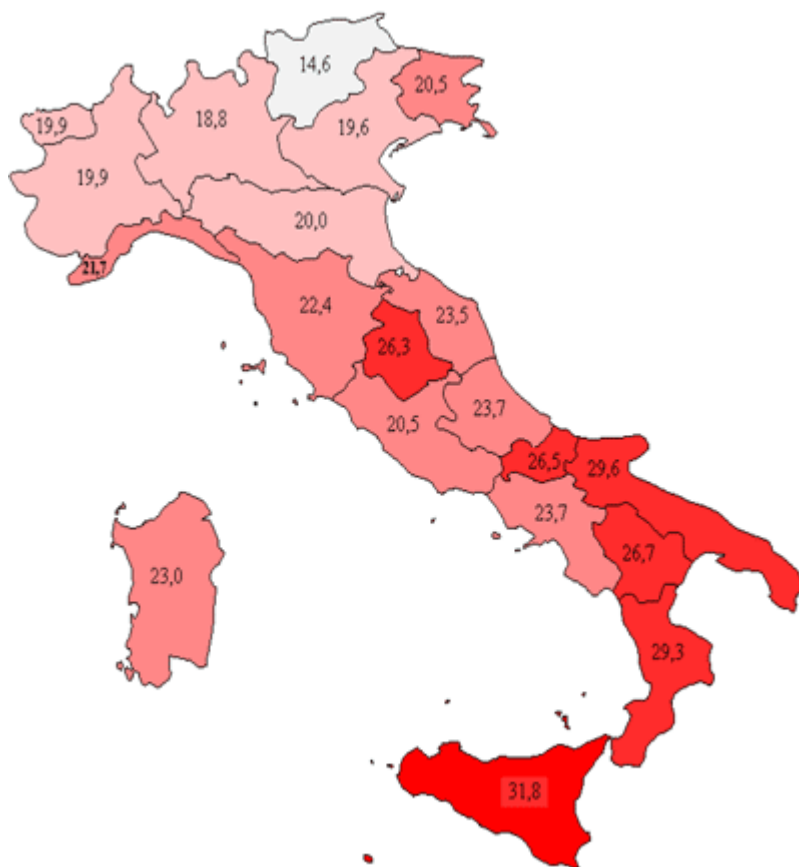
Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Graf. 4: Percentuale anziani disabili per regione Anno 2005



Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Fig. 6: Italia – Percentuale donne anziane con disabilità sul totale delle donne anziane per regione – Anno 2005



Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Particolarmente alta l'incidenza poi della disabilità tra le donne anziane meridionali, come si rileva dalla Fig. 6, per un "effetto di cumulo" tra lo svantaggio di genere e quelli legati all'area geografica.

Il rischio non autosufficienza, tirando le somme, si distribuisce in modo ineguale tra la popolazione e si declina territorialmente. Territorialmente si declinano anche i guadagni in salute. L'Istat (2007) evidenzia che si è verificato un decremento del tasso di disabilità nella popolazione anziana tra il 1995 e il 2004. Ma, come si evince dalla Fig. 9, il calo dell'incidenza della disabilità ha riguardato in maniera più consistente gli anziani del Centro-Nord che non quelli del Sud.

Se si considera allora, in accordo con Padovani (2008), che il mancato guadagno in salute, misurato in un certo arco temporale, è un altro indicatore dello svantaggio sociale di una popolazione o di un gruppo di una data popolazione, si può senza dubbio concludere che lo svantaggio di salute degli anziani del Sud Italia ha origine nel carente sviluppo socio-economico di quest'area del paese.

Fig. 7: Italia – Percentuale di anziani disabili per ripartizione geografica – Anno 2005



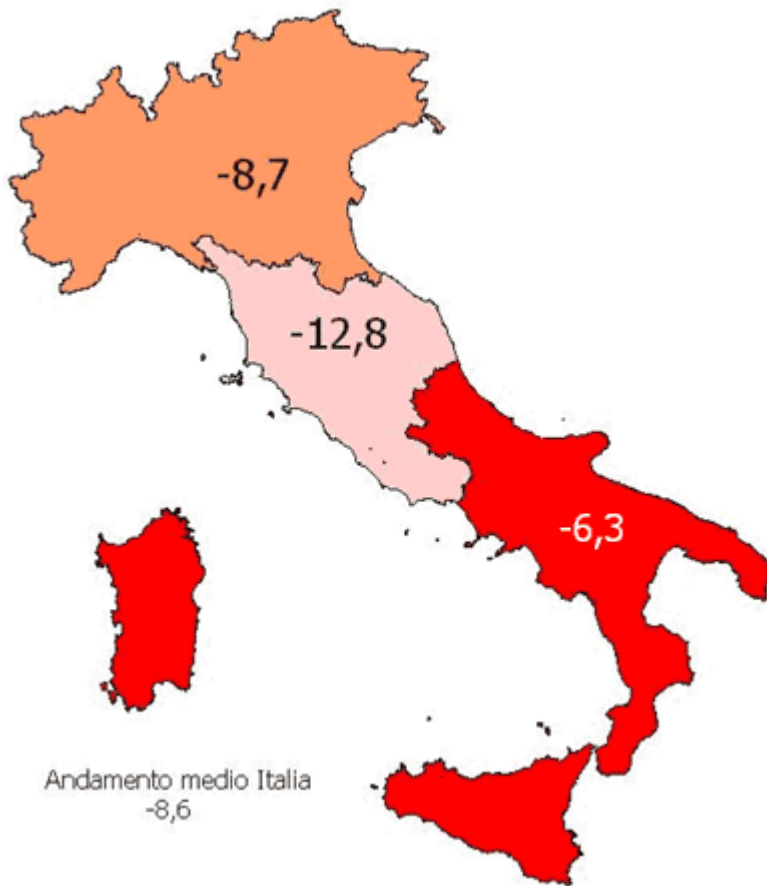
Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Nelle regioni meridionali le principali variabili che definiscono la situazione socioeconomica (livello d'istruzione, reddito medio, tasso di occupazione.....) hanno indici significativamente inferiori rispetto alla media nazionale. I dati Istat sulla povertà (2006g) sono particolarmente esplicativi e rivelano una situazione preoccupante per gli anziani nel Mezzogiorno. Come mostra il grafico 5 in questa area del paese:

- il 28,2% delle famiglie con almeno un anziano è povero (a fronte, per la stessa tipologia familiare, dell'8 % nel Centro, e del 6,3% nel Nord);
- il 33,2% delle famiglie con due o più anziani è povero (a fronte, per la medesima tipologia familiare, del 9,2% nel Centro, e del 7,0% nel Nord);
- il 28,4% delle famiglie con a capo una persona di 65 anni è povero (a fronte, per la medesima tipologia familiare, dell' 8,2% al Centro, e del 6,2% al Nord).

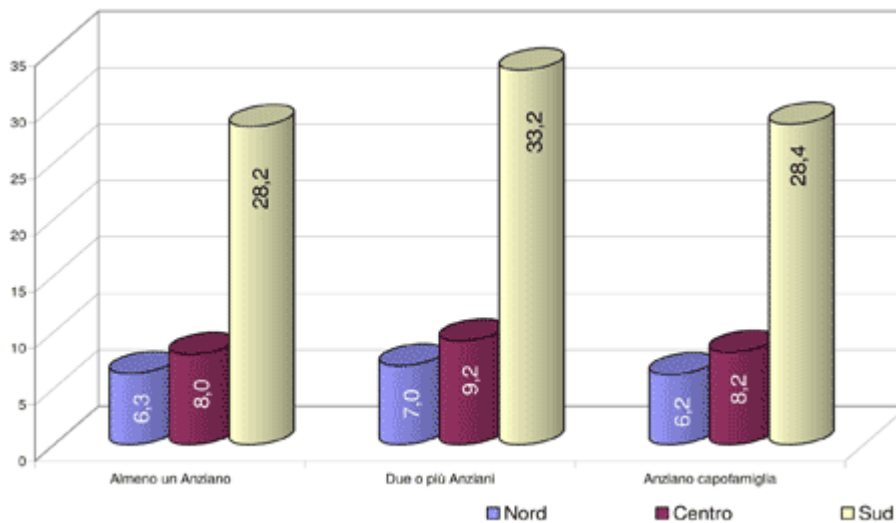
Tra gli svantaggi legati al territorio va poi senza dubbio considerata anche la qualità del sistema dei servizi. Basti per tutti un dato: nel Sud i posti letto nei presidi socio-assistenziali sono 3,1 per mille abitanti contro l'87,2 per mille nel Nord (Istat 2007).

Fig. 9: Variazione del tasso di disabilità della popolazione anziana tra il 1994 e il 2005 per ripartizione geografica



Fonte: Istat 1997 – Istat 2007. Nostra elaborazione

Graf. 5: incidenza di famiglie povere con anziani per ripartizione geografica – Anno 2005 Valori %

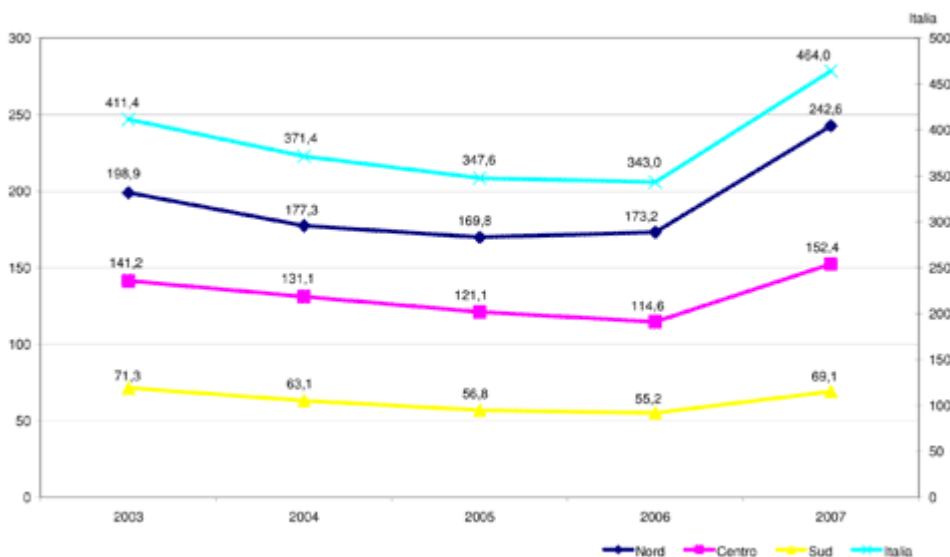


Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

### 3. Care domestico: problemi aperti

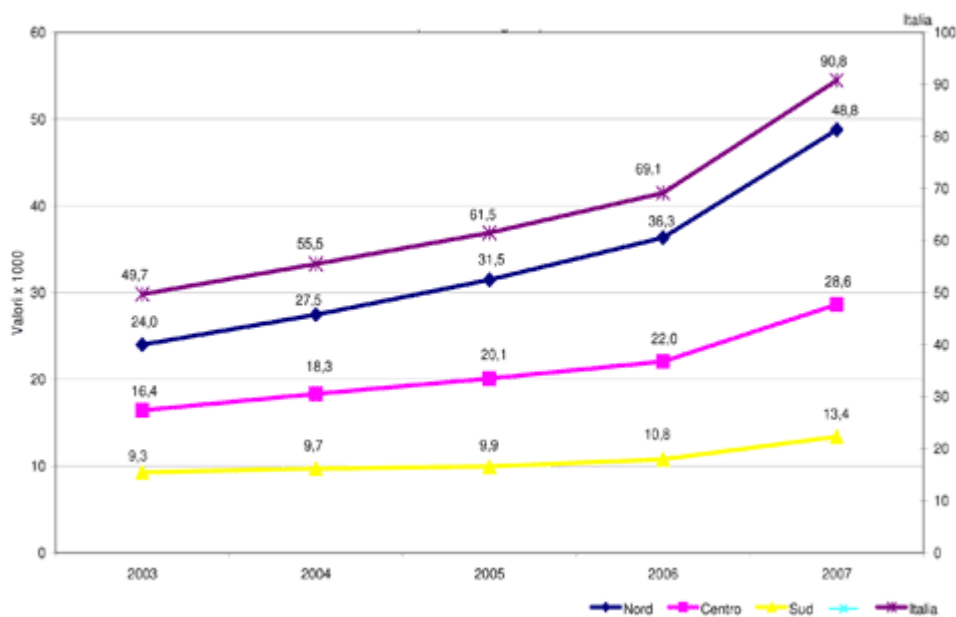
Nonostante l'invecchiamento della popolazione e l'incidenza della non autosufficienza la cura, nel nostro paese, si è configurata "tradizionalmente" come una questione domestica di cui si fanno carico mogli e figlie e, soprattutto nell'ultimo decennio in maniera crescente, le cosiddette badanti. Secondo i dati Inps<sup>21</sup> i lavoratori domestici stranieri<sup>22</sup> regolari erano nel 2007 quasi mezzo milione. Il grafico 6 mostra l'andamento dei lavoratori domestici stranieri regolari negli ultimi anni, l'incremento tra il 2006 e il 2007, la minore diffusione al Sud. Nel grafico 8 si è calcolata l'incidenza dei lavoratori domestici stranieri regolari e si conferma la loro minor presenza nelle aree meridionali. Come abbiamo visto nel paragrafo precedente nel Mezzogiorno è più alta la disabilità tra gli anziani e minori i guadagni in salute. La minor presenza dei lavoratori domestici non è quindi ascrivibile a una minore domanda sociale di cura, piuttosto, plausibilmente, alle difficoltà economiche delle famiglie meridionali. Al Sud i redditi, della popolazione in generale e degli anziani in particolare, sono mediamente più bassi che altrove (Istat 2006h): le famiglie in cui il principale percettore di reddito ha 65 anni e più hanno percepito un reddito medio pari a 16.911 euro all'anno; il 50% delle coppie anziane ha guadagnato in un anno meno di 16.179 euro, ovvero 1.348 euro mensili, e il 50% delle famiglie in cui è presente almeno un anziano ha guadagnato in un anno meno di 12.592 euro, ovvero 1.049 euro mensili; particolarmente svantaggiata la condizione degli anziani soli: il 50% di questi anziani ha guadagnato in un anno meno di 10.092 euro, ovvero 841 euro mensili. È evidente l'impossibilità di sostenere i costi di un'assistente familiare.

Graf. 6: Lavoratori domestici stranieri per ripartizione geografica e anno (Valori in migliaia)



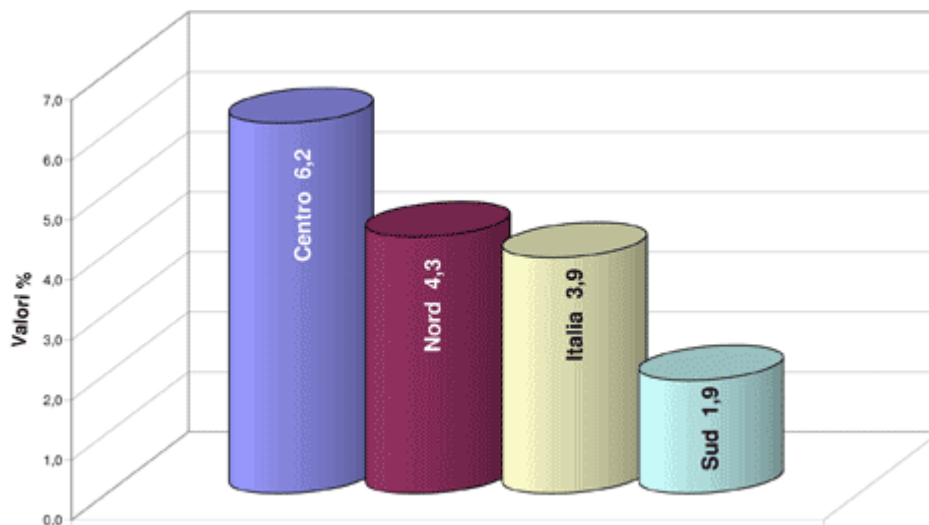
Fonte: INPS, Osservatorio lavoratori domestici – elaborazione Luca Pianelli

Graf. 7: Lavoratori domestici 51 – 65 anni e più per ripartizione geografica e anno (Valori in migliaia)



Fonte: INPS, Osservatorio lavoratori Domestici – elaborazione Luca Pianelli

Graf. 8 : Incidenza Lavoratori domestici su popolazione anziana italiana residente per ripartizione geografica – Anno 2007 (Valori %)



Fonte : ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 2007 – INPS, Osservatorio Lavoratori Domestici 2007 – elaborazione dati Luca Pianelli

### 3.1 Il costo della regolarità: dalla parte della famiglia

Un assistente familiare coresidente costa, contributi compresi, tra 1.000 e i 1.300 euro per tredici mensilità, a seconda del livello cui si colloca. Più spese di vitto e alloggio. Il totale si aggira intorno ai 1.500 euro mensili<sup>23</sup>. La questione della regolarizzazione è strettamente legata a quella dei costi. Il costo di una completa regolarizzazione sarebbe elevato per il datore di lavoro e per le badanti stesse. Si consideri in proposito che dichiarando 25 ore di lavoro settimanali, il minimo, il costo in termini di

contributi previdenziali ammonta a 1.008 euro di contributi annui a carico del datore di lavoro, 308 euro a carico del lavoratore. Per tanto non sorprende che esista una vasta area di "regolarità grigia". Sette donne su dieci si trovano infatti in una situazione di regolarità parziale in quanto le ore dichiarate sono inferiori a quelle effettive (Pasquinelli, Rusmini 2008). C'è poi da considerare che una sola badante, anche se coresidente, non potrebbe coprire tutto l'arco della giornata. Secondo il contratto collettivo nazionale di lavoro colf e badanti 2008, in vigore fino al 20-05-2010<sup>24</sup>, la media totale delle ore lavorative settimanali è stabilita in 48 ore per i lavoratori conviventi. Il lavoratore convivente ha diritto ad un riposo di almeno 8 ore consecutive nell'arco della stessa giornata e a un riposo intermedio retribuito, nelle ore pomeridiane, normalmente non inferiore a 2 ore. Il riposo settimanale è di 36 ore: 24 ore preferibilmente la domenica, mentre le residue 12 ore possono essere godute in qualsiasi altro giorno della settimana. Se le famiglie italiane, ormai diventate datori di lavoro, dovessero applicare correttamente il CCNL allora ne discende che una sola badante non è sufficiente. Ce ne vorrebbero due, nel caso ce ne sia una coresidente, tre per assicurare la copertura nella 24 ore e la turnazione. Il costo di tale operazione è chiaramente insostenibile per la maggior parte delle famiglie italiane. Nella pratica le famiglie si arrangiano come possono.

### **3.2 Fragilità sociale di chi cura: dalla parte delle badanti**

Le badanti si fanno carico del bisogno di cura di soggetti, spesso anziani ma non solo, che non sono autonomi, interessati da un processo degenerativo e involutivo con cui, chi si occupa di loro, deve "fare i conti" quotidianamente; un processo che determina la perdita delle funzioni e delle abilità del soggetto bisognoso di assistenza. Un processo, quello degenerativo e involutivo, che spesso è imprevedibile, e che soprattutto finisce per risucchiare le energie e risorse del soggetto curante. In tal senso le badanti dunque diventano portatrici di una nuova vulnerabilità sociale: quella di cura. È stato ampiamente dimostrato che quella del caregiver primario (familiare o badante che sia aggiunto) è una condizione potenzialmente vulnerante, in grado di fragilizzare gli individui. Il prendersi cura, soprattutto se a tempo pieno e in solitaria (come appunto accade per tante badanti) altera o piuttosto limita fortemente i funzionamenti e le capacità dei soggetti (Costa 2008). La ricerca psicologica ha approfondito l'analisi della correlazione tra lavoro svolto e conseguenze psico-fisiche su chi si accolla il lavoro di cura. Il caregiving comporta per la maggior parte dei caregivers una serie di conseguenze su molteplici livelli: salute fisica, benessere psicologico, funzionamento cognitivo. Diversi studi, pur mancando il supporto di analisi quantitative, hanno sostenuto che il caregiving rappresenta un fattore di rischio per la salute dei caregivers (Vitaliano, Zhang e Scanlan 2003). Altri hanno evidenziato che i caregivers sono più stressati, più depressi e hanno livelli più bassi sia di benessere soggettivo che di self-efficacy (Pinqart e Sörensen 2003). Altri hanno dimostrato che i caregivers sono esposti a molteplici fattori di stress che compromettono il funzionamento cognitivo (Caswell et.al 2003). In generale a un peggioramento del soggetto non autosufficiente corrisponde un progressivo declino del caregiver. In sintesi anche se le ricerche hanno anche messo in luce una grande variabilità interindividuale tra stato funzionale del soggetto non autosufficiente e peggioramento dello stato psico-fico del caregiver (De Beni 2009), rimane quella del caregiver una condizione potenzialmente vulnerante. Per questo motivo sarebbe auspicabile

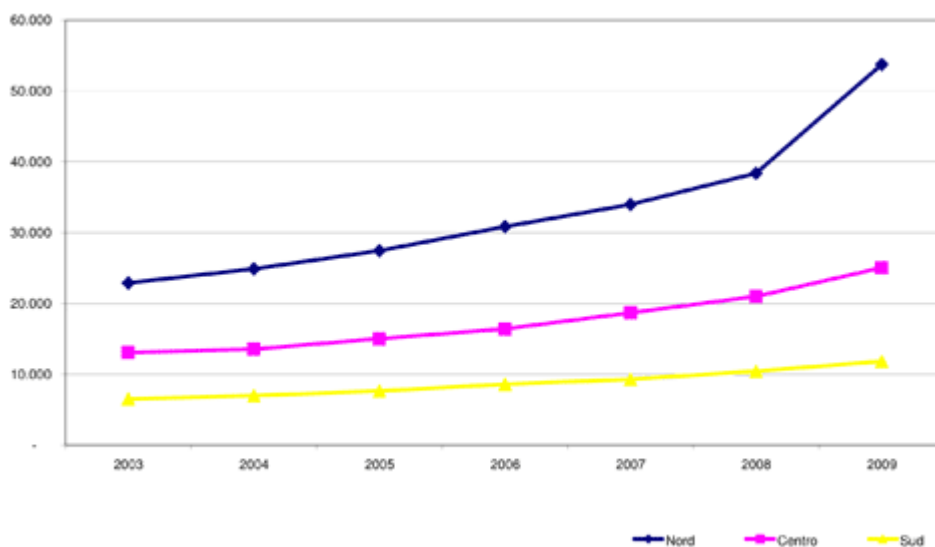
mettere a tema la possibile correlazione tra lavoro di cura, specificità delle mansioni svolte, condizioni di lavoro e insorgenza di alcune patologie. La badante svolge infatti una molteplicità di mansioni che vanno dalla cura delle persone alla gestione della casa e spesso assume le vesti di un familiare di riserva a cui viene chiesto di farsi carico in tutto e per tutto dell'anziano non autosufficiente. Non da ultimo il sostegno emotivo e affettivo dell'anziano. Alcune recenti ricerche mostrano la correlazione tra lavoro svolto e una sorta di "malessere da cura". Ad esempio Lazzarini, Santagati (2008) evidenziano che le badanti svolgono un lavoro 24 su 24, defaticante e usurante soprattutto dal punto di vista psicologico, che determina isolamento sociale, assenza di una vita privata, assottigliamento delle reti di relazione. È quindi ipotizzabile che le condizioni di lavoro delle badanti le esponano a rischi per la salute, dal momento che anche le reti sociali svolgono un'azione protettiva nei confronti della salute (Bulmer 1987). Tuttavia manca ancora l'evidenza del dato quantitativo e la possibilità di calcolare l'incidenza statistica tra condizioni di lavoro, isolamento sociale e insorgenza di eventuali patologie, evidenza statistica che sarebbe necessaria per parlare anche per le badanti di possibili malattie professionali.

#### **4. Considerazioni di policy**

I paragrafi precedenti hanno evidenziato gli aspetti salienti della risposta italiana alla non autosufficienza. La componente dell'assistenza continuativa relativa all'offerta dei servizi resta carente e disomogenea sul territorio nazionale, e evidenzia la prevalenza nel contesto italiano delle erogazioni monetarie pubbliche rispetto alle prestazioni in natura. E come sottolineano Mazzaferro, Toso (2009) gli interventi assunti in materia di assistenza dall'attuale governo rendono il comparto dell'assistenza ulteriormente frastagliato e sbilanciato a favore dei trasferimenti in moneta, distribuito in rivoli di spesa spesso trascurabili e poco incisivi, in assenza di un coerente disegno di riforma di medio-lungo periodo. Si assiste al consolidarsi di un crescente disallineamento tra domanda di protezione e adeguatezza delle misure di aiuto che riflettono una quasi totale mancanza di coordinamento tra gli interventi che vengono implementati rispettivamente a livello nazionale (trasferimenti monetari quali l'indennità di accompagnamento), regionale (i servizi integrati socio-sanitari) e locale (servizi sociali) (Kazepov 2009). Manca una visione unitaria del problema, manca, o ancora non è sufficientemente condivisa socialmente, la consapevolezza che la non autosufficienza sia un nuovo rischio sociale e non uno sfortunato accidente che interessa solo la vita di alcuni. Manca la capacità istituzionale di produrre una sostanziale politica di sostegno alla non autosufficienza. Stenta altresì a consolidarsi un dibattito attento alla dimensione territoriale della non autosufficienza. Invecchiare al Sud, come si è visto, non è la stessa cosa che invecchiare al Nord. Il divario dei tassi di disabilità, l'incidenza minore dei guadagni in salute nel Mezzogiorno, la distribuzione geografica della povertà, sono tutti indicatori che forniscono una fotografia d'insieme dello svantaggio sociale degli anziani meridionali. In questo senso gli anziani nel Sud del paese impattano con una serie di vincoli che condizionano il loro benessere, in primis la carenza dell'offerta di servizi assistenziali e sanitari in questa area del paese. Il welfare meridionale non solo è fragile ma è anche rispetto a quello settentrionale maggiormente sbilanciato verso la monetarizzazione delle prestazioni (Network Non Autosufficienza 2009). Se prendiamo in esame i tassi di fruizione dell'indennità di accompagnamento si

rileva come essi siano più alti al Sud rispetto al Nord. La cura rimane un fatto familiare, privato, e per lo più declinato (ancora una volta) al femminile come vuole la buona tradizione italiana! in una sorta di welfare fai da te. Non a caso mentre la legge del 15-07-09, n. 94 introduceva il reato di immigrazione clandestina<sup>25</sup>, la legge 102 del 3 agosto 2009, art. 1-ter, aggiustava il tiro proprio sulle badanti, prevedendo la possibilità che potesse essere regolarizzata la posizione dei cittadini extracomunitari privi di titolo di soggiorno (la procedura di emersione dal lavoro irregolare consiste nel pagamento di un contributo di 500 euro da parte del datore di lavoro<sup>26</sup> per ciascun lavoratore). Di fatto il nostro sistema di cura si potrebbe descrivere parafrasando il concetto di capitalismo parassitario di Bauman (2009). Ovvero la pratica del care domestico sopravvive come un parassita nutrendosi di risorse umane disponibili allo sfruttamento, drenando risorse umane, relazionali e affettive dai paesi più poveri. Ma fino a quando questa soluzione "made in Italy" sarà sostenibile? È prevedibile che l'attuale assetto non potrà rimanere invariato nel medio-lungo periodo. In primo luogo per prevedibile contrazione delle risorse finanziarie delle famiglie. Secondo l'archivio storico della Banca d'Italia infatti nell'ultimo trentennio si è verificato un cambiamento strutturale di grande importanza nelle caratteristiche della povertà: tra gli anziani l'incidenza è scesa dal 25% (negli anni settanta) a circa il 14% agli inizi del nuovo secolo (Brandini, Osservatorio Italiano pag.714). E nell'ultimo decennio l'incidenza della povertà è diminuita ulteriormente<sup>27</sup> in tutte le tipologie di famiglie con anziani (Commissione d'indagine sull'esclusione sociale 2002, Istat 2004, Istat 2006, Istat 2009). I pensionati italiani che appartengono alle coorti che hanno avuto la possibilità di accedere in larga parte al mercato del lavoro regolare e a pensioni generose (data la normativa previdenziale in essere fino alla metà degli anni novanta)<sup>28</sup> sono sempre meno poveri. Diversa la condizione, probabilmente, di tanti giovani che saranno gli anziani di domani. Precarietà e flessibilità lavorativa comporteranno pensioni sempre meno cospicue. In secondo luogo perché i processi di stabilizzazione della popolazione immigrata fanno sì che le badanti siano sempre meno disponibili alla co-residenza e più propense invece al lavoro a ore. Terzo perché cresce la percentuale di assistenti familiari anziane (Graf. 7) e, contestualmente, aumentano anziani immigrati (Graf. 9). Erano 42.541 nel 2003. Nel 2009 quasi raddoppiano arrivando a 83.414. È prevedibile dunque una crescente domanda sociale di cura da parte della popolazione anziana immigrata e una minore disponibilità di risorse umane per la cura "dei nostri anziani".

Graf. 9: Popolazione anziana straniera per ripartizione geografica e anno Valori Assoluti



Fonte: ISTAT DEMO ISTAT Popolazione straniera residente al 1° gennaio 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 – elaborazione dati Luca Pianelli

## 5. Cosa possiamo aspettarci per il futuro?

Riteniamo si possa ipotizzare la crescita di domande di ricovero in strutture pubbliche e, contestualmente, l'incremento di domanda di politiche di cohousing. Il 9 maggio 2010 si è conclusa la prima Conferenza internazionale sul cohousing organizzata a Stoccolma dal Royal institute of technology. I lavori della Conferenza hanno evidenziato come l'abitare solidale sta emergendo come modello abitativo e culturale, in risposta alle problematiche odierne. Dal Giappone al Canada cresce la ricerca di una diversa forma dell'abitare attenta alla socialità e alla collaborazione reciproca, come possibile forma di risparmio, attraverso la condivisione di spazi e risorse. A fronte di un incremento di tali esperienze e di una domanda in tal senso, la conferenza ha evidenziato che il principale ostacolo alla diffusione del cohousing è la diffidenza delle istituzioni: fondamentale diventa la sensibilizzazione delle autorità locali in merito. ([rete.ecoabitare.org/elgg](http://rete.ecoabitare.org/elgg)). Politiche di cohousing, in realtà, possono configurarsi non solo come politiche di sostegno alla domiciliarità dei soggetti non autosufficienti, ma anche come strategie di prevenzione contro il rischio non autosufficienza. Tali politiche possono essere infatti una risposta all'assottigliamento delle reti relazionali degli anziani. Un esempio in tal senso il progetto "zia Gessi", nato a Torino, dove gli alloggi popolari sono stati destinati a un certo numero di madri separate con figli a un numero corrispondente di anziani disposti a fare i nonni quando le madri lavorano. Si è venuti incontro così ai bisogni di madri separate e alla necessità di questi anziani di mettere a disposizione il proprio tempo ([www.comune.torino.it](http://www.comune.torino.it)). I continui progressi dell'informatica, delle microtecnologie hanno introdotto nuovi strumenti che hanno completamente cambiato il nostro modo di vivere e l'ambiente in cui viviamo. Per esempio per quanto riguarda gli anziani la domotica è un settore alquanto impegnato a trovare soluzioni e tecnologie che riguardano le abitazioni degli anziani, affinché possano condurre una vita il più possibile autonoma. Uno dei principali obiettivi della ricerca geriatrica è di trovare strumenti e

condizioni che permettano all'anziano di essere autosufficienti il più a lungo possibile. La possibilità di vivere autonomamente nella propria casa è una condizione vitale per l'anziano, infatti diversi studi ed esperienze effettuate soprattutto nei paesi Scandinavi hanno dimostrato che la domiciliarità dell'anziano influenza positivamente la sua salute e inoltre riduce gli alti costi a carico degli ospedali e delle strutture assistenziali. Ma che cosa è la domotica? La parola domotica è un neologismo derivato dal francese "domotique", a sua volta contrazione della parola latina "domus" e di "informatique". L'etimologia della parola è anche data dalla congiunzione di due parole greche: "domos", che significa casa e dalla parola "titemi", che significa disporre/ordinare. Domotica significa quindi "disporre la casa". Possiamo concludere che è la disciplina che si occupa delle applicazioni dell'informatica e dell'elettronica all'interno dell'ambiente di casa. Se l'invecchiamento non è necessariamente sinonimo di malattia o disabilità è comunque vero che pone dei problemi nuovi per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria. Ed è proprio qui che si rivela utile la domotica: l'uso di sistemi integrati di una casa intelligente può dare all'anziano o al disabile un alto livello di sicurezza e controllo dell'ambiente abitativo, migliorando significativamente la qualità della vita. Per fare un esempio la domotica può trasformare un bagno comune in un "bagno con sistema di gestione della salute integrato". Per esempio in futuro sarà sufficiente appoggiare una mano a una parete affinché venga eseguita un'analisi completa del sangue attraverso una misurazione spettrometrica non invasiva, basterà utilizzare uno spazzolino da denti per fare le analisi della saliva. Attualmente le applicazioni della domotica nella casa possono riguardare l'automazione della:

-Sicurezza dell'abitazione

- Antintrusione, antiallagamento, antifumo, allarme gas.

- Sicurezza della persona
- Allarme per emergenze dovute a malore, caduta, ...
- Gestione di alcune funzioni (Elettrodomestici, comando porte, finestre, serramenti esterni, tende, Impianti audio e video)
- Gestione dell'abitazione (Controllo temperatura e umidità degli ambienti, inaffiamento del giardino o balcone)
- Gestione dell'edificio (Riscaldamento e condizionamento centralizzati)

La domotica può essere un mezzo di supporto per l'autonomia degli anziani e disabili:

- Comandi vocali, comandi apertura porte, uso elettrodomestici tramite telecomandi o sistemi di facilitazione....

- Monitoraggio delle abitudini di vita quotidiana

Controllo di alcuni parametri per verificare insorgenza di situazioni di pericolo o di deterioramento delle condizioni di salute, per esempio: pressione, glicemia, ritmo cardiaco...

Monitoraggio per persone con problemi di disorientamento.

- Dispositivi di aiuto alla memoria (Per ricordare di prendere determinati farmaci o di svolgere determinate attività,..)

L'obiettivo del servizio di teleassistenza è permettere all'anziano di vivere a casa propria in un ambiente sicuro e protetto con un'assistenza quotidiana e per tutta l'anno. La struttura organizzativa per i servizi di teleassistenza domiciliare si basa fundamentalmente su due centri principali: il centro operativo e l'organizzazione e-health ( Pangher, 2006). Il centro operativo è un call centre dove gli operatori offrono una serie di servizi e seguono gli anziani a casa. Ad esempio i servizi di base sono la tele-emergenza: l'anziano porta sempre con sé un microfono e un pulsante che in caso di bisogno contatta il centro operativo. Il telecontrollo con i suoi operatori chiama periodicamente la persona per verificare le condizioni generali e controllare se ci sono dei problemi per assistenza sociale o sanitaria. Il pulsante di emergenza può inoltre essere integrato con altri sensori ambientali, che individuano situazioni di allarme, come una caduta, sensori per il gas o presenza elevata di monossido di carbonio in casa. Altri servizi di teleassistenza sono l'assistenza terapeutica (controllo che la persona segua la terapia prescritta dal medico) assistenza dietetica, assistenza dei servizi sociali (domiciliarità dei pasti caldi, visite di assistenti sociali) e assistenza per malattie croniche. Tutti questi servizi vengono raccolti telematicamente e questo processo è la cosiddetta soluzione e-health, che permette di disporre la storia clinica dei dati del paziente a disposizione di tutti gli operatori. Negli Stati Uniti la Telemedicina ha ridotto i ricoveri ospedalieri del 63%, il ricovero in istituti geriatrici è diminuito del 64% e le visite al pronto soccorso sono diminuite del 40% (Meyer, Ryan, Kobb, Roswell, 2003). A questo punto ci si chiede per quale ragione questi servizi di teleassistenza non si sviluppino. Il punto centrale è che i fondi economici per gli investimenti tecnologici vengono fundamentalmente indirizzati agli ospedali e nello stesso tempo c'è una forte pressione per controllare se non tagliare i costi sanitari e alla fine il carico dell'assistenza degli anziani pende elusivamente sulla famiglia. Le autorità pubbliche dovrebbero affrontare con realismo la questione dell'invecchiamento della popolazione, facendo una stima dei costi reali dei bisogni di questa fascia della popolazione. Tale analisi di costi dovrebbe essere una base di partenza per realizzare il piano di assistenza sociale e sanitaria degli anziani da gestire tra il settore pubblico e privato.

## NOTE

Paper presentato al convegno "Senza Welfare? Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo" ESPAnet Italia, 2010, Università di Napoli "Federico II".

Mara Tagliabue: Research Manager, Macros Research; mara.tagliabue@macroresearch.it ; www.newwelfare.org  
www.macrosgroup.it .

Tiziana Tesauo: Ricercatrice IRPPS-CNR; www.irpps.cnr.it t.tesauo@irpps.cnr.it

1 L'ambito di attuazione per via legislativa del diritto all'assistenza sociale viene in pratica regionalizzato e spetta esclusivamente alle regioni la predisposizione di quelle strutture normative e organizzative indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assistenziali. Di qui un conseguente ridimensionamento della portata della stessa legge 328/2000 dell'assistenza. Alla legge 328/00 dovrebbe riconoscersi una natura per così dire cedevole nel senso che essa continuerà ad applicarsi in quelle regioni che non provvederanno ad approvare nuove normative in materia di servizi socio-assistenziali, mentre nei casi in cui il legislatore regionale adotti una nuova disciplina dai contenuti diversi e comunque incompatibili, prevarrà l'applicazione di quest'ultima sulle disposizioni della legge 328/00 (Ferioli, 2004).

2La commissione ha sottolineato come, sebbene il tasso di occupazione femminile sia in crescita in tutta Europa (56,3% nel 2005), rimane il fatto che la condizione delle donne resta più sfavorevole rispetto a quella degli uomini (COM 7 2007, 49). I tassi di occupazione delle donne dei paesi del mediterraneo oscillano (anno 2005) dal 45,3% dell'Italia al 61,7% del Portogallo (cfr. Ponzini 2008).

3Lo studio prende in esame i quindici paesi che costituivano l'Unione fino al 2003, prima dell'entrata in carica di dieci nuovi paesi avvenuta nel 2004. Nell'ambito di tale studio definiscono tre approcci di assistenza agli anziani non autosufficienti: il primo, tipico dei paesi del Nord Europa - Danimarca, Svezia, Finlandia, Regno Unito, Irlanda - che si realizza nella presa in carico della non autosufficienza attraverso una fitta rete di servizi territoriali sociali e sanitari, il secondo, proprio dei paesi dell'Europa centrale - Germania, Austria, Lussemburgo, Francia - che è mutualistico, ovvero si caratterizza per la creazione di un sistema di assicurazione specifico per la non autosufficienza, infine il terzo, che è appunto quello dei paesi mediterranei - Italia, Grecia, Spagna, Portogallo - dove lo sviluppo dei servizi territoriali è ancora residuale e centrale è invece nella cura degli anziani non autosufficienti l'assistenza informale di tipo familiare.

4 Secondo stime presentate dagli stessi autori le nazioni del nord Europa assistono a domicilio un alto numero di anziani (il 24,6% in Danimarca, il 15,7% in Norvegia, il 12% in Olanda) attraverso prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate ventiquattro ore su ventiquattro con l'ausilio di tecnologie telematiche; altri paesi come il Regno Unito, la Francia e la Germania assistono un discreto numero di anziani compreso tra il 3% e il 10%, attraverso la costruzione di mercati sociali, senza per altro essere riusciti a risolvere il nodo dell'integrazione sociale e sanitaria.

5 Attualmente in Italia, per l'accudimento del coniuge o altro parente anziano non autosufficiente, i dipendenti sia privati che pubblici possono accedere a un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni, non retribuito e senza il versamento dei contributi previdenziali; il posto di lavoro è comunque conservato (legge n° 53/2000 Art. 4, Comma 2 ).

6 Negli anni novanta è stato implementato il primo Programma Nazionale di Gerontologia (1992) centrato sulla non autosufficienza. In questo periodo sono migliorati i servizi esistenti e ne sono stati creati di nuovi come i Centri Diurni, Soggiorni temporanei in strutture residenziali e teleassistenza. Le Comunità Autonome hanno esercitato un notevole potere

legislativo in relazione ai servizi sociali; ogni Comunità Autonoma ha implementato il proprio programma di Gerontologia e ogni Comunità ha avuto libertà d'azione per quanto riguarda la tipologie e la quantità dei servizi offerti. Alcune Comunità Autonome avevano approvato provvedimenti legislativi ad hoc per la non autosufficienza (la Cantabria nel 2001, la Comunità autonoma di Madrid e il Principato delle Asturias nel 2003).

7 Come del resto è sottolineato dal legislatore stesso all'Art. 3 (lettera b).

8 Sono pertanto titolari del diritto tutti i cittadini spagnoli in condizione di non autosufficienza che abbiano più di tre anni, Art. 5, comma 1 e 2, dato che per i minori di tre anni saranno predisposti specifici provvedimenti normativi Art. 5, comma 1b; i cittadini spagnoli non residenti in Spagna (comma 3) e i cittadini spagnoli emigrati e poi rientrati in Spagna (comma 4).

9 Non è specificato nella legge a quanto ammonti la prestazione monetaria.

10 Utenti di servizi sociali su una popolazione anziana pari a 7.276.620 nello stesso anno.

11 L'indice di copertura del servizio di Teleassistenza è passato dallo 0,12 al 2,05 dal 1995 al 2004.

12 L'indice di copertura dei Centri Diurni è passato dallo 0,11 del 1999 allo 0,27 del 2004.

13 Si fa riferimento alla definizione di Long-term care ripresa dal Network Non Autosufficienza 2009, pag. 18: Long-term care contempla quegli interventi (servizi alla persona o prestazioni monetarie) che l'ente pubblico contribuisce, almeno parzialmente, a finanziare e nei quali ha qualche forma di responsabilità per la definizione dell'utenza e/o degli standard di qualità. Nel caso dei servizi sovente la gestione è responsabilità di soggetti privati. Gli interventi a titolarità pubblica si intrecciano con il care delle reti informali e del mercato privato. Le politiche di long-term care vedono un intreccio di competenze tra Stato, Regioni, e Comuni. Nel quadro attuale l'indennità di accompagnamento e le agevolazioni fiscali sono responsabilità dello Stato, i servizi sociosanitari sono responsabilità delle Regioni e i servizi sociali dei Comuni (2009).

14 Gli stessi autori sostengono che il testo non presenta alcuna evidenza empirica e si colloca sul terreno puramente ideologico. Non viene prospettato un preciso quadro di interventi né si assumono impegni programmatici credibili. Si aderisce all'universalismo selettivo senza però dedicare, per esempio, alcuna considerazione all'Isee che ne è il principale strumento, non si fa cenno alcuno a cosa si intenda fare riguardo a povertà, sanità, non autosufficienza, e si insiste su centralità della famiglia e ruolo della comunità. Mancano in ultima analisi obiettivi operativi accompagnati da dati e ipotesi attuative.

15 Il primo e più significativo intervento in tema di assistenza assunto nel 2008-2009 dal Governo è rappresentato dalla Carta acquisti (o social card) istituita con il d.l. n. 112/2008, convertito in legge il 6 agosto 2008 (l. n. 133/2008). La Carta acquisti è un buono spesa utilizzabile per acquistare prodotti alimentari e per il pagamento delle principali utenze energetiche.

16 Si è scelto di rappresentare il grado di invecchiamento nelle regioni italiane con diverse tonalità di rosso. Le regioni dove il rosso è più deciso sono quelle dove l'invecchiamento è maggiore.

17 Le indagini Multiscopo Istat ci permettono di disporre dei dati relativi alla salute percepita. Tuttavia anche se attraverso questo indicatore non possiamo conoscere lo stato di salute oggettivo e i diversi livelli di dipendenza funzionale degli anziani, la salute percepita è considerata dalla letteratura internazionale come indicatore metodologicamente attendibile.

18 Consideriamo in questa sede l'incidenza della disabilità solo relativamente alla popolazione anziana, visti gli obiettivi del presente articolo.

19 La perdita dell'autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età: tra le persone da 6 a 44 anni è pari allo 0,9%, da 45 a 54 anni è pari all'1,3%, da 55 a 64 anni è pari al 2,5% (Istat 2007).

20 La relazione tra scolarità e stato di salute era stata messa in evidenza anche nell'ambito del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR dallo studio ILSA che aveva appunto rilevato una forte associazione tra livello di istruzione e disabilità fisica, ipotizzando tra l'altro che una maggiore gravità delle patologie prevalenti fosse imputabile a un ritardo diagnostico nella popolazione con minor livello di istruzione. Basti considerare a tal proposito che, come documenta l'Istat (2007) il ricorso a visite mediche per prevenzione è meno diffuso nella popolazione di status sociale basso: in tutte le classi di età le persone con al massimo la licenza elementare ricorrono in misura minore a visite di controllo di quanto non facciano le persone con laurea o diploma.

21 I dati ufficiali dell'Inps sui lavoratori del settore domestico non distinguono tra colf e assistenti familiari. Le badanti regolarmente assunte sono incluse nella categoria più ampia dei lavoratori domestici. Per la loro assunzione viene infatti utilizzato il contratto dei collaboratori domestici.

22 Secondo una recente stima (Pasquinelli, Rusmini 2008) nel nostro paese le assistenti familiari sono circa 774.000, di cui 700.000 straniere. La stima è stata ottenuta utilizzando diverse fonti ufficiali: Inps, Istat, Agenas, e un vasto insieme di segnalazioni informali.

23 Complessivamente le famiglie italiane sostengono una spesa pari a 9 miliardi 352 milioni di euro per retribuire il lavoro regolare o meno delle badanti (Pasquinelli, Rusmini 2008), una cifra vicina a quanto lo stato spende per l'indennità di accompagnamento.

24 Il contratto ammette la contrattazione di secondo livello in sede territoriale.

25 Si tratta di una contravvenzione per la quale è prevista esclusivamente la sanzione pecuniaria da un minimo di 5.000,00 euro a un massimo di 10.000,00 euro.

26 Possono presentare la dichiarazione di emersione i datori di lavoro cittadini italiani, cittadini di un paese membro dell'Unione Europea Residenti in Italia, cittadini extracomunitari in possesso di titolo di soggiorno CE, familiari extracomunitari di cittadino comunitario che siano in possesso di carta di soggiorno.

27 Cresce invece l'incidenza della povertà nel decennio 1997-2007 per le famiglie più ampie e ancor più nelle famiglie con minori: in quelle con 3 o più figli minori si è passati dal 25,8% nel 1997 al 27,2 nel 2008, dati Istat.

28 Prima della riforma Dini la pensione veniva calcolata sulla base dello stipendio percepito negli ultimi anni ed era circa l'80% della retribuzione.

### **Riferimenti bibliografici**

Anttonen A., Sipilä J., 2001, "I modelli di servizi sociali in Europa", in Gori C. (a cura di) I servizi sociali in Europa, Carocci, Roma.

Bauman Z., 2009, "Capitalismo parassitario", Laterza, Roma-Bari.

Bimbi, F., Bosi, P., Ferrera, M., Saraceno, C. 1997, "La spesa per l'assistenza", Documento di base n.3, Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, Roma.

Comunicazione della Commissione, Libro Verde, "Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici", a cura della Commissione delle Comunità Europee (COM. 16.3.2005, 94).

Comunicazione della Commissione, "Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in una opportunità", COM 12.10.2006, 571.

Comunicazione della Commissione, « Viabilité à long terme des finances publiques dans l'UE », COM 12.10.2006, 574.

Comunicazione della Commissione, "Integrated Guidelines for growth and jobs", a cura della Commissione delle Comunità Europee, COM. 12 aprile 2005, 141.

Commissione d'indagine sull'esclusione sociale a cura di Saraceno C. 2002 "Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione 1997-2001", Carocci, Roma.

CNR - "Progetto Finalizzato Invecchiamento" (1997), ILSA - Studio longitudinale sull'invecchiamento, Resource Data Book.

Caswell et.al 2003, "Negative associations of chronic stress and cognitive performance in older adult spouse caregivers, in "Experimental Aging Research " 29, n°3.

De Beni R. 2009 (a cura di) "Psicologia dell'Invecchiamento", il Mulino, Bologna.

Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città, Legge 8 marzo 2000, n. 53, dal sito [rete.ecoabitare.org/elgg](http://rete.ecoabitare.org/elgg)