

Capitolo 6

La sfida della non autosufficienza: i nodi irrisolti

The challenge of non-self-sufficiency: the unresolved issues

TIZIANA TESAURO

CNR-IRPPS, Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, Corso San Vincenzo Ferreri, 12, 84084 Fisciano (SA), Italia.

corresponding author: t.tesauro@irpps.cnr.it

ABSTRACT

How does Italian welfare help citizens face old age with adequate services and benefits? What does welfare offer for the non-self-sufficient elderly? This is the subject of this article, which describes the Italian welfare system for the non-self-sufficient elderly, looking at what is there but above all at what is lacking. And both public home services and residential services are lacking, or in any case insufficient, while the supply of private services is growing. This does not help families and does not protect the well-being and health of the elderly.

KEYWORDS: welfare, ageing, not self-sufficient elderly, health, care.

DOI: 10.23760/2499-6661.2025.23.06

ISBN: 978-88-98193-38-7

ISSN (online): 2499-6661

HOW TO CITE

Tesauro, T. (2025). La sfida della non autosufficienza: i nodi irrisolti. In Bramanti, D., Errichiello, L., Falavigna, G., & Nanetti, S. (cur.). *Verso un invecchiamento attivo, in salute e sostenibile. Riflessioni teoriche ed evidenze empiriche sul bilanciamento tra lavoro e vita privata* (pp. 117-127). Quaderni IRCrES 23. CNR-IRCrES. <http://dx.doi.org/10.23760/2499-6661.2025.23.06>

1 INTRODUZIONE

È opinione condivisa tra chi si occupa di non autosufficienza che mai, prima d'ora, il settore aveva ricevuto una così ampia attenzione al di fuori della cerchia di esperti e addetti ai lavori. La pandemia di Covid-19 ha infatti prodotto l'effetto di un cambio di percezione collettiva del problema e il dibattito pubblico si è riaperto intorno alla cura degli anziani; questo perché ciò che è accaduto nelle residenze sanitarie assistenziali ha finito per coinvolgere non solo i pazienti, le famiglie e gli operatori delle strutture, ma l'opinione pubblica tutta, i comuni cittadini, i politici. E in particolare l'attenzione è andata agli enti responsabili delle politiche sanitarie, le Regioni, le cui decisioni riguardanti sia la verifica delle condizioni degli ospiti, sia i comportamenti da attuare in presenza di pazienti colpiti da Covid-19, sono ricadute sulle residenze che sono state chiamate ad attuarle. Le linee adottate dalle varie amministrazioni regionali sono state differenti e, non a caso, diverso è stato anche l'impatto della pandemia sulle strutture.

In generale il prezzo pagato in vite umane è stato altissimo per una fascia di popolazione estremamente fragile, quale appunto gli anziani affetti da pluripatologie e ricoverati in residenze sanitarie. In riferimento a ciò è convinzione condivisa tra esperti e studiosi che un'adeguata rete di servizi territoriali, diffusi capillarmente, avrebbe potuto svolgere una maggiore azione di tutela e protezione e con ogni probabilità contenere il numero di morti.

È da qui che si vuole partire per mettere a tema la necessaria riorganizzazione del sistema di welfare successiva alla pandemia, focalizzando l'attenzione su quello che c'è, soprattutto in termini di offerta di servizi pubblici domiciliari e residenziali, quello che manca e quello che arriva in maniera sempre più consistente dall'offerta privata.

Storicamente il welfare è nato come risposta alle disuguaglianze, col fine di garantire benessere e pari opportunità a tutti. Secondo la definizione classica di Asa Briggs (1961) "Il welfare state è uno stato in cui il potere organizzato è usato deliberatamente allo scopo di modificare le forze del mercato in almeno tre direzioni: primo, garantendo a individui e famiglie un reddito minimo indipendentemente dal valore di mercato delle loro proprietà; secondo, restringendo la misura dell'insicurezza mettendo individui e famiglie in condizione di fronteggiare certe contingenze (es. malattia, vecchiaia e disoccupazione) che porterebbero a crisi individuali e familiari; e terzo, assicurando a ogni cittadino senza distinzione di classe o status i migliori standard disponibili in relazione a una gamma concordata di servizi sociali". Alla luce di questa definizione vale la pena chiedersi se sia effettivamente così, se cioè l'odierno sistema di welfare mette gli individui e le famiglie nella condizione di fronteggiare la vecchiaia con servizi e prestazioni adeguate.

Questo l'interrogativo che guida questa nostra riflessione, tenendo conto del fatto che le caratteristiche dei sistemi di welfare nazionali, come il livello di accesso ai servizi e la loro intensità e adeguatezza, definiscono non solo la capacità dei sistemi di soddisfare la domanda di cura della popolazione anziana non autosufficiente e produrre benessere ma, indirettamente, definiscono anche la "quantità" di risorse private che le famiglie devono usare per compensare l'eventuale domanda di cura insoddisfatta. Se infatti il sistema non riesce a rispondere alla domanda di cura, il rischio di compressione del reddito familiare è tutt'altro che trascurabile ed è da mettere in relazione ad un incremento delle spese ordinarie, specialmente dovuto ad un aumento delle spese di cura ed un aumento del tempo dedicato all'assistenza dei familiari non autosufficienti, che spesso si traduce anche in una riduzione delle capacità lavorative e quindi del reddito (Luppi, 2015; NNA, 2020).

Mappare il sistema dei servizi sociosanitari per la popolazione anziana non autosufficiente consente perciò di derivare le possibilità di benessere degli anziani e delle loro famiglie e anche, indirettamente, la "quantità" di risorse pubbliche che sostengono le famiglie nella cura e che arginano il rischio di compressione del reddito familiare.

2 ANZIANITÀ E VECCHIAIA: LA DOMANDA DI CURA

Si usa comunemente la soglia dei 65 anni, collegandola all'età del pensionamento, per definire i soggetti che diventano anziani, la soglia dei 75 anni per individuare invece chi entra nella vera e propria vecchiaia (così fa l'ISTAT per la classificazione della popolazione nei singoli comuni italiani). Questa classificazione, tuttavia, come si chiarisce nell'Enciclopedia delle scienze sociali alla voce *Anziani*, da un punto di vista formale, non è standardizzata né in sede internazionale né in sede nazionale (Golini, 2020). E la confusione formale dipende dal fatto che in realtà i dati biofisiologici e i parametri funzionali che definiscono anzianità e vecchiaia sembrano essere variabili nel tempo, da una generazione all'altra, e per questo difficilmente standardizzabili; dipendono, cioè, dalle condizioni ambientali, dalla storia passata e presente, comprese le abitudini di vita, delle generazioni che si trovano a convivere in una stessa popolazione.

In considerazione di ciò la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), in occasione del 63° Congresso Nazionale che si è tenuto a Roma alla fine di novembre del 2018, ha proposto una definizione dinamica di anzianità, più confacente alle attuali *performance* fisiche e mentali, alla situazione demografica della popolazione italiana e, in generale, alle condizioni psicofisiche dei soggetti appartenenti a Paesi ad alto reddito (SIGG, 2018). La proposta che arriva dalla SIGG è quella di aggiornare il concetto di anzianità, portando a 75 anni l'età ideale per definire una persona come anziana. La vera terza età inizierebbe quindi a 75 anni e la vecchiaia dopo gli 80 anni.

La proposta della SIGG prende atto del fatto che non solo si vive più a lungo, la speranza di vita alla nascita raggiunge gli 81,1 anni, mentre per le donne siamo a 85,2 anni, ma si vive anche meglio e pertanto le società moderne stanno guadagnando salute e benessere agli anni diventando complessivamente più giovani, benché “anagraficamente” più vecchie.

Tenendo conto di ciò, tuttavia, non si può ignorare il fatto che, anche se spostate in avanti, anzianità e vecchiaia costituiscono comunque due fasi della vita che possono esporre i soggetti a diverse e complesse condizioni di fragilità; in particolare, stando ai dati, la domanda di assistenza cresce una volta superata la soglia dei 75 anni perché aumenta la compromissione dell'autonomia nelle attività quotidiane.

Secondo l'ultimo Rapporto Istat¹ (2019) nato dall'elaborazione dei dati dell'Indagine campionaria europea sulle condizioni di salute² degli anziani e realizzato in collaborazione con la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana istituita presso il Ministero della Salute, presentano multimorbilità, riferendo almeno *tre patologie croniche*, il 44,3% degli anziani 65-74, il 56,1% di coloro che hanno dai 75-84, il 66% tra coloro che hanno dagli 85 anni in su; presentano *almeno una malattia cronica grave* il 34,2% degli anziani 65-74, il 48,9% di coloro che hanno dai 75-84, il 59,4% tra coloro che hanno dagli 85 anni in su; tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da *almeno due patologie croniche gravi* (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne).

A ciò si aggiunga che tra le malattie degenerative che riguardano la sfera della salute mentale degli anziani le demenze rappresentano una priorità di salute pubblica, come ha evidenziato l'Organizzazione mondiale della sanità lanciando il *Global Action Plan on the public health response to dementia – 2017-2025* (WHO, 2017); in Italia il già citato Rapporto Istat stima che nel 2019 le demenze senili e l'Alzheimer hanno colpito circa 600mila persone tra gli over65 che vivevano in famiglia (dalla stima sono stati esclusi gli anziani che risiedevano in istituzioni), complessivamente il 4,2% degli anziani. Tuttavia, la prevalenza triplicava tra le ultraottantacinquenni (15,4%).

È evidente, perciò, che la domanda sociale e sanitaria proveniente dagli anziani in generale e dagli over 75 è tutt'altro che trascurabile e necessita di risposte. Chi si occupa di loro?

Sempre stando ai dati Istat (2019) tra gli anziani che hanno gravi difficoltà nella cura personale (circa 1 milione 500mila persone), l'84,4% riferisce di ricevere aiuti dai familiari (conviventi e

¹ https://www.istat.it/it/files/2021/06/rapporto_commissione_anziani.pdf.

² Per maggiori dettagli sull'Indagine campionaria EHIS 2019, si rimanda al link <http://www.istat.it/it/archivio/167485>.

non); questa percentuale è composta dal 51,9% che usufruisce solo dell'aiuto di familiari e dal 32,5% che viene supportato da familiari insieme ad altre persone (assistenti agli anziani, altro personale a pagamento, assistenti domiciliari incaricati da enti pubblici o privati). Gli anziani che vivono soli poi, circa 670mila (oltre il 40% del collettivo selezionato), compensano l'assenza del sostegno di familiari conviventi con un maggiore ricorso agli aiuti a pagamento (44%) e in particolare alla figura della badante (31%).

A fronte della cura a carico delle famiglie come si integra, se si integra, il pubblico? Che tipo di supporto è in grado di offrire?

3 IL SISTEMA PUBBLICO DI CURA PER GLI ANZIANI: SERVIZI E TRASFERIMENTI

A partire dalla fine del secolo scorso, nella società e nella politica italiana, è cresciuta la consapevolezza della necessità di rivedere il sistema di welfare per renderlo più adeguato all'aumento degli anziani non autosufficienti. Tuttavia, la stagione che ha visto numerosi Paesi simili al nostro introdurre robuste riforme nazionali – come Austria (1993), Germania (1995), Francia (2002) e Spagna (2006) – in Italia non ha avuto un analogo risultato. L'onere di sviluppare il sistema di *long-term care* è stato, pertanto, lasciato sostanzialmente sulle spalle di Regioni e Comuni, impossibilitati a farvi adeguatamente fronte da soli. Si è discusso molto negli ultimi anni di una possibile riforma nazionale dell'assistenza agli anziani e diverse proposte sono state avanzate. Un lavoro articolato in questo senso è stato portato avanti dal Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza³ che ha spinto per arrivare all'approvazione di una riforma capace di superare l'attuale frammentazione delle misure e dei servizi rivolti agli anziani in Italia, fornendo risposte differenziate ai bisogni multidimensionali degli anziani e offrendo percorsi di assistenza semplici mediante l'erogazione di pacchetti unitari di servizi, garantendo così la tutela pubblica della non autosufficienza.

Nel 2023 con la Legge 33, proprio recependo l'appello del Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza e dopo l'esperienza maturata a seguito della pandemia, è stata approvata la riforma del sistema per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, con tre grandi obiettivi: I) Semplificazione ovvero snellimento del sistema pubblico così da facilitare la vita a famiglie e anziani, superando l'attuale frammentazione delle misure; II) Innovazione ovvero introduzione di nuovi modelli d'intervento, capaci di rispondere alle specifiche caratteristiche degli anziani e delle famiglie di oggi; III) Ampliamento delle risposte ovvero incremento dell'offerta di servizi alla persona, domiciliari e residenziali. La Legge 33/2023 ha ricevuto il sostegno degli addetti ai lavori e delle principali forze politiche e sociali in campo, tuttavia, a partire dalla sua approvazione, ha subito un rallentamento. Da un lato, i Decreti attuativi hanno previsto, per ora, il rinvio di molte tra le novità programmate; dall'altro, la sua effettiva realizzazione dovrebbe procedere gradualmente, con un percorso pluriennale di progressiva messa in atto, accompagnato da un crescente incremento dei finanziamenti che per ora non sono arrivati.

La riforma impatta su un sistema pubblico di cura per gli anziani non autosufficienti che presenta non poche criticità e che storicamente si è andato organizzando sostanzialmente intorno ai servizi domiciliari, ai servizi residenziali e ai trasferimenti monetari.

Di seguito si propone una panoramica del sistema pubblico di cura partendo dai servizi per concentrarsi poi sui trasferimenti monetari. Per documentare la realtà italiana si farà riferimento in questa sede soprattutto alla pubblicazione del Network per la Non Autosufficienza⁴, che, dal 2009, pubblica un *Rapporto sullo stato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*.

³ <https://www.pattoononautosufficienza.it/proposta-per-la-riforma/>. Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, ideato e coordinato da Cristiano Gori, riunisce 52 organizzazioni, la gran parte di quelle della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi.

⁴ Nato nel 2009 il Network non autosufficienza (NNA) è composto da studiosi, dirigenti di servizi pubblici e privati e consulenti che pensano valga la pena unire le forze al fine di aiutare la riflessione "insieme scientifica e operativa". Il

3.1 Servizi domiciliari

Come si è detto, è opinione condivisa da più parti che una maggiore presenza di welfare pubblico attraverso servizi di tipo territoriale avrebbe meglio consentito di contrastare il diffondersi dell'epidemia di Covid-19. A partire da questa valutazione è maturato un rinnovato interesse sia nei confronti del ruolo fondamentale che i servizi territoriali dovrebbero svolgere in un moderno sistema di protezione sociale, sia verso la necessità di un loro deciso rafforzamento in Italia. La tabella seguente illustra i principali servizi domiciliari presenti in Italia.

Tabella 1. I servizi domiciliari in Italia: principali criticità e questioni di fondo

TEMA	CRITICITÀ	QUESTIONE DI FONDO
Adi (Asl)	Singole prestazioni medico-infermieristiche senza presa in carico	Prevalenza della logica clinica (<i>cure</i>)
Sad (Comuni)	Carenza di reti familiari e di risorse economiche come criteri prioritari di accesso	Prevalenza della logica socio-assistenziale
Demenza	Ridotte risposte dai servizi domiciliari	Lentezza nell'adattarsi alle trasformazioni della società
Uvm/Uvg	Debole presa in carico	Prevalenza della logica del governo della domanda

Fonte: NNA, 2020.

Il più diffuso servizio domiciliare, l'Assistenza domiciliare integrata (Adi), è di titolarità delle Asl e offre in prevalenza interventi di natura infermieristico-medica, intesi come singole prestazioni che rispondono a determinate necessità sanitarie, sovente in assenza di una presa in carico legata alla condizione di non autosufficienza dell'anziano. Si tratta di un servizio utile ma guidato dalla logica della cura clinico-ospedaliera (*cure*), cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza (*care*), fondato su uno sguardo complessivo della condizione della persona e dei suoi molteplici fattori di fragilità.

Come spiega Noli (2020) l'Adi dal 2001 costituisce un Lea, livello essenziale di assistenza, ma sebbene l'Adi, in quanto Lea, sia da garantire obbligatoriamente in tutto il Paese, finora non sono stati emanati standard nazionali di riferimento sul grado di copertura e di intensità di cura da assicurare o sui livelli qualitativi di valutazione del servizio. Nel corso degli anni il servizio Adi si è molto strutturato dal punto di vista normativo e così, ad oggi, il processo di fornitura del servizio è sufficientemente definito nelle sue fasi principali ma, a livello regionale, esistono modelli attuativi molto differenziati.

Quasi tutte le Regioni hanno costituito un punto unico di accesso (Pua), pur denominandolo in diversi modi. L'attivazione del servizio avviene attraverso la segnalazione al Pua del paziente che necessita di Adi, da parte dei Medici di medicina generale (Mmg) o dei medici del reparto ospedaliero nella fase di pre-dimissioni. In molte Asl è ammessa anche la richiesta diretta del paziente, dei servizi sociali e del volontariato. Il Pua è il *gate-keeper* d'ingresso del cittadino all'Adi ed è l'ambito in cui si programma, se ritenuta necessaria, la valutazione multidimensionale (Vmd). La valutazione multidimensionale compete alle Asl ed è affidata a un'équipe pluriprofessionale solitamente costituita da un medico, un infermiere e un fisioterapista. Saltuariamente, all'équipe valutativa partecipa l'assistente sociale dei servizi distrettuali o del Comune, e ancora più sporadicamente viene coinvolto il Mmg. In diversi casi la valutazione viene fatta dal case manager o da un solo operatore dell'équipe. L'équipe elabora il Piano assistenziale individuale (Pai) che definisce finalità e obiettivi assistenziali per ogni area di bisogno e precisa le modalità e il livello d'intensità assistenziale da garantire. Provvederà poi a monitorare

primo obiettivo del NNA è fare il punto sull'assistenza continuativa a titolarità pubblica, in un'ottica multidisciplinare.
<https://www.luoghicura.it/le-pubblicazioni-di-nna/>

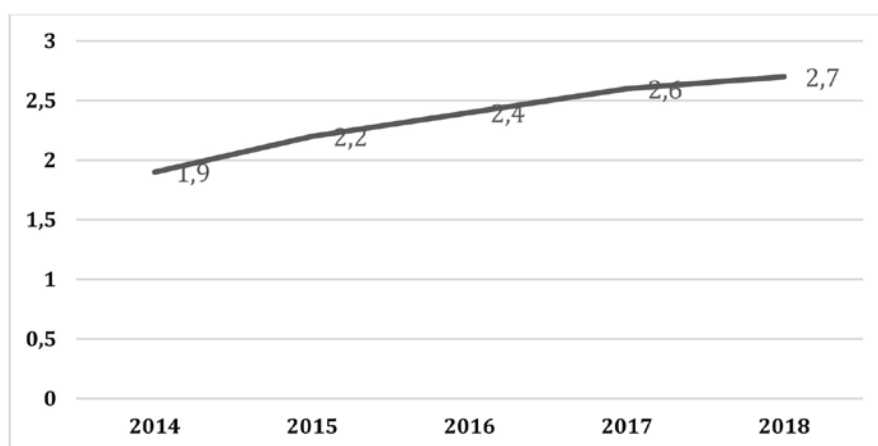
l'evoluzione del caso nel tempo, modificando gli interventi dove necessario, e a decidere – quando opportuno – la dimissione dal servizio.

In Italia la prima definizione di ADI può essere ritrovata nel Progetto Obiettivo Tutela degli anziani, valido per il quinquennio 1991-1995: “L’ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, rese al domicilio dell’ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso” (Ministero della Sanità, 1992). Estendendo a possibile applicazione dell’ADI oltre l’ambito geriatrico, il Progetto Obiettivo definiva il Servizio di assistenza domiciliare integrata come “un servizio incaricato di soddisfare le esigenze di soggetti di qualsiasi età aventi necessità di assistenza continuativa”.

A distanza di trent’anni dal Progetto Obiettivo l’ADI si è dimostrato un servizio che non è stato in grado di offrire sostegno alle famiglie assicurando assistenza continuativa.

A fronte, comunque, di una crescita del numero degli assistiti (cfr. figura 1), l’ADI non ha superato le sue criticità.

Figura 1. Anziani ≥ 65 anni assistiti in Adi (valori percentuali)

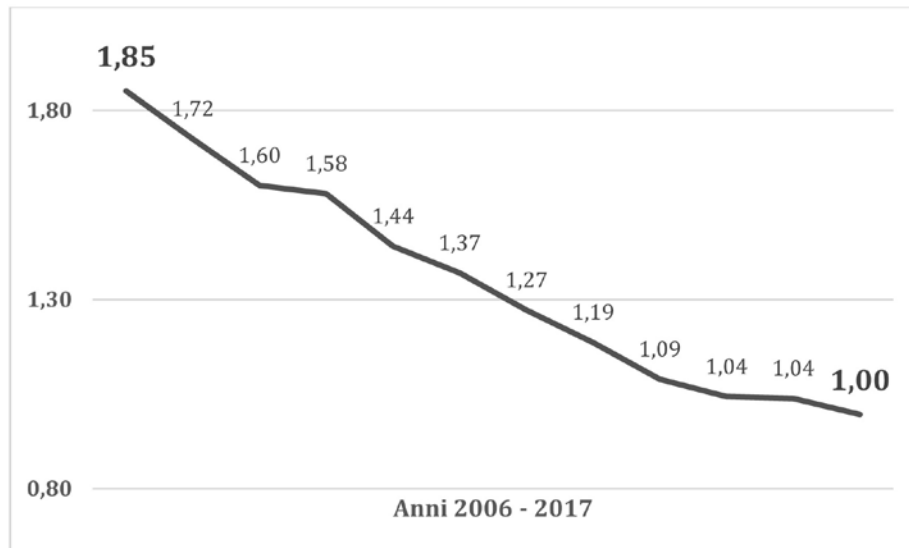


Fonte: Italia Longeva (Vetrano, 2019).

In particolare, le ore settimanali mediamente coperte dell’ADI appaiono insufficienti a garantire la permanenza al domicilio di anziani con compromissione dell’autonomia. È accaduto perciò che negli anni le famiglie, spinte dal bisogno, si sono auto-organizzate per trovare una nuova forma di *care* adatta alla necessità di lungoassistenza dei loro congiunti: è iniziato così il ricorso alle cure informali delle badanti, che nel giro di pochi anni sta producendo importanti ripercussioni nel welfare (Tidoli, 2017).

Il secondo e più diffuso servizio domiciliare è il SAD, ovvero il servizio di assistenza domiciliare in carico ai comuni, che ha un ruolo piuttosto marginale. Nel tempo complessivamente la copertura del Sad dal 2006 al 2017 presenta una tendenza di significativo e continuo calo (cfr. figura 2). Questo dato non deve tuttavia essere frainteso dal momento che il calo degli utenti del SAD non attesta un calo del bisogno da parte degli anziani ma, in realtà, mostra indirettamente quanto il servizio sia diventato marginale e sostanzialmente inadeguato a farsi carico del bisogno di cura. Diverse le criticità.

Figura 2. Anziani > 65 anni utenti Sad – Anni 2006-2017



Fonte: ns. elaborazione NNA, 2020 su dati Istat (2006-2017).

Noli (2020), sia pure con grandi diversità tra le varie Regioni (e anche al loro interno), evidenzia le principali:

- criteri selettivi e stringenti (es. un determinato grado d'invalidità, la mancanza di caregiver familiari, una certificazione sanitaria specifica ecc.);
- iter burocratici complessi (ad es. presentazione dell'Isee);
- costi elevati dal momento che le quote di partecipazione, da corrispondere per il servizio, generalmente individuate in base all'Isee, in alcuni Comuni risultano molto alte.

La non autosufficienza, quindi, non basta per poterlo ricevere, ma sono valutate altre condizioni come la presenza di problematiche dell'anziano legate a reti familiari carenti e ridotte risorse economiche. Si tratta, dunque, di un servizio guidato sempre più da una logica socioassistenziale che, in parallelo alla non autosufficienza, nei fatti considera la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e di risorse economiche quali criteri prioritari per l'erogazione. È logico che a queste condizioni, dato l'esiguo numero di ore offerte settimanalmente, il servizio risulti molto poco attraente per gli stessi soggetti che pure ne avrebbero diritto.

Più in generale si può concludere che l'attuale sistema di cura domiciliare, incentrato su Sad e Adi, è basato su un modello organizzativo prestazionale, di tipo infermieristico o socioassistenziale ma, nessuno dei due servizi, si basa su un'ottica di sostegno alla non autosufficienza, ovvero di *care*. La questione centrale resta che, vista la caratterizzazione dell'intensità assistenziale, sia in termini di quantità di ore/settimana che di distribuzione delle stesse nell'arco della giornata, i servizi domiciliari non permettono una reale presa in carico dell'anziano non autosufficiente; rimangono scoperte diverse funzioni assistenziali fondamentali (es. alzata, messa a letto, assistenza ai pasti, bagno ecc.) che richiedono la presenza giornaliera di un caregiver familiare o professionale. E questo spiega la mole di cure informali che nel nostro Paese è necessario assicurare agli anziani non autosufficienti per permetterne la permanenza a casa. E spiega come, soprattutto negli ultimi vent'anni, si sia sviluppato un sistema di cura incentrato sulla capacità della famiglia di far fronte alle reali necessità dell'anziano.

3.2 Servizi residenziali

Secondo Gori e Trabucchi (2020) è impossibile organizzare efficacemente la rete dei servizi per le persone anziane senza considerare la residenzialità una *parte integrante* delle complessive

risposte al bisogno, chiarendo che le strutture residenziali possano (debbano) diventare il fulcro delle attività territoriali di una cert'area, concentrando servizi come la residenzialità post acuta, l'ospedale di comunità, il supporto all'assistenza domiciliare attraverso competenze specifiche, i centri diurni. Nonostante, infatti, il PNRR enfatizzi la domiciliarità per le persone anziane, di fatti la residenzialità resta in taluni casi una necessità, soprattutto in quei casi in cui le limitazioni funzionali diventano tali da non poter più consentire un'assistenza domiciliare.

In base alla normativa vigente le persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale e che non hanno la possibilità di essere assistiti a domicilio, l'SSN garantisce l'erogazione delle cure all'interno di strutture residenziali e semiresidenziali extra ospedaliere (art. 29 e art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017), programmate per garantire un'assistenza di intensità diversificata ad ospiti che frequentemente sono portatori di patologie complesse e, in alcuni casi, necessitano di supporto alle funzioni vitali (respiratore, nutrizione artificiale ecc.). Questi servizi sono regolamentati dalle Regioni e dagli Enti locali che, anche sulla base di linee guida ministeriali, pianificano la rete di cura territoriale compresa l'erogazione di cure domiciliari (cfr. in particolare la Legge 178/2020 che, all'art.1 c.406, modifica il DL.vo 502/1992). La classificazione e denominazione delle singole strutture risente molto della variabilità regionale tanto che, secondo la singola regione, si può parlare di RSA, Case di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative, ecc. anche con significati diversi.

La residenzialità presenta tuttavia non poche criticità. Innanzitutto, il sottofinanziamento e la conseguente insufficienza dell'offerta in Italia sono ben noti (cfr. ad es. Nna, 2017). L'ultimo Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (2021) conta 7.829 strutture residenziali di accoglienza per anziani che ospitano non autosufficienti. A titolo di esempio, si consideri il dato comparativo, tra i Paesi appartenenti ai principali modelli di welfare dell'Europa occidentale, sui posti letto in strutture residenziali ogni 100 abitanti di almeno 65 anni. La tabella 2 non richiede, purtroppo, commenti.

Tabella 2. Posti letto in strutture residenziali ogni 100 persone 65+, anno 2018

Paese	%
Olanda	7,3
Belgio	6,9
Svizzera	6,4
Germania	5,4
Francia	5,0
Austria	4,6
Norvegia	4,5
Regno Unito	4,4
Spagna	4,4
Danimarca	3,9
Italia	1,9
Grecia	1,8

Fonte: NNA, 2020.

Ed è per questo che negli anni più recenti si è assistito a una presenza crescente del settore for-profit e, in tale ambito, anche in Italia si stanno facendo sempre più strada i grandi gruppi multinazionali. In secondo luogo, la sempre crescente fragilità degli ospiti delle strutture. Secondo Barsanti (2020) attualmente le strutture accolgono persone molto anziane – il 75% ha più di 80 anni – e in gran parte non autosufficienti (78%). La presenza di donne ricoverate, largamente maggioritaria, è il 75%. In generale, nella recente fase storica, parallelamente a una contrazione dei ricoveri (nel periodo 2009-2016 gli utenti sono diminuiti di 15.000 unità annue, pari al 5% del

totale) è cresciuta la gravità e la complessità della condizione degli ospiti, passati da un 26% di residenti con alto bisogno assistenziale nel 2009 a un 36% nel 2016 (Arlotti e Ranci, 2020). E la crescente complessità dei bisogni, la loro costante evoluzione e il ruolo – oggi centrale – assunto dalle demenze, richiedono anche un rafforzamento dei percorsi di formazione e aggiornamento.

Il nodo principale consiste nel riconoscimento, ancora insufficiente, del fatto che “la cura ha bisogno di tecniche, sul piano concreto della possibilità di essere utile agli altri. La tecnica è quella specifica degli atti clinico-assistenziali, ma anche quella di chi comprende l’altro attraverso una lettura, intensa e senza intervalli, delle sue difficoltà” (Trabucchi, 2018, p. 109).

Gli ospiti anziani delle strutture residenziali, dunque, presentano un profilo sempre più problematico legato a bisogni sanitari, limitazioni funzionali e deficit cognitivi (demenze). Questi aspetti si traducono in un carico assistenziale intenso e differenziato, che ha profonde implicazioni e richiede risposte.

3.3 Trasferimenti monetari: l’indennità di accompagnamento

L’Indennità di accompagnamento (Ida) è un contributo monetario erogato dall’Inps a individui riconosciuti da una Commissione sanitaria – definita a livello di Azienda sanitaria locale (Asl) – come portatori di invalidità totale (al 100%) e permanente e con esigenza di assistenza continua, essendo impossibilitati a deambulare e/o a svolgere le attività fondamentali della vita quotidiana in modo autonomo. Chiunque si trovi in questa condizione la riceve, indipendentemente dall’età o dalle sue disponibilità economiche; l’ammontare della prestazione italiana, 520 euro, è tra i più alti, superato esclusivamente da quello francese (per l’appunto di 618 euro). Solo nel nostro Paese, però, la media coincide con l’importo erogato a ogni utente: all’estero, infatti, questo è graduato in diversi livelli in base al fabbisogno assistenziale (sempre) e alle condizioni economiche del beneficiario (Gori & Morciano, 2019). L’Italia, dunque, è l’unico Paese a erogare il medesimo ammontare a tutti i percettori, senza prenderne in alcuna considerazione la specifica situazione. Si fornisce così la stessa risposta tanto a chi ha una limitazione contenuta dell’autonomia quanto a chi versa in condizioni estremamente gravi e necessita di assistenza continuativa per 24 ore al giorno (Arlotti, Parma & Ranci, 2020).

Così non è ad esempio in Germania, dove ai casi più critici si riconoscono importi quattro volte maggiori di quelli assicurati a chi è collocato ai livelli più bassi di gravità, e in Francia almeno doppi (Ranci et al., 2019).

4 IN QUALE DIREZIONE ANDARE PER MIGLIORARE IL SISTEMA DI CURA PER LA POPOLAZIONE ANZIANA?

Da dove partire dunque per rafforzare e riorganizzare il settore della cura per la popolazione anziana? Molti sono ancora i nodi da sciogliere e le direzioni da prendere per sviluppare e organizzare il Sistema Nazionale per la popolazione anziana (SNNA).

In primis, concordando con Gori e Trabucchi (2020), ammettere la residenzialità come parte integrante del sistema stesso, soprattutto in una certa fase e in certe condizioni del processo di invecchiamento. Idealizzare in un certo qual modo la domiciliarità, assumendola come la soluzione migliore per tutti gli anziani, in qualunque fase del processo e in qualsiasi condizione, significa, a parere di chi scrive, ignorare il fatto che in casi di grave non autosufficienza e severa compromissione delle condizioni di autonomia, il trasferimento in struttura può essere una scelta necessaria.

Se si assume ciò allora la prima questione da porre è quella relativa alla quota di risorse pubbliche destinate a ogni residente. Il diffondersi di tipologie di bisogno assistenziale sempre più complesse e impegnative comporta infatti per le strutture maggiori costi che, per essere coperti, presuppongono una modifica nelle modalità di finanziamento. In varie Regioni, ciò si traduce nella necessità di aggiornare di conseguenza le quote sanitarie destinate alle Rsa. In

assenza di tale adeguamento, infatti, non rimangono che due alternative: far sostenere questi costi ad altri (gli utenti, attraverso la quota sociale, o le strutture stesse) o non fornire l'assistenza necessaria (Pesaresi, 2018; 2019).

La seconda questione da mettere a tema ha a che fare con la logica che orienta la cura degli anziani. Scrive Guaita (2020) "La sintesi di tutti i mali di cui hanno sofferto e continuano a soffrire le strutture residenziali, in tutta Italia e non solo, è stata ben espressa dall'assessore regionale lombardo alla sanità e welfare. Egli, intervistato il 19 aprile da Fabio Fazio durante la trasmissione TV "Che tempo che fa", ha spiegato che gli anziani erano stati trasferiti dagli ospedali nelle Rsa perché "...dovevamo trovare dove metterli". Secondo Guaita dunque il linguaggio, nel caso specifico quello dell'assessore lombardo alla sanità, tradisce in un certo qual modo un *pensiero di senso comune* che ancora sembra prevalere nei servizi per gli anziani fragili e cioè che essi siano "casi complessi" da collocare piuttosto che soggetti portatori di diritti e domande di cui farsi carico. L'anziano fragile, dunque, dentro il sistema di offerta dei servizi, sembra oggetto di un processo di *spersonalizzazione* che finisce per indebolire la forza della *sua* domanda e la messa a fuoco dei *suoi* bisogni.

Un caso studio realizzato qualche anno fa in una struttura residenziale di Napoli dimostrò proprio che il sapere di senso comune che regolava i rapporti e la prassi della cura nella struttura guardava agli anziani ospiti come ad *oggetti* da sistemare, collocare, arginare, circoscrive piuttosto che a *soggetti* da attivare e includere in un processo di cura agito consapevolmente dagli anziani stessi (Tesaro, 2013).

Il prevalere di questa logica che Guaita (2020) definisce *collocativa* potrebbe forse anche spiegare perché la rete di offerta si sia articolata focalizzandosi sulle Rsa, per un'utenza in condizioni estremamente critiche, lasciando poi uno *spazio intermedio*, privo di risposte adeguate, che dev'essere occupato (ancora) con altre e specifiche soluzioni. In altre parole, sembra che la cura dell'anziano sia orientata prevalentemente, anche se ancora in modo insufficiente, sull'anziano fragile e estremamente compromesso e non, come pure sarebbe necessario, sull'anziano che, pur godendo di una certa autonomia, abbisogna comunque di una rete di supporto.

In questa direzione, solo in anni abbastanza recenti, si sta assistendo allo sviluppo di una nuova cultura dell'abitare per gli anziani. Si stanno diffondendo ad esempio strutture o servizi di vita assistita che riuniscono comunità alloggio o residenze sociali; solitamente sono organizzate in forma comunitaria, ma l'unità di accoglienza può anche essere un vero e proprio appartamento oppure una camera, spesso singola, ampia e con bagno; i servizi accessori sono espressamente mirati a supportare riduzioni delle autonomie più consistenti e l'assistenza – svolta da operatori professionali – è normalmente estesa alle 24 ore; gli anziani accolti hanno solitamente un'età più avanzata, oltre gli 80-85 anni, le loro limitazioni funzionali interessano anche l'area delle Adl e la durata dell'accoglienza dipende soprattutto dalle caratteristiche della rete familiare (Giunco, 2014).

In questa direzione è andata anche l'Oms che per rispondere in modo adeguato alle esigenze di una popolazione sempre meno giovane, ha lanciato nel 2006 il programma delle città a misura di anziano⁵, che ha valutato le strutture e i servizi che rendono una città *age-friendly*, e che ha rilanciato il *diritto all'abitare* della popolazione anziana. Un diritto che va oltre lo stesso diritto alla casa, e che, mettendo in relazione lo spazio interno (e privato) con quello esterno (e pubblico) mette in relazione le esigenze di sviluppo della personalità umana – durante ogni fase e tappa della vita – proprio con il contesto spaziale, abitativo e persino urbanistico in cui essa si svolge, ma anche, ampliando ulteriormente lo sguardo, geografico e territoriale (De Donno & Tumminelli, 2023).

Provando a concludere dunque molti sono ancora i nodi da sciogliere e le questioni che restano aperte e che hanno a che fare non solo con investimenti e risorse, ma con un *riposizionamento dello sguardo* non sulla persona anziana, ma con la persona anziana e la sua famiglia; un

⁵ http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/age_friendly_cities_20100628/en/

riposizionamento che possa tenere conto di ciò che la cura comporta e richiede anche in termini di senso, oltretutto di costi.

5 BIBLIOGRAFIA

- Arlotti, M., Parma, A., & Ranci C. (2020). Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma. *Politiche Sociali*, 1, pp. 125-148.
- Barsanti, S. (2020). I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito. In NNA -Network Non Autosufficienza (cur.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, 2020/2021, Punto di non ritorno* (pp. 63-81). Maggioli Editore.
- Briggs, A. (1961). The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology*, 1961. 2(2), pp. 221-258. DOI:[10.1017/S0003975600000412](https://doi.org/10.1017/S0003975600000412)
- Giunco, F. (2014). *Residenzialità leggera e RSA/RSD aperte: possibili opportunità e insidie da evitare*. <https://lombardiasociale.it/2014/01/13/residenzialita-leggera-e-rsarsd-aperte-possibili-opportunita-e-insidie-da-evitare/>
- De Donno, M., & Tumminelli, D. (2023). Invecchiamento della popolazione e diritto all'abitare: quali strumenti per il governo del territorio?. In Bernardini, M.G. (cur.). *Anziani e diritto all'abitare. Bisogni, diritti e prospettive tra locale e universale*. Franco Angeli.
- Golini, A. (2020). *Anziani*. Treccani (estratto da *Enciclopedia delle scienze sociali*. 1991).
- Gori, C., & Trabucchi, M. (2020). Cosa abbiamo imparato dal Covid (I). In NNA – Network Non Autosufficienza (cur.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, 2020/2021, Punto di non ritorno* (pp. 11-30). Maggioli Editore.
- Guaita, A. (2020). I servizi residenziali (I). Guardare indietro per andare avanti. In NNA – Network Non Autosufficienza (cur.) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, 2020/2021, Punto di non ritorno* (pp. 53-62). Maggioli Editore.
- ISTAT. (2020). *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*. Istituto nazionale di statistica. <https://www.istat.it/it/files//2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>
- Luppi, M. (2015). Non autosufficienza e impoverimento. In NNA – Network Non Autosufficienza (cur.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire* (pp. 87-103). Maggioli Editore.
- Ministero della Sanità. Servizio centrale della programmazione sanitaria. (1992). *Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli Anziani 1991-1994"*, Roma.
- Noli, M. (2020). I servizi domiciliari. In NNA – Network Non Autosufficienza (cur.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, 2020/2021, Punto di non ritorno* (pp. 33-51). Maggioli Editore.
- SIGG. (2018). 63° Congresso Nazionale SIGG (Roma, 28.11.2018 - 01.12.2018) SIGG. <https://www.sigg.it/congresso-nazionale/63-congresso-nazionale-sigg/>
- Tesauro, T. (2013). *La narrazione come pratica di attivazione nelle strutture residenziali*. Aracne Editore.
- Tidoli, R. (2017). La domiciliarità. In NNA – Network Non Autosufficienza (cur.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto. 2017/2018. Il tempo delle risposte* (pp. 77-100). Maggioli Editore.
- WHO. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>