

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori*

Capitolo 1

I nodi dell'Italia

di

Carlos Chiatti e Giovanni Lamura¹

Luglio 2010

¹ Gli autori intendono ringraziare per i consigli ricevuti durante la stesura del presente capitolo le dott.ssa Cristina Rocchetti e Maria Gabriella Melchiorre.

1. La non autosufficienza: definizione e politiche pubbliche di sostegno

L'introduzione di Gori ha precisato la finalità della presente ricerca che, in sintesi, intende contribuire al dibattito politico e tecnico sulla riforma della non autosufficienza in Italia (Gori, 2008 e Gori e Lamura, 2009), offrendo ai decisori pubblici una “valutazione ex ante delle principali ipotesi” di cambiamento delle politiche nazionali in atto.

Questo primo capitolo, diversamente, si pone il duplice obiettivo di: (1) definire il concetto di non autosufficienza e puntualizzare in maniera analitica quali politiche saranno indagate nella seconda parte del volume; (2) indicare le sfide che andranno affrontate nel prossimo futuro, partendo dall'analisi delle criticità attuali. Uno dei presupposti del lavoro di ricerca, infatti, è che debbano essere le criticità esistenti a costituire il punto di avvio per una riflessione sulle ipotesi d'intervento.

Per quanto riguarda l'analisi del settore dell'assistenza continua (in inglese *Long-term care*, Ltc), occorre osservare, in primo luogo, che la definizione dei confini di quest'area d'interventi non è del tutto agevole. Esistono diverse ma altrettanto valide definizioni di questo settore assistenziale, oltre a quella dell'*Institute of Medicine* proposta nell'introduzione. Laing (1993, p.18) ricomprende nell'area Ltc “tutte le forme di cura della persona o assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa, forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti”. Secondo l'OCSE “hanno bisogno di servizi e interventi di *long-term care* gli individui con disabilità mentali o fisiche di lungo periodo, che sono diventati dipendenti dall'assistenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana, la gran parte dei quali appartiene ai gruppi più anziani della popolazione” (OCSE, 2005, p.10).

La pluralità di definizioni esistenti, e la conseguente incertezza nel determinare i confini del settore del *Long-term-Care*, deriva soprattutto dall'assenza di una definizione univoca della condizione di “non autosufficienza”.

Ai fini dello studio si è adottata la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per cui una persona è considerata non autosufficiente quando presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza. La condizione di non autosufficienza è valutata misurando, pertanto, le capacità dell'individuo di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, distinguibili in attività per la cura del sé (*Activities of Daily Living*, ADL) e attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living*)².

Di norma, per finalità programmatiche e organizzative, i destinatari delle politiche di assistenza continuativa vengono distinti in anziani e disabili³.

² Per la misurazione delle *Activities of Daily Living* (ADL) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) si utilizzano apposite scale che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgere le funzioni determinanti per vivere. Gli strumenti più utilizzati a tal scopo sono la scala di Katz (Katz et al., 1963) per le ADL e la scala di Lawton e Brody (1969) per le IADL. La scala ADL ad esempio valuta la capacità di compiere le seguenti sei attività: lavarsi (fare il bagno), vestirsi, utilizzare il gabinetto, spostarsi, controllare la continenza, alimentarsi.

³ Come sottolinea Barbieri nel successivo cap. 14, è necessario “isolare” o meglio “specificare” un gruppo sociale non per accentuarne la disparità, piuttosto per postulare strategie e politiche socio assistenziali adeguate alle specifiche condizioni in cui si trova.

Mentre nei primi la perdita dell'autonomia è una conseguenza dell'età avanzata, nel secondo gruppo la condizione di non autosufficienza si verifica a seguito di un evento morboso (un incidente o una malattia congenita o meno), dalla quale deriva la condizione di disabilità, ovvero di limitazione nello svolgere attività considerate normali per una persona della stessa età (ISTAT, 2009a). I disabili, ancor più degli anziani, costituiscono un gruppo sociale variegato, all'interno del quale le differenti condizioni biologiche e socioeconomiche determinano specifici bisogni assistenziali.

Al di là di queste differenze, nel corso della ricerca si è optato per considerare congiuntamente anziani e disabili nell'ambito di un più ampio discorso sulle politiche per la non autosufficienza, dal momento che entrambi i gruppi sono caratterizzati per l'irreversibilità della condizione di bisogno in cui si trovano⁴.

Ma quali sono le dimensioni del fenomeno della non autosufficienza in Italia, e quali sviluppi sono da attendersi? Il nostro Paese ha raggiunto negli ultimi decenni uno dei più avanzati livelli d'invecchiamento della popolazione all'interno dell'Unione Europea (Giannakouris, 2008; ISTAT, 2009b). Sebbene l'anzianità non possa essere considerata quale sinonimo di non autosufficienza né tantomeno di malattia, esiste un'evidente associazione tra l'avanzare dell'età e la non autosufficienza.

Le più recenti stime ISTAT riferite al 2005 (Tab. 1), che adottano una definizione del fenomeno coerente con le indicazioni dell'OMS indicano che in Italia vi sono oltre due milioni e 600 mila persone non autosufficienti non istituzionalizzate.⁵ (ISTAT, 2008a). Se a queste si aggiungono le 190.134 persone non autosufficienti che risiedono nei presidi socio-sanitari, la stima complessiva è di poco inferiore ai due milioni e 800mila persone (ISTAT, 2009a).

⁴ Per questo motivo non viene fatto riferimento all'area della malattia mentale che può manifestarsi a fasi alterne. I servizi di quest'area sono inoltre caratterizzati da peculiarità che non potrebbero essere considerate pienamente.

⁵ La stima fa riferimento ai dati raccolti nell'indagine "Multiscopo sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 2005". Nel corso di tale indagine, è definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Secondo la sfera di autonomia funzionale compromessa, l'ISTAT ha individuato quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione. Per la stima del numero di non autosufficienti in Italia si fa comunemente ricorso a questa definizione e alla stima di persone disabili così ricavata.

Tab.1. Tassi di prevalenza della non autosufficienza presso la popolazione non istituzionalizzata (per area geografica e classe di età) e stime in valore assoluto, anno 2005.

Classe d'età	Ripartizione geografica (tassi per 100 ab.)					Italia	Stime v.a.
	Italia Nord-Occidentale	Italia Nord-Orientale	Italia Centrale	Italia Meridionale	Italia Insulare		
6-14 anni	1,52	0,88	1,48	2,53	0,90	1,61	80.668
15-64 anni	0,95	0,88	1,14	1,45	1,52	1,16	448.817
>= 65 anni	16,16	16,32	18,19	21,73	24,65	18,67	2.079.426
Totale pop.	4,27	4,16	4,91	5,20	5,72	4,76	2.608.911

Fonte: ns. elaborazione su dati ISTAT (2008a)

L'analisi dei tassi specifici per età indica una prevalenza della non autosufficienza pari al 18,67% nella popolazione sopra i 65 anni. Le stime del fenomeno presso la popolazione più giovane, invece, sono rispettivamente 1,61% tra i giovani di età compresa tra i 6 e i 14 anni e 1,16% nella fascia di età centrale 15-65 anni.

Osservando la distribuzione territoriale dei tassi emergono sensibili differenze territoriali all'interno del Paese: ad esempio, tra gli anziani i tassi variano dal 16,16% nelle regioni Nord-Occidentali al 24,65% nell'Italia insulare, ma anche nelle altre fasce di età le differenze geografiche non sono trascurabili.

Per quanto concerne l'evoluzione temporale del fenomeno, il raffronto dei tassi attuali con le precedenti rilevazioni ISTAT evidenzia un'evidente tendenza alla riduzione della non autosufficienza in età anziana, la cui prevalenza risultava pari al 21,7% nel 1994 e al 20,5% nel 1999-2000 (ISTAT, 2008a). Tale trend positivo, tuttavia, non sembra sufficiente a bilanciare il complessivo invecchiamento demografico nel nostro Paese, per cui nei prossimi anni è plausibile attendersi un complessivo aumento in termini assoluti della domanda assistenziale.

Avendo inquadrato le dimensioni del fenomeno della non-autosufficienza, puntualizziamo ora quali tra i servizi e le politiche pubbliche di sostegno costituiscono l'oggetto di questa indagine. La scelta di tali politiche è stata guidata essenzialmente dal fatto che il lavoro di ricerca ha quale destinatario istituzionale il decisore statale, in particolare il Ministero del Welfare, committente del progetto. Per questa ragione, è stata data priorità a quelle politiche di competenza del governo centrale o per le quali, pur in presenza di una gestione decentrata (anche di natura privata), è possibile configurare un intervento di coordinamento/regolazione da parte dello stesso.

Queste politiche sono riconducibili a quattro ambiti d'intervento: l'area dell'informazione e orientamento; il sostegno dell'offerta di servizi; il sostegno della domanda assistenziale; l'incentivo del risparmio privato (cfr. Tab. 2).

L'area cosiddetta di "informazione e orientamento" ricomprende gli interventi che non forniscono prestazioni, bensì un insieme di conoscenze, suggerimenti e modalità di accompagnamento alla persona e alla famiglia nelle diverse fasi della non autosufficienza (Gori, 2008).⁶ Tali interventi rivestono particolare importanza all'interno di un sistema di welfare complesso come quello italiano, caratterizzato dalla presenza di molteplici attori istituzionali e servizi. Le iniziative volte alla creazione dei Punti Unici di Accesso ai servizi (Pua), indagate nel corso della ricerca, rientrano in quest'area d'intervento (cap. 6.)⁷.

Tab. 2. Le politiche pubbliche di assistenza continuativa analizzate dalla ricerca

Aree di intervento	Le politiche pubbliche
Informazione e orientamento	- Punto Unico di accesso.
Sviluppo dell'offerta di servizi	- Servizi Territoriali (assistenza domiciliare sociosanitaria e sociale); - servizi Semiresidenziali (centri diurni); - servizi Residenziali (presidi sociosanitari e socio-assistenziali).
Sostegno della domanda assistenziale	- Trasferimenti monetari (Indennità di accompagnamento e altre prestazioni di invalidità civile); - sostegno e qualificazione al lavoro privato di cura; - la ripartizione della spesa tra utenti e servizi.
Le politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato	- Sostegno delle assicurazioni integrative volontarie.

Fonte: ns. elaborazione

⁶ I due soggetti istituzionali responsabili dell'offerta dei servizi sono le Asl, per quanto concerne i servizi sanitari e socio-sanitari, e i Comuni, responsabili dell'assistenza sociale. Le Aziende Sanitarie Locali (Asl) sono tenute per legge ad assicurare l'assistenza sanitaria alla popolazione del bacino territoriale di riferimento (D.lgs. 502/1992 e ss.). Tale assistenza è gratuita, fatta eccezione per le forme di compartecipazione alla spesa previste (i cosiddetti ticket) ed è erogata dalle Asl direttamente o per tramite di altre strutture pubbliche e private convenzionate. L'assistenza sociale è invece fornita dai Comuni di residenza, non è gratuita, bensì prevede un costo a carico degli utenti commisurato al reddito disponibile. Una classificazione molto diffusa dei servizi sociali e sanitari li distingue, sulla base del setting assistenziale di erogazione, tra servizi domiciliari e servizi semiresidenziali e residenziali.

⁷ È in quest'area che possono essere ricondotte, inoltre, le recenti ipotesi di riforma delle modalità di accertamento, di valutazione e della presa in carico dell'utente, basate sulla "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e disabilità" (*International Classification of functioning, disability and health*, ICF) che l'Organizzazione mondiale della sanità ha introdotto dal maggio 2001. I principi che sottendono la classificazione ICF, evidenziano l'importanza di un approccio integrato, che tenga in dovuta considerazione sia i fattori riguardanti disabilità e funzionamento che i fattori ambientali (ISTAT, 2009a).

Nell'area dell'offerta sono compresi, invece, i servizi di assistenza e cura alla persona, le cosiddette prestazioni *in-kind*, che possono essere erogate da soggetti pubblici ma anche da privati convenzionati. Tra queste molteplici forme di assistenza sono state prese in considerazione le prestazioni domiciliari (cap. 7), le prestazioni residenziali e quelle semiresidenziali (cap. 8). Come premesso nel precedente capitolo introduttivo, poiché l'interesse della ricerca è costituito dagli interventi di assistenza e cura, non sono stati analizzati gli interventi riguardanti l'integrazione scolastica e lavorativa per disabili. È stato inoltre escluso dall'analisi il settore della salute mentale per via della specificità che lo caratterizza.

Nella terza area, denominata del sostegno della domanda assistenziale, rientrano i contributi alle spese che gravano sulle persone non autosufficienti e sui relativi familiari. Questi contributi possono essere erogati sotto forma di trasferimenti *cash*, essere previsti sotto forma di agevolazioni fiscali, consistere in interventi di qualificazione e sostegno dell'attività di cura privata, o anche in modalità agevolate di accesso ai servizi. Tra questi, la ricerca ha analizzato in particolare gli interventi di sostegno e qualificazione del lavoro di cura svolto dalle assistenti familiari (cap. 9), l'istituto dell'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni per l'invalidità civile (cap. 10). Inoltre, è stato dedicato un approfondimento agli interventi che impattano sulla ripartizione della spesa assistenziale tra componente sanitaria e sociale e tra Stato e famiglie (cap. 11). In tal senso, rilevano la diffusione e le modalità di impiego dell'Indicatore della situazione economica equivalente, Isee, che nasce come strumento con cui valutare la condizione economica di coloro che richiedono prestazioni e/o servizi agevolati e disciplinare l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali (cap. 12).

Sono state infine esaminate le forme di incentivazione del risparmio privato per il finanziamento delle cure di lungo termine (cap. 14), che ricevono oggi maggiore attenzione a causa della particolare congiuntura macro-economica che interessa i Paesi occidentali. In quest'area si segnalano le assicurazioni integrative volontarie, strumenti ancora oggi poco diffusi in Italia, ma che in altre nazioni europee hanno rapidamente guadagnato un ruolo non marginale all'interno del finanziamento del sistema di *long-term care*⁸.

2. L'informazione e l'orientamento degli utenti: il Punto unico di accesso ai servizi

Il Punto unico di accesso (Pua) è una modalità organizzativa che si sta diffondendo in Italia come risposta all'elevata complessità della rete dei servizi sociosanitari⁹, e che per le sue funzioni e

⁸ Tra gli altri, per una prospettiva comparata si veda Rebba (2006), mentre sul caso francese Le Corre (2008).

⁹ Inizialmente il Piano sociale nazionale (D.P.R. 3 maggio 2001) aveva previsto nel settore socio-assistenziale l'istituzione della "porta unitaria di accesso" in ogni ambito sociale che avesse la capacità di unificare le procedure di accesso ai servizi sociali attraverso una struttura accogliente in grado di assolvere alle funzioni di segretariato sociale previste all'articolo 22 della legge 328/2000. Le quattro funzioni possibili della Porta unitaria di accesso sono quelle relative: 1) all'informazione, 2) all'accompagnamento, 3) alla promozione, 4) al ruolo di osservatorio (Pesaresi 2008a).

caratteristiche assume una particolare importanza nell'ambito del dibattito sulla non autosufficienza.

Una definizione largamente condivisa, infatti, qualifica il Pua quale “modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza” (Bellentani et al., 2009, p. 17). La definizione specifica, inoltre, che “il Punto unico di accesso è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere” (*ibidem*).

Il Pua si configura quale uno dei luoghi elettivi dell'integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale, e come tale richiede uno stretto raccordo tra le diverse componenti sanitarie, nonché tra queste e le componenti sociali.

L'istituzione dei Pua era stata prevista in via prioritaria da numerosi provvedimenti normativi¹⁰, tuttavia ancora oggi la fotografia dello stato di attuazione sul territorio italiano è a macchia di leopardo. Una recente rilevazione indica un ampio sviluppo delle sperimentazioni, ma poche esperienze consolidate, presenti solo in ambiti locali e circoscritti (Pesaresi, 2008a; Bellentani, 2008). Le esperienze di attivazione risultano più numerose al Centro-Sud e nelle Isole (presenti in tutte le Regioni); al Nord sono state individuate sperimentazioni in sole 5 Regioni su 9 (Bellentani et al., 2009)¹¹. Va tenuto presente che il solo dato riguardante l'attivazione non può fornire indicazioni circa l'oggettiva funzionalità delle esperienze avviate, ed inoltre esiste una elevata disomogeneità tra le pratiche di sperimentazione in atto, derivante dall'attuale mancanza di linee guida nazionali in merito.

L'analisi delle soluzioni esistenti permette di distinguere, da un punto di vista prettamente organizzativo, due principali soluzioni, riconducibili ai seguenti modelli:

- Pua strutturale, inteso essenzialmente come luogo fisico, chiaramente identificabile, in cui si concentrano tutte le attività tipiche di un servizio di accesso;

Alcune Regioni in seguito hanno previsto uno sviluppo ulteriore delle porte unitarie di accesso, allargandone, previo accordo gestionale con le Asl, le competenze al settore delle prestazioni sociosanitarie.

¹⁰ Ad esempio la legge finanziaria 2007 che ha attivato il Fondo nazionale per le non autosufficienze e il Decreto Ministeriale (Solidarietà Sociale) 12 ottobre 2007, nel ripartire tra le Regioni le relative risorse per l'anno 2007, ha fissato alcune priorità tra cui “la previsione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari”. L'ultimo riferimento normativo in materia è quindi l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2009, che ha approvato l'intesa per la realizzazione degli Obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009.

¹¹ Una recente indagine svolta da Cittadinanzattiva (2009) su 28 Asl di 10 diverse regioni italiane ha esaminato diverse caratteristiche dell'assistenza territoriale, tra cui le sperimentazioni di Punti Unici di Accesso. Dai dati emerge che tutte le realtà che hanno partecipato all'indagine hanno attivato questa modalità; tuttavia, nel 20% dei casi non c'è integrazione tra distretti e ambiti sociali, elemento da considerare per garantire la continuità assistenziale, soprattutto nelle seguenti fasi: della dimissione ospedaliera e del periodo post-acuzie; della gestione integrata della fragilità; nella valutazione multidimensionale dei pazienti.

- Pua funzionale/reticolare, la cui funzione consiste nella strutturazione integrata e nella governance di tutti i punti di contatto con i cittadini, in una logica prevalentemente di *meta-office*.

Anche da un punto di vista contenutistico si stanno delineando notevoli differenze per quanto concerne gli approcci tecnico-metodologici e le funzioni del Pua. In questo caso la distinzione è tra una visione di tipo prestazionale (in cui prevalgono ancora meccanismi procedurali di stampo burocratico che segmentano il percorso in passaggi puntiformi) ed una visione processuale (in cui l'aspetto fondamentale è la garanzia della continuità delle cure all'interno di un sistema di appropriatezza dei regimi assistenziali).

Tra le criticità che si rilevano nello sviluppo dei Pua, infine, vi sono le carenze dei sistemi informativi sociosanitari, indispensabili per rendere il Pua un effettivo nodo di informazione integrata, e la necessità di assicurare specifica formazione, olistica e quindi non settoriale, al personale impiegato nel garantire le funzioni di accoglienza, accesso e orientamento alle prestazioni.

Box 1- I nodi dell'informazione e dell'orientamento: il punto unico di accesso

Il Punto unico di accesso:

- **Definizione:** Modalità organizzativa finalizzata a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza, a migliorare le modalità di presa in carico unitaria e a semplificare il percorso assistenziale della persona assistita.
- **Diffusione:** Una recente rilevazione rivela la presenza di sperimentazioni del Pua in tutte le Regioni del Centro-Sud e delle Isole, ma in sole 5 Regioni su 9 al Nord.
- **Principali criticità:**
 - sperimentazioni diffuse ma poche esperienze consolidate;
 - diffusione disomogenea sul territorio nazionale;
 - differenze sostanziali tra le sperimentazioni in atto dalle quali emergono distinti modelli organizzativi (Pua strutturale Vs. funzionale/reticolare: visione del Pua prestazione Vs. processuale);
 - Carenze dei sistemi informativi e necessità di formazione specifica del personale impiegato.

3. L'offerta dei servizi sociali e sanitari

3.1. L'assistenza domiciliare

I servizi domiciliari sono prestazioni assistenziali erogate presso l'abitazione della persona non-autosufficiente, che consentono all'utente di affrontare le patologie in atto, contrastare il declino funzionale e migliorare la propria qualità di vita senza ricorrere all'istituzionalizzazione. Erogare cure presso il domicilio degli utenti significa contenere inoltre i costi dell'assistenza, riducendo il ricorso a forme di assistenza più onerose quali le prestazioni residenziali e ospedaliere.

Le prestazioni domiciliari assumono nella pratica molteplici modalità organizzative, ma a fini espositivi possono essere distinte in (Pesaresi, 2007; Gori e Casanova, 2009):

- assistenza Domiciliare Programmata (Adp): erogata dal Medico di Medicina Generale a casa del proprio assistito, previa autorizzazione della Asl di riferimento e secondo un programma ben definito;
- assistenza Domiciliare Integrata (Adi): comprende interventi di natura sanitaria e socio assistenziale, erogati in modo coordinato secondo un piano assistenziale individualizzato. È competenza delle Asl per quanto concerne le prestazioni sanitarie e dei Comuni per la parte sociale;
- ospedalizzazione Domiciliare (Od): consente di erogare a domicilio una serie di prestazioni ad alta complessità, per mezzo di equipe di professionisti e tecnologie normalmente di pertinenza ospedaliera;
- servizio di Assistenza Domiciliare (Sad): ha caratteristiche puramente assistenziali ed è inteso a fornire alla persona non autosufficiente sostegno nelle attività di vita quotidiana e nella cura della propria persona.

Con l'eccezione del Sad e della componente sociale di assistenza erogata nell'Adi, che rientrano nelle competenze dei Comuni e per le quali agli utenti è richiesto il pagamento di un contributo economico proporzionale al reddito, le restanti forme di assistenza domiciliare sono di competenza del settore sanitario e sono quindi erogate gratuitamente dalle Asl¹².

In realtà, le forme organizzative e le tipologie di assistenza domiciliare presenti sul territorio sono diverse e variegate. Anche per questa ragione, le linee guida della Commissione per i LEA hanno proposto una riorganizzazione che riconduce il sistema delle cure domiciliari su cinque livelli, secondo la complessità e dell'intensità assistenziale che le caratterizza: le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale, le Cure Domiciliari di I, II e III livello ed infine le Cure Palliative per malati terminali (Ministero della Salute, 2006).

Nonostante l'espansione degli ultimi anni e le raccomandazioni contenute negli atti di programmazione nazionali e regionali, l'offerta di servizi domiciliari in Italia risulta ancora oggi non adeguata. Nel 2005 soltanto l'1,7% degli anziani ha usufruito del Servizio di Assistenza Domiciliare (ISTAT, 2008b) e nel 2006 solo il 3,2% di essi era in carico al servizio Adi (Ministero per lo Sviluppo Economico, 2009). Nel 2006 la media di ore di assistenza erogate dal servizio ADI

¹² Salvo le forme di compartecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente (ticket). Non sono previste, tuttavia, compartecipazioni alla spesa per gli anziani di età superiore ai 65 anni, per i malati terminali e per coloro che soffrono di patologie croniche o invalidità.

è stata di ventiquattro ore per utente. Di conseguenza, solo una bassa percentuale di persone non-autosufficienti può essere assistita a domicilio, e la priorità viene data agli utenti in condizioni funzionali e cognitive più precarie (Baldini et al., 2008). Visto in una prospettiva comparata, il nostro Paese si colloca ben sotto la media europea (pari a 10% nell'Europa a 15) per quanto riguarda la percentuale di utenti anziani assistiti a domicilio (Gori e Casanova, 2009).

Inoltre, i dati disponibili sull'offerta di assistenza domiciliare a livello regionale, indicano una disomogeneità tale da suggerire l'esistenza di forti disuguaglianze nell'accesso al servizio a svantaggio degli abitanti del Mezzogiorno: basti considerare che la percentuale di anziani assistiti in Adi in queste Regioni è dell'1,8%, mentre nel Centro-Nord è pari al 3,9% (Ministero per lo Sviluppo Economico, 2009).

Allo stesso modo, anche i servizi di assistenza domiciliare per disabili adulti risultano poco diffusi, se confrontati al numero dei potenziali utenti. Le stime disponibili indicano che il numero di disabili adulti assistiti a domicilio su 100 potenziali utenti si attesta su 5,6 a livello nazionale, con valori medi per ripartizione geografica che variano tra 4,3 al Sud e 8,8 al Centro (ISTAT, 2008b).

Va impiegata cautela, comunque, nell'impiego dei dati sulla disponibilità dei servizi, a causa dell'eterogeneità delle fonti informative a livello locale. La stessa eterogeneità delle fonti, invero, costituisce una criticità del settore ed è auspicata l'adozione, condivisa tra le Regioni, di un *minimum data set* informativo riguardante l'assistenza domiciliare.

Un problema irrisolto resta, inoltre, la scarsa integrazione tra i servizi dell'area socio-sanitaria e quelli sociali erogati dai Comuni. L'esigenza di un maggiore raccordo con le diverse forme di assistenza è avvertita, in particolare, nella fase di dimissione ospedaliera, quando sussistono le condizioni sociali e sanitarie che consentono il rientro a domicilio della persona ricoverata. È in questa delicata fase che il coordinamento tra i servizi domiciliari e ospedalieri riveste un ruolo fondamentale per garantire la continuità assistenziale e realizzare una vera "dimissione protetta".

Precedenti rilevazioni condotte da Cittadinanzattiva, infine, hanno evidenziato tra le criticità dell'assistenza domiciliare in Italia la richiesta non soddisfatta di assistenza psicologica, la scarsa disponibilità della terapia del dolore e l'insufficiente coinvolgimento della famiglia nelle decisioni riguardanti l'organizzazione del servizio (Pesaresi, 2007; Cittadinanzattiva, 2006).

3.2. *Le prestazioni residenziali per anziani e disabili*

Per assistenza residenziale s'intende il "complesso integrato d'interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei nuclei accreditati per la specifica funzione" (Ministero Salute, 2007). Tale forma di assistenza non si realizza in un singolo atto assistenziale, ma comprende l'insieme di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore. I destinatari di tali interventi sono soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o in presenza di condizioni cliniche stabilizzate; per questa ragione, le prestazioni residenziali vanno

distinte dagli interventi di “terapia post-acuzie” (Riabilitazione e Lungodegenza Post-Acuzie), che di norma vengono operati a seguito di un ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda l’assistenza agli anziani, negli ultimi anni si sono registrati importanti mutamenti nell’organizzazione e diversificazione delle residenze: mentre in passato gli anziani, autosufficienti e non, erano accolti indistintamente nelle stesse strutture, oggi si tende a organizzare i presidi a secondo dell’intensità dell’assistenza prestata.

È difficile tuttavia proporre una classificazione delle strutture residenziali che abbia valenza nazionale, dal momento che ogni Regione ha la facoltà di adottare in autonomia le proprie modalità organizzative. Si riporta di seguito la classificazione utilizzata dall’ISTAT nel corso dell’indagine annuale sui presidi residenziali e socio assistenziali. Tale classificazione distingue tra (ISTAT, 2006; Pesaresi e Brizioli, 2009):

1. *Residenze Assistenziali*: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali (es. Case di Riposo);
2. *Residenze socio-sanitarie*: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l’obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti (es. Residenze Protette e Comunità alloggio per anziani);
3. *Residenze Sanitarie Assistenziali*: presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L’assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera (es. RSA – Case Protette).

La spesa a carico degli utenti nel caso delle prestazioni residenziali (le rette) riguarda la sola componente sociale, mentre le quote di costo per la componente sanitaria (le tariffe) sono sostenute dal SSN.

Le prestazioni residenziali per disabili sono erogate da un gruppo di strutture che per lo più sono da ricondurre al modello degli Istituti di Riabilitazione ex art. 26 o a Centri e Comunità di Assistenza (Ministero della Salute, 2007). Le strutture a prevalente connotazione sociale sono una minoranza, mentre la maggior parte delle residenze si caratterizza per la presenza di programmi riabilitativi che ne consentono la permanenza all’interno della completa copertura del Fondo Sanitario Nazionale¹³.

¹³ Il programma riabilitativo, che costituisce parte integrante del più ampio progetto riabilitativo, definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. Per la distinzione tra attività sanitarie e sociali di riabilitazione bisogna far riferimento alle “Linee Guida Ministeriali per le attività di riabilitazione”. In questo documento si definiscono quali “attività sanitarie di riabilitazione” gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a

Nel 2005 gli anziani accolti nelle strutture sono stati 345.093, pari a circa il 3% della popolazione over 65 (ISTAT, 2008c). Dal 1971 al 2005 i posti letto in strutture sono più che raddoppiati (passando da 131.366 nel 1971 a 265.326 nel 2005), ma la disponibilità degli stessi, espressa come rapporto percentuale sulla popolazione anziana, non si è modificata sostanzialmente, restando attorno al 2,3%. I dati del periodo 2000-2005 indicano come sono stati in particolare i posti letto in RSA a crescere di numero (da 71.359 a 95.734), mentre le Residenze Assistenziali sono diminuite di oltre 16 mila unità (da 90.522 a 73.972).

I disabili adulti¹⁴ ospiti nei presidi residenziali al 31 dicembre 2005 erano 33.439, prevalentemente accolti in Comunità socio-riabilitative (33,6%), nelle RSA (30,2%), nelle Residenze socio-sanitarie per anziani (13,2%) e nelle Comunità Alloggio (9,9%) (ISTAT, 2009a). Nonostante l'enfasi posta sui progetti di vita indipendente, il numero complessivo di disabili istituzionalizzati è cresciuto negli ultimi anni; nel 1999 e nel 2004, infatti, gli ospiti erano rispettivamente 27.630 e 32.783 (*ibidem*).

La mancanza di dati esaustivi a livello nazionale sulle liste di attesa per strutture residenziali rende difficile valutare le debolezze e i punti di forza del sistema della residenzialità in Italia (Pesaresi e Brizioli, 2009). Senza la conoscenza della domanda di posti letto insoddisfatta, infatti, non è possibile valutare l'adeguatezza dell'offerta. Il tasso italiano di anziani istituzionalizzati è inferiore rispetto la media europea (Huber et. al, 2009), ma questo dato si presta ad una lettura ambivalente: è un segnale positivo di come le risorse della persona anziana riescano ad attivarsi per rispondere al bisogno di assistenza senza ricorrere allo sradicamento dal suo luogo di vita, o è un tasso condizionato da fattori strutturali, ovvero dalla scarsità di posti letto disponibili a chi pur ne avrebbe bisogno?

La valutazione della domanda assistenziale esistente è complicata inoltre dalla mancanza di procedure e criteri di accesso uniformi alle strutture. Il percorso che prevede la valutazione dell'anziano tramite l'Unità Valutativa Multidimensionale e la conseguente elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato, benché largamente condiviso in linea teorica, resta in realtà scarsamente applicato.

Un'ultima considerazione riguarda l'alto costo dell'assistenza residenziale, connesso soprattutto all'elevata spesa per il personale (Brizioli e Trabucchi, 2009). Di questo costo si fa carico in larga parte l'assistito, ma spesso anche la sua famiglia di provenienza è chiamata ad integrare la spesa per la retta, poiché in molti casi questa supera l'importo della pensione e delle altre provvidenze economiche erogate all'anziano.

portare il soggetto affetto da menomazione a contenere o minimizzare la sua disabilità, e il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale. Si definiscono, invece, "attività di riabilitazione sociale" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap (Ministero della Sanità, 1998).

¹⁴ Nell'indagine ISTAT sui presidi residenziali socio assistenziali viene adottata una definizione di disabili che comprende le persone con handicap fisico, psichico, sensoriale, plurimo o con problemi psichiatrici.

In merito a questo problema di costi e alle possibili misure preventive, si rileva in Italia la scarsa diffusione della modalità organizzativa degli alloggi protetti, strutture per anziani ancora autosufficienti che, con l'aiuto dell'assistenza domiciliare e maggiori garanzie di sicurezza, conducono una vita autonoma in un ambiente costruito appositamente per prevenire l'aggravarsi del deterioramento psico-fisico. In Olanda già nel 1996 vi erano ospitati l'11% degli anziani, ma anche in altri paesi nord-continentali il fenomeno è già da tempo tutt'altro che marginale (Pesaresi e Gori, 2003).

Per quanto concerne le criticità specifiche dell'assistenza residenziale per disabili, i dati indicano anzitutto un'elevata disomogeneità nella distribuzione territoriale delle strutture, che risultano concentrate prevalentemente nelle aree del nord e centro del Paese. In particolare, emerge la necessità di un progressivo superamento del modello di "istituti per disabili", che tradizionalmente ha rappresentato la risposta al fabbisogno assistenziale espresso dalle persone disabili. Questo modello è del tutto inadeguato per consentire alle persone disabili la realizzazione di un proprio progetto di "vita indipendente", obiettivo oggi ineludibile di ogni intervento assistenziale rivolto a questo gruppo sociale.

Per questa ragione è ampiamente diffuso il consenso sulla necessità di accrescere l'offerta di piccole strutture di comunità, in grado di non "sradicare" la persona disabile dal suo ambiente di vita e di risolvere inoltre il problema del "Dopo di noi", ovvero dell'invecchiamento dei genitori dei disabili (Ministero della Salute, 2007).

Come nel caso del settore residenziale per anziani, infine, non esistendo un flusso informativo adeguato, risulta complicata l'attività di programmazione e di controllo degli standard assistenziali dei servizi.

3.3. Le prestazioni semiresidenziali per anziani e disabili

Nell'assistenza semiresidenziale rientrano i servizi che operano in regime diurno, destinati a persone non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, ai quali vengono garantiti interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria, ma anche di animazione e di socializzazione. Si configurano quali servizi intermedi tra l'Assistenza Domiciliare e Residenziale; di norma, vi si fa ricorso quando sussistono le condizioni per una permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e, al tempo stesso, s'intende offrire un servizio di sollievo ai relativi caregivers.

Come nel caso delle prestazioni residenziali, sul versante dei costi per l'utilizzo dei centri diurni è necessario distinguere tra la tariffa, quota sanitaria interamente sostenuta dalle Asl, e la retta, costituita da una compartecipazione richiesta agli utenti per ricoprire i costi di natura sociale.

I dati sui centri diurni in Italia sono pochi e incompleti. Dalle stime ricavate da varie fonti nazionali e regionali, emergerebbe un quadro di scarsa diffusione delle strutture: nel 2006 è stata

rilevata la presenza di 678 centri per anziani (per circa 11.935 posti complessivi, ovvero solo 1,02-1,29 posti ogni 1.000 anziani) e 1.162 centri per disabili (21.257 posti.)¹⁵.

Poche inoltre sono le informazioni circa la loro organizzazione. A livello nazionale e talvolta persino a livello regionale manca una definizione univoca di tale tipologia di assistenza e dei soggetti beneficiari.

Da quanto è possibile ricavare dalle fonti frammentarie, infine, s'intuisce la presenza di una forte disomogeneità tra Regioni sia per quanto concerne la disponibilità di posti nei Centri, sia per quanto riguarda l'entità della compartecipazione alla spesa richiesta all'utenza.

¹⁵ Dati ricavati da varie fonti, si veda in proposito il contributo di Pesaresi nel capitolo 8 del presente volume. Nel conteggio dei posti nei centri diurni per disabili, non sono stati ricomprese le strutture per i soggetti psichiatrici, ma solo centri per disabili fisici e psichici.

Box 2 – Definizioni e criticità dell'offerta di servizi di assistenza continuativa

Le prestazioni Domiciliari:

- **Definizione:** prestazioni assistenziali erogate presso l'abitazione della persona non-autosufficiente, che consentono all'utente di affrontare le patologie in atto, contrastare il declino funzionale e migliorare la propria qualità di vita senza ricorrere all'istituzionalizzazione.
- **Diffusione:** utenza ADI: 3,2% anziani (in media 24 h di assistenza/anno);
utenza SAD: 1,7% anziani, 5,6% disabili.
- **Principali criticità:**
 - copertura del servizio insufficiente tra l'utenza anziana;
 - basso numero di disabili ricevono assistenza domiciliare e questo rende difficile la realizzazione di progetti di vita indipendente nella propria comunità di origine;
 - forte disomogeneità territoriale dell'offerta;
 - scarsa integrazione tra area sanitaria e sociale.

Le prestazioni Residenziali:

- **Definizione:** complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, in idonee strutture;
- **Diffusione:** nel 2005 il 3% della popolazione anziana era ospite in strutture residenziali: sempre nel 2005, 33.439 disabili adulti risiedevano in strutture residenziali (il 7,5% circa della popolazione disabile adulta stimata dall'ISTAT).
- **Principali criticità:**

per quanto concerne l'area anziani:

 - mancanza di dati sulle liste di attesa e di altri indicatori sugli standard dell'assistenza, che rende difficile valutare debolezze di sistema;
 - scarsa diffusione di modalità organizzative a bassa intensità assistenziale (es. alloggi protetti).

Per quanto concerne l'area disabili:

 - disomogeneità territoriale nella disponibilità di strutture;
 - necessità di superare il modello di "Istituti per disabili", con conseguente crescita dell'offerta di piccole strutture di comunità;
 - carenza dei flussi informativi.

Le prestazioni Semiresidenziali

Definizione: complesso di servizi di natura socio-assistenziale e sanitaria, ma anche di animazione e socializzazione, erogati in regime diurno a persone non

	autosufficienti o a rischio di perdita autonomia.
Diffusione:	I dati sono frammentari. Nel 2006 è stata rilevata la presenza di 678 centri diurni per anziani (per circa 11.935 posti) e 1.162 centri diurni per disabili (per circa 21.257 posti).
Principali criticità:	<ul style="list-style-type: none"> - gravi carenze dei flussi informativi; - scarsa diffusione delle strutture idonee all'erogazione di tali prestazioni; - forti disomogeneità territoriali nella diffusione delle strutture; - mancanza di una definizione univoca di tale assistenza e dei soggetti beneficiari.

4. Gli strumenti di sostegno della domanda assistenziale

4.1. La qualificazione delle assistenti familiari

In Italia il ricorso alle assistenti familiari per la cura dei soggetti fragili della famiglia è cresciuto esponenzialmente a partire dalla fine degli anni Novanta (Gori, 2002; Socci et al., 2003). Questo fenomeno inizialmente si è sviluppato in maniera del tutto sconnessa dal sistema delle prestazioni pubbliche, ma col tempo ha ottenuto una maggiore attenzione anche da parte dei soggetti istituzionali (Costa, 2008; Pasquinelli, 2008.)¹⁶.

L'ultimo intervento del legislatore statale in merito è stato il processo di regolarizzazione previsto dalla legge 102/2009, che ha convertito il d.l. 78/2009 (il cosiddetto "decreto Anti Crisi"). Il decreto stabiliva la possibilità di sanare le posizioni d'irregolarità delle assistenti familiari che avessero lavorato in Italia almeno nel periodo tra il 1 aprile e il 30 giugno 2009, previo il pagamento di un importo forfetario di 500 euro per la copertura dei contributi previdenziali non corrisposti.

Nonostante questi tentativi di regolamentazione del settore da parte del soggetto pubblico, sono ancora principalmente le famiglie ad attivarsi per individuare le assistenti e a definire con loro gli accordi circa l'organizzazione e le modalità del lavoro di cura. Nella maggioranza dei casi, le assistenti familiari coabitano con la persona anziana e assicurano assistenza 24 ore su 24 (Lamura et al., 2006).

Stime precedenti all'ultima sanatoria suggerivano la presenza nel nostro Paese di circa 770.000 assistenti familiari (Pasquinelli e Rusmini, 2008), in prevalenza donne immigrate provenienti dall'Est Europa (in particolare Romania e Ucraina, ma anche Polonia, Albania e

¹⁶ Il livello nazionale di governo ha mosso i primi passi (se si escludono i precedenti decreti flusso volti a sanare le posizioni di irregolarità esistenti) con la legge 27 dicembre 2006 n° 296 di "istituzione del Fondo per le Politiche della Famiglia" che, all'art 1, comma 1251, lettera c, prevedeva il sostegno della sperimentazione di interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari (Costa, 2008). Se si analizzano inoltre i Piani di Zona del centro e nord Italia, si può osservare come quasi tutti gli ambiti sociali abbiano previsto interventi volti a valorizzare il ruolo del settore privato di cura (*ibidem*).

Moldavia), dall'America Latina (Equador e Perù) e dall'Asia (Filippine e Sri-Lanka) (Caritas/Migrantes, 2006). Una stima moderatamente cauta indicava che solo una badante su tre avesse un regolare contratto di lavoro, e che i soggetti in condizione di clandestinità fossero quasi il 43% (Pasquinelli e Rusmini, 2009).

In questo contesto, la regolarizzazione ha portato all'emersione di oltre 294 mila lavoratori domestici clandestini, ma di cui solamente 114 mila assistenti familiari; inoltre, non tutte le domande avranno esito positivo e i dati definitivi della sanatoria saranno disponibili solo nei prossimi mesi (Pasquinelli, 2009). Tale emersione sembra aver intaccato solo in parte l'alta incidenza del lavoro irregolare, che resta una delle principali criticità in questo ambito.

Le ragioni principali del fenomeno sono gli ostacoli di natura economica e normativo-istituzionale all'assunzione regolare di immigrati. I costi derivanti dall'assunzione regolare delle assistenti familiari sono ancora troppo elevati per le disponibilità economiche di molte famiglie, che di conseguenza preferiscono la via dell'irregolarità. Le assunzioni irregolari sono quindi incentivate dalla difficoltà di effettuare controlli presso il domicilio degli assistiti, e dalla mancanza di qualsiasi vincolo di rendicontazione per la principale prestazione assistenziale di cui dispongono oggi le persone non autosufficienti (l'indennità di accompagnamento, vedi *infra*).

Un secondo aspetto critico è rappresentato dall'inadeguata professionalità presente tra le assistenti familiari, che spesso sono prive di qualsiasi tipo di formazione specifica. Questa criticità è senz'altro connessa alla condizione di clandestinità in cui si trovano, che ne pregiudica le occasioni formative, ma è anche dovuta alla scarsa conoscenza della lingua italiana, che, di fatto, limita le occasioni formative accessibili dalle assistenti straniere. Numerose iniziative sono state avviate da parte delle amministrazioni regionali e locali in questo ambito (Gori e Pasquinelli, 2008; Pasquinelli e Rusmini, 2009), tuttavia, ancora oggi gli interventi di qualificazione delle assistenti familiari sono in prevalenza rivolti alle badanti in condizione di regolarità¹⁷.

Una terza criticità, di carattere più generale, è rappresentata dalle caratteristiche stesse del welfare italiano, da sempre maggiormente orientato verso l'offerta di prestazioni monetarie piuttosto che verso l'erogazione di servizi *in-kind*; tale caratteristica rende difficile realizzare un efficace mix tra cure formali e informali, con conseguente sovraccarico di quest'ultima componente. L'eccessivo carico posto sulle cure informali pregiudica, a sua volta, le possibilità delle donne italiane di partecipare attivamente al mercato del lavoro formale.

4.2. L'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile

Tra le tipologie di strumenti a diretta responsabilità statale, finalizzati al sostegno delle persone non autosufficienti, vi sono le prestazioni d'invalidità civile, consistenti in trasferimenti monetari di natura assistenziale a cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi e i sordomuti, in parte accessibili solo a coloro che percepiscono redditi personali di modesto importo.

¹⁷ L'IRS (2006) stimava che sul totale delle assistenti familiari il 40% era in condizione di irregolarità.

Tali requisiti reddituali non si applicano tuttavia all'indennità di accompagnamento, la più importante misura a sostegno della non autosufficienza esistente in Italia in termini di risorse pubbliche impiegate e numero di beneficiari (Lamura e Principi, 2009; Da Roit, 2006). Istituita nel 1980 con la legge 18, costituisce una prestazione di sostegno economico erogata dall'INPS a soggetti che non sono in grado di deambulare autonomamente e/o richiedono un'assistenza continua per svolgere gli atti della vita quotidiana. Il bisogno che è alla base della concessione, considerato estremo e quindi non graduato, viene valutato da parte di una commissione medica della Asl di competenza esclusivamente da un punto di vista funzionale¹⁸. La prestazione è, come detto, concessa indipendentemente dal reddito del beneficiario ed è impiegabile liberamente senza alcun vincolo di destinazione¹⁹.

L'ammontare della prestazione è attualmente pari a 472 euro mensili, erogati per 12 rate l'anno (pari a 5.664 euro annuali): nel 2008 la spesa complessiva a carico dell'INPS è stata di 8,2 miliardi di euro. Gli ultimi dati disponibili dell'INPS indicano che i fruitori dell'indennità di accompagnamento nello stesso anno sono stati circa 1.465.000, il 77,2% dei quali ultrasessantacinquenne (pari a 1.131.700 individui) (Lamura e Principi, 2009). Questo significa, in sostanza, che circa un decimo della popolazione anziana in Italia ha beneficiato di tale indennità. I tassi di utilizzo non sono uniformi sul territorio nazionale: una maggiore diffusione è riscontrata in Calabria (43 per mille abitanti), Campania, Sardegna (entrambe 40 per mille) e Umbria (39 per mille). All'opposto, i tassi di fruizione più bassi si registrano nelle Regioni del Nord: in Trentino Alto Adige il tasso è di 20 percettori per mille abitanti, in Valle d'Aosta è del 22 per mille abitanti e in Piemonte del 23 (*ibidem*).

Durante la ricerca sono state comprese nell'analisi anche le altre prestazioni d'invalidità civile previste in caso di età inferiore a 18 anni (indennità di frequenza), d'invalidità parziale (assegno mensile di assistenza) e d'invalidità totale (pensione di inabilità civile). Questi strumenti conoscono una diffusione non marginale all'interno del contesto italiano: le indennità di frequenza erogate dall'INPS nel 2008 sono state 66.742 con un importo medio di 265,41 euro. Le pensioni di invalidità civile per invalidi parziali e totali erogate nello stesso anno sono state 695.362, per un importo medio di circa 250 euro mensili ed una spesa complessiva di oltre 2 miliardi di euro (INPS, 2009).

Includere anche queste prestazioni è stato necessario sia per poter svolgere una analisi sul fenomeno della non autosufficienza nel suo complesso (e non limitatamente alla sola popolazione anziana, cui in via principale l'indennità di accompagnamento è erogata), sia perché nella maggior parte dei casi è prevista la possibilità di cumulo delle prestazioni.

Per quanto riguarda le criticità che caratterizzano oggi l'istituto dell'indennità di accompagnamento, si rileva, anzitutto, che le modalità di accertamento del bisogno spesso non sono

¹⁸ I requisiti previsti dalla legge sono i seguenti: a) essere disabile al 100% ed incapace di svolgere autonomamente gli atti della vita quotidiana tipici dell'età di riferimento, o di deambulare senza l'ausilio permanente di un accompagnatore; b) non essere ricoverato gratuitamente presso un istituto (INPS, 2008).

¹⁹ Simile libertà d'impiego caratterizza anche le pensioni di invalidità civile, che sono invece di importo variabile a seconda della tipologia e gravità della menomazione sofferta nonché del livello di reddito raggiunto.

precisamente definite dal legislatore, e che da questa carenza consegue una eccessiva discrezionalità in sede di accertamento. È probabilmente tale incertezza alla base delle ampie variazioni infra-regionali sovraesposte, che altrimenti non troverebbero giustificazione nella sola diversità del quadro epidemiologico. In alcune aree del Paese, infatti, sembra emergere ancora una cultura assistenzialistica che conduce ad una distorsione delle reali finalità di impiego dell'indennità d'accompagnamento, finendo per assimilare l'istituto ad una mera forma di sostegno del reddito (Micheli e Rosina, 2008, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008).

Un'ulteriore iniquità (di natura "verticale") deriva dalla mancata graduazione dell'indennità, che non tiene conto della diversità dei bisogni assistenziali. Questa caratteristica penalizza i soggetti che versano nelle condizioni più gravi, costretti ad affrontare i costi dell'assistenza a parità di risorse con chi, pur in condizione di non autosufficienza, ha minori necessità. Di natura "orizzontale" appare invece l'iniquità che colpisce chi diventa disabile totale al 100% solo dopo aver compiuto i 65 anni, in quanto non può cumulare l'indennità di accompagnamento con la pensione di inabilità civile, erogabile solo a chi sia divenuto disabile totale prima del 65° anno di età.

Infine l'indennità d'accompagnamento risulta del tutto scollegata rispetto alla rete dei servizi erogati localmente, sia per quanto concerne la sua concessione che il suo impiego. Come accennato, tale scollegamento, sommato alla mancanza di qualsiasi vincolo di rendicontazione circa il suo utilizzo, rappresenta di fatto un incentivo indiretto all'assunzione privata "in nero" di assistenti familiari a domicilio, e quindi uno stimolo a perpetrare l'irregolarità che caratterizza diffusamente il mercato privato dell'assistenza.

4.3. La ripartizione della spesa tra utenti e servizi

I costi dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti sono sostenuti dal Servizio sanitario, dagli utenti (e dalle rispettive famiglie) e dai Comuni di residenza; le modalità con le quali avviene tale ripartizione rappresentano una caratteristica fondamentale di un sistema di welfare. In Italia, la definizione della quota che in ultimo grava sull'assistito avviene attraverso due passaggi: a) il costo della prestazione è ripartito tra componente sanitaria e componente sociale; b) la quota sociale viene suddivisa quindi tra l'utente e il Comune di residenza (Pesaresi, 2008b).

Per quanto riguarda la suddivisione dei costi tra sanità e sociale, gli interventi normativi di riferimento sono costituiti dall'Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie del 2001 (D.P.C.M. del 14 febbraio 2001) e dal decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza, LEA (D.P.C.M. del 29 novembre 2001). Sono questi due decreti ad effettuare la distinzione tra:

- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, la cui erogazione ed il completo finanziamento è responsabilità delle Asl. In questa area rientrano ad esempio le prestazioni dei consultori e l'assistenza ai tossicodipendenti;
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, erogate dai Comuni che possono richiedere una compartecipazione al costo da parte dell'utenza. Appartengono a questo gruppo prestazioni quali l'assistenza economica agli indigenti e l'assistenza educativa per i disabili;
- *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*, erogate dalla Asl e finanziate dal fondo sanitario, quali ad esempio le prestazioni di ADI, residenziali e semiresidenziali rivolte alle persone non autosufficienti. Per questa tipologia di prestazioni possono essere previste quote di partecipazione ai costi da parte dell'utenza e/o dei comuni secondo quanto indicato nei suddetti decreti.

È nell'ambito di queste ultime prestazioni che oggi è particolarmente complesso analizzare la ripartizione del costo tra componente sociale e sanitaria. A seguito della riforma costituzionale (Legge Costituzionale 3 del 2001), alle Regioni è stata infatti riconosciuta l'autonomia a recepire l'impianto regolativo statale con o senza modificazioni, autonomia che ha portato a significative variazioni territoriali.

A complicare l'analisi della ripartizione dei costi tra utenti e servizi vi è inoltre il fatto che, a seconda della fase del percorso assistenziale (intensiva, estensiva o di lungo assistenza) nella quale l'utente si trova, devono essere applicate aliquote differenti. Generalmente la fase intensiva è a completo carico del Servizio Sanitario Nazionale²⁰.

È solo dopo aver stabilito l'entità della componente sociale dell'assistenza non finanziabile dal Fondo Sanitario, che avviene la suddivisione dei costi tra Comuni di residenza e assistiti. Tale ripartizione dovrebbe seguire criteri regionali che spesso non sono stati emanati (Pesaresi, 2008b), e pertanto in capo ai Comuni resta ampia autonomia. Anche in questo caso, la conseguenza dell'autonomia è un'ampia differenziazione tra le diverse realtà locali.

Dai dati disponibili si osserva che il 47,8% della spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti è sostenuta direttamente dagli assistiti e dalle loro famiglie. Il resto della spesa è ripartito fra i vari soggetti pubblici: lo Stato si fa carico del 26,4% della spesa (mediante l'erogazione della indennità di accompagnamento), le ASL del 18,6% e i comuni del 5,2% (*ibidem*). La gran parte della spesa è costituita dalle assistenti familiari e dall'assistenza residenziale.

Come accennato, tali generalizzazioni non devono nascondere le disomogeneità che esistono a livello regionale per quel che riguarda le prestazioni sociosanitarie e le relative spese a carico della sanità. Si può in ogni caso affermare che la spesa delle famiglie è molto elevata, soprattutto nell'ambito dell'assistenza residenziale, mentre il livello di spesa pubblica resta relativamente basso.

²⁰ Per una analisi più approfondita si veda il contributo di Pesaresi nel cap. 11 del volume.

Anche per quanto concerne la ripartizione dei costi sociali, esistono differenze territoriali nella ripartizione fra comune e assistito, e diffusi contenziosi relativamente all'applicazione dell'ISEE. Tali differenze si traducono inevitabilmente in disuguaglianze sostanziali nelle opportunità dei cittadini nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi.

Il quadro della spesa per l'assistenza ai disabili non autosufficienti non cambia molto rispetto alla situazione degli anziani, anche se in questo caso i costi per le prestazioni residenziali sono tradizionalmente più bassi. Il tema della ripartizione della spesa tra servizi e utenza assume particolare rilevanza nel caso di quelle persone disabili che, per oggettive condizioni di impedimento, nell'arco della propria esistenza sono state discriminate sistematicamente nello svolgimento di una attività lavorativa. La condizione di questi soggetti e delle loro famiglie di origine meriterebbe maggiore attenzione, essendo evidente la loro ulteriore situazione di svantaggio rispetto a coloro per i quali la condizione di non autosufficienza sia sopraggiunta solamente in età anziana, dopo la conclusione del proprio percorso professionale e dopo aver potuto produrre reddito e contribuzioni previdenziali durante questo periodo.

4.4. L'Indicatore della situazione economica equivalente

L'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee), introdotto con il decreto legislativo 109/1998, è lo strumento individuato a livello nazionale per regolare l'accesso alle prestazioni pubbliche e per calcolare il livello di compartecipazione dell'utenza ai costi. L'indicatore è applicato sia nel caso dei servizi erogati localmente (asili nido, servizi educativi per l'infanzia, mense scolastiche etc.), sia per l'assegnazione dei trasferimenti dal governo centrale (assegni alle famiglie con tre minori, assegni di maternità, *social card* etc.).

I tre pilastri su cui fonda lo strumento sono: 1) l'opzione a favore del reddito familiare anziché individuale; 2) l'inclusione nella valutazione delle condizioni economiche del patrimonio e del reddito da attività finanziarie; 3) la valutazione del numero dei componenti familiari (Toso, 2006). L'Isee è calcolato sommando un *indicatore della situazione reddituale* e un *indicatore di situazione patrimoniale* (valutato per una misura del 20%), e dividendo la somma ottenuta per valori previsti in una scala di equivalenza stabilita per legge. L'adozione della scala di equivalenza, ovvero di un insieme di coefficienti specifici per ciascuna tipologia familiare, consente il confronto tra i livelli di benessere economico di famiglie diverse non solo per reddito e patrimonio, ma anche per caratteristiche socio-demografiche (ad es. numero componenti, presenza di disabili o numero percettori di reddito).

L'applicazione dello strumento, teoricamente, dovrebbe costituire l'unico mezzo per valutare la condizione economica delle persone che richiedono l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, ma in realtà la sua diffusione ha attraversato fasi alterne. Dopo la sua introduzione nel 1998, il

decreto legislativo 130/2000 ha contribuito ad una sua parziale modifica²¹; ancora oggi, tuttavia, la definizione normativa dell'istituto non può dirsi completa. Mancano due dei decreti attuativi previsti dal d.l. n. 130/2000, tra i quali, in particolare, il D.P.C.M. che dovrebbe fissare i limiti dell'applicazione dell'Isee nel caso delle prestazioni di natura socio-sanitaria rivolte ai soggetti non autosufficienti.

Tale ritardo nella definizione normativa ha provocato, in alcune aree del Paese, una situazione di incertezza e conseguente immobilismo. Il ricorso all'Isee è oggi più frequente, ma è ancora diffuso il ricorso alle tradizionali tipologie di strumenti selettivi basati sul calcolo del reddito ai fini IRPEF. Questo ha determinato la coesistenza di strumenti e criteri di selettività per l'accesso alle prestazioni e per compartecipazione al costo a volte molto differenti tra loro.

La riforma del titolo V della Costituzione ha inoltre concesso alle regioni la facoltà di modificare la normativa regionale in merito; come conseguenza della svolta federalista, solo la metà delle regioni ha adottato l'Isee senza incertezze, mentre nelle altre ci sono state modificazioni più o meno importanti dello strumento (Pesaresi 2008b).

Tra gli aspetti critici in evidenza per quanto concerne l'applicazione dell'Isee, vi sono anzitutto quelli relativi alle definizioni di nucleo familiare. Non esiste un coerente indirizzo che orienti la scelta tra Isee individuale e familiare, né tantomeno, nel caso si opti per il riferimento al nucleo familiare, un chiaro indirizzo per determinarne le dimensioni rilevanti.

Inoltre, aspetti critici riguardano la valutazione della componente reddituale e di quella patrimoniale (immobiliare e mobiliare), nonché i criteri per procedere alla loro combinazione.

Box 3-Definizioni e criticità delle politiche di sostegno della domanda assistenziale

Qualificazione delle assistenti familiari:

- **Definizione:** interventi finalizzati a migliorare la qualità del lavoro di cura a domicilio.
- **Diffusione:** nel 2008 erano presenti circa 770 mila assistenti familiari in Italia, di cui 2/3 senza regolare contratto di lavoro. La recente sanatoria (l.102/2009) ha portato all'emersione di circa 114 mila assistenti familiari irregolari.
- **Principali criticità:**
 - alta incidenza del lavoro irregolare;
 - inadeguata professionalità degli operatori;
 - insufficiente riconoscimento del lavoro informale di cura;
 - insufficiente intensità dei servizi di cura pubblici complessivamente erogati.

²¹ L'impostazione iniziale dell'Isee era improntata ad una larga autonomia degli enti nella scelta dei criteri applicativi. È successivamente con il decreto legislativo 130/2000 che è stata sancita una definizione più rigida dello strumento di selettività (Izzi e Tangorra, 2000).

Indennità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile:

- **Definizione:** trasferimenti monetari di natura assistenziale sotto la diretta responsabilità statale, gestiti dall'INPS, a cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi e i sordomuti (in parte accessibili solo a coloro che percepiscono redditi personali modesti). Senza requisiti reddituali è invece l'indennità di accompagnamento, prestazione rivolta a sostegno delle persone che non sono in grado di deambulare autonomamente e/o richiedono un'assistenza continua.
- **Diffusione:** l'ammontare dell'indennità di accompagnamento è pari a 472 euro mensili per 12 rate l'anno (5.664 euro annuali). Nel 2008 circa un decimo della popolazione anziana riceveva l'indennità (9,5% degli over 65 anni). Le indennità di frequenza erogate dall'INPS nel 2008 sono state 66.742 mentre le pensioni di invalidità civile per invalidi parziali e totali ammontavano a 695.362.
- **Principali criticità:**
 - criticità relative all'indennità di accompagnamento:
 - modalità di accertamento del bisogno non chiaramente definite;
 - disomogenea diffusione dello strumento tra le regioni che non trova spiegazione nelle caratteristiche epidemiologiche delle popolazioni residenti;
 - iniquità derivanti dalla mancata graduazione dell'indennità;
 - Criticità di "sistema":
 - iniquità nel trattamento di situazioni assistenziali omogenee ma originatesi in maniera differente (ad es. la differenza nell'importo dei trasferimenti assistenziali tra chi diventa invalido totale dopo i 65 anni, e non può cumulare indennità di accompagnamento e pensione di inabilità civile, e chi diventa disabile prima del 65° anno di età);
 - mancanza di collegamento con la rete dei servizi erogati localmente;
 - assenza di qualsiasi forma di rendicontazione delle prestazioni, che di fatto incentiva l'assunzione "in nero" di assistenti familiari a domicilio.

La ripartizione dei costi della cura

- **Definizione:** i costi per l'assistenza alle persone non autosufficienti sono ripartiti tra Sanità, Sociale, utenti e famiglie. Le modalità attraverso le quali tali quote vengono ripartite rappresenta una caratteristica fondamentale del sistema di welfare.
- **Principali criticità:**
 - spesa familiare molto elevata;
 - basso livello della spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria;
 - disomogeneità infraregionali per quel che riguarda le spese a carico della sanità;

- quota sociale ripartita in modo assai differenziato fra il comune e l'assistito con l'ausilio di uno strumento avanzato – l'Isee – che propone aspetti problematici di politica redistributiva.

L'indicatore di situazione economica equivalente (Isee)

- Definizione: strumento di valutazione della condizione economica dei beneficiari delle politiche di welfare.
- Principali criticità:
 - coesistenza dell'Isee con forme tradizionali di selettività basate sul calcolo del reddito individuale ai fini IRPEF;
 - differenze territoriali nella applicazione pratica dello strumento (Isee nazionali Vs. regionali);
 - numerosi contenziosi riguardo la scelta di considerare l'Isee individuale o familiare;
 - perplessità circa le modalità di valutazione della componente reddituale e patrimoniale e circa i criteri della loro combinazione.

5. Le politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato con finalità di cura

Nell'area delle politiche pubbliche d'incentivo del risparmio privato con finalità di cura possono essere comprese le iniziative a sostegno della sottoscrizione di assicurazioni per la *Long-term care* (Ltc). Questa tipologia di assicurazioni integrative sono polizze sottoscritte spontaneamente da chi intende garantirsi assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita dell'autosufficienza.

La logica che sottende questo strumento è che il risparmio assicurativo risulta più efficace dell'accumulo individuale, poiché il *pooling* dei rischi consente una redistribuzione ex post delle risorse tra chi avrà effettivamente bisogno di assistenza e chi no (Rebba, 2006).

Le polizze Ltc, pertanto, si rivolgono a persone che si trovano già in condizioni di bisogno (c.d. *Point of need* o *Immediate care plans*), ma in via primaria a persone in salute che intendono tutelarsi nei confronti dei rischi futuri (in questo caso si parla di *Pre-funded plans*)²².

Esistono due tipologie principali di assicurazioni, riconducibili al "ramo vita" e al "ramo malattia". Le polizze del ramo vita funzionano di norma secondo capitalizzazione, con premi calcolati per la durata contrattuale secondo formule specifiche, basate su alcuni parametri di rischio individuale (età, sesso, malattie pregresse etc.). L'obiettivo dello strumento è raggiungere un equilibrio attuariale di lungo periodo tra i premi versati e le prestazioni erogate. Nel ramo malattia, diversamente, tale equilibrio si realizza su base annua, prevedendo la creazione di riserve tecniche finalizzate a consentire il pagamento delle spese Ltc per la durata attesa di vita degli assicurati. In questo caso, l'equilibrio si realizza nella mutualità fra i vari assicurati, a prescindere dal fattore temporale.

²² Nella ricerca, l'analisi si concentrerà esclusivamente sugli strumenti assicurativi di tipo "pre-funded plan" e non verranno considerate le polizze di tipo "point of need".

Le polizze possono essere sottoscritte individualmente o in forma collettiva dai datori di lavoro, come prodotti autonomi o abbinati a contratti di previdenza integrativa o anche ad assicurazioni sulla vita²³.

Le prestazioni garantite dalle polizze possono consistere in: a) indennità in denaro, erogata sotto forma di rendita o come capitale in una unica soluzione, b) rimborso delle spese certificate, sostenute per far fronte alla non autosufficienza, c) assistenza diretta presso centri convenzionati.

Il mercato assicurativo Ltc italiano è relativamente giovane se confrontato al contesto europeo, ma i dati evidenziano il progressivo sviluppo di un settore di fatto nato nel 1997. Ania, l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (2009), stima che il monte premi raccolto in Italia nel 2008 è stato di circa 50 milioni di euro, contro i 350 milioni in Francia e i 330 milioni in Germania. Le polizze sottoscritte individualmente ammonterebbero a circa 15.000, mentre la maggioranza dei contratti fa riferimento a coperture collettive (oltre 300 mila coperture legate ai contratti integrativi di lavoro, e un potenziale di circa 1 milione di coperture Ltc garantite da diversi Fondi pensione).

Il Ministero del Welfare, che già nel precedente libro Bianco sul futuro del modello sociale aveva indicato come prioritario il rafforzamento dell'assistenza integrativa in affiancamento dell'assistenza "tradizionale", è recentemente intervenuto nell'ambito dei Fondi Integrativi della Sanità, con il decreto del 8 novembre 2009, che contiene due disposizioni miranti a regolamentare le assicurazioni integrative in Italia. La prima concerne la costituzione di una "Anagrafe" dei Fondi integrativi (e di Casse, enti, società di mutuo soccorso), alla quale dovranno iscriversi obbligatoriamente i soggetti del settore. La seconda disposizione riguarda l'obbligo in capo ai Fondi integrativi di vincolare almeno il 20% di tutte le risorse, pena la sospensione delle agevolazioni fiscali disponibili, per quattro precise tipologie di prestazioni assistenziali: l'assistenza odontoiatrica, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale per i non autosufficienti, le prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia e infortunio.

Nonostante il crescente interesse verso questi strumenti, permangono importanti ostacoli alla loro estensione, in parte connessi alle caratteristiche tipiche degli strumenti assicurativi ed in parte a dovute ai vincoli specifici del contesto italiano.

Tra le criticità riconducibili alle caratteristiche dello strumento si rilevano, innanzitutto, problemi di efficienza dovuti alla difficoltà di prevedere le probabilità di verificarsi della non autosufficienza (il c.d. *longevity risk*), la relativa durata e l'entità di quella che sarà l'assistenza richiesta.

In secondo luogo, nel caso delle assicurazioni Ltc sono particolarmente avvertiti i due rischi tipici delle relazioni contrattuali, ovvero quello della selezione avversa, tale per cui le persone che richiedono il prodotto sono proprio gli individui con un profilo ad alto rischio, e quello dell'azzardo morale, per effetto del quale una volta stipulato il contratto le persone sono incentivate a formulare una domanda di servizi che altrimenti non si sarebbe manifestata. Come conseguenza, per meglio tutelarsi gli istituti assicurativi tendono a richiedere premi piuttosto elevati e a offrire prestazioni quasi esclusivamente sotto forma di indennità fisse.

²³ Per una tassonomia maggiormente dettagliata si rimanda al successivo contributo di Rebba (cap. 14).

Sotto il profilo dell'equità, inoltre, questi strumenti sollevano alcune perplessità. Sono sostanzialmente esclusi dalla platea dei potenziali beneficiari coloro che si trovano già in condizione di non autosufficienza e appare evidente lo svantaggio della popolazione con più basso reddito nel sostenere il costo dei premi assicurativi. Le donne, inoltre, seguendo la logica attuariale, sono soggette al pagamento di premi più elevati a causa della maggiore aspettativa di vita.

Tra le criticità specifiche del contesto italiano, invece, vi è l'incertezza tra i cittadini circa l'entità e le caratteristiche dell'intervento pubblico nel campo della non autosufficienza, che di fatto impedisce a potenziali beneficiari di effettuare una accurata e realistica valutazione costi-benefici prima della sottoscrizione delle polizze. L'incertezza è ampliata dalla presenza di differenti criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza, che variano a seconda del soggetto istituzionale che riceve la richiesta di accesso alle prestazioni pubbliche (es. INPS, INAIL, Asl).

Infine, vanno menzionate la carenza nel nostro Paese delle basi informative che potrebbero essere impiegate per le stime dei rischi e la mancanza di una normativa organica di settore che fornisca criteri uniformi circa le condizioni di copertura offerte²⁴.

Box. 4- Definizione e criticità delle politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato

Le assicurazioni Ltc integrative

- **Definizione:** sono polizze sottoscritte a livello individuale da persone che intendono garantirsi assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita dell'autosufficienza derivante da evento casuale (infortunio o malattia), o dal decadimento delle funzionalità personali determinato dal processo di invecchiamento.
- **Diffusione** l'ANIA stima che i premi raccolti nel 2008 sia di circa 50 milioni di euro. Le polizze individuali ammonterebbero a circa 15.000, inoltre si stimano oltre 300 mila coperture legate ai contratti integrativi di lavoro, e un potenziale di circa 1 milione di coperture Ltc garantite da diversi Fondi pensione.
- **Principali criticità:**
 - problemi di efficienza, connessi in particolare a meccanismi di selezione avversa e azzardo morale;
 - problemi di equità (in particolare risultano svantaggiati i gruppi sociali con basso reddito e le donne, i cui premi sono più elevati come risposta ad una superiore aspettativa di vita);
 - mercato ridotto nel quale permangono incertezze sullo schema pubblico di base, che di fatto impediscono ai potenziali beneficiari una realistica valutazione costi-benefici circa la stipula dell'assicurazione;
 - carenza delle basi informative per la stima dei rischi;
 - mancanza di una normativa organica di settore;

²⁴ Il primo riferimento normativo alle polizze Ltc è contenuto nel Decreto del Ministro delle Finanze del 22 dicembre 2000 (Assicurazioni per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana), che definisce gli elementi che devono caratterizzare tali polizze al fine di godere della detrazione fiscale del 19% dei premi.

Riferimenti bibliografici

- Ambrosini M. (2007) *Una persona di famiglia? Oltre la privatizzazione dei rapporti di lavoro*, in “Qualificare” n.8, www.qualificare.info
- Ania (2009), *L'assicurazione italiana 2008/2009*, disponibile sul sito www.ania.it
- Baldini M., Gori C., Mazzaferro C., Morciano M. (2008), *Costi e argomenti*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.
- Bellentani M. (2008), *L'integrazione socio-sanitaria ed il Punto unico di accesso*. Presentazione a Forum P.A., Roma, 13 maggio.
- Bellentani M., Simonetti R., Guglielmi E. (2009), *Il Punto unico di accesso: scelte regionali*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 12/2009.
- Brizioli E., Trabucchi M. (2009), *Gestire le strutture residenziali nel 2020*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza), (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- Caritas/Migrantes (2006), *Gli infermieri immigrati nella sanità italiana: un ulteriore apporto dopo l'assistenza nelle famiglie*. Paper presentato alla Consensus-Conference della Società Italiana della Medicina delle Migrazioni, Palermo, 28 Aprile.
- Cittadinanzattiva (2006), *Rapporto sull'Assistenza Domiciliare Integrata*. Prima edizione 2005-2006, Roma.
- Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato (2009), *Il Rapporto sull'Assistenza domiciliare integrata* <http://www.cittadinanzattiva.it/salute-home/3012-assistenza-domiciliare-integrata.html>.
- Devastato G. (2008), *Le funzioni del welfare dell'accesso*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2008.
- Costa G. (2008), *Regolazione del mercato privato di cura e forme di “cinismo istituzionale”*, in “Qualificare” n. 12, www.qualificare.info
- Giannakouris K. (2008), *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Statistics in focus, 72, Eurostat.
- Gori, C. (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Roma, Carocci.
- Gori C. (2006), *Introduzione*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 13-42.
- Gori C. (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.
- Gori C., Casanova G. (2009), *I servizi domiciliari*, in “Network per la Non Autosufficienza”, (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- Gori C., Lamura G. (2009), *Lo scenario complessivo*, in “Network per la Non Autosufficienza”, (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

- Gori C., Pasquinelli S. (2008), *Gli assegni di cura*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.
- Huber M., Rodrigues R., Hoffmann F., Marin B., Gasion K. (2009), *Facts and Figures on Long-term Care. Europe and North America*. European Center for Social Welfare Policy and Research.
- INPS (2008), *I diritti delle persone con disabilità*, Roma, Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.
- INPS (2009), *Osservatorio sulle pensioni – Prestazioni agli invalidi civili*, Roma, 2009 <http://servizi.inps.it/banchedatiSTATistiche/vig9/index.jsp>.
- ISTAT (2006), *L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto – Anno 2003*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/dati/dataset/20060301_01/
- ISTAT (2008a), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/dati/dataset/20080131_00/
- ISTAT (2008b), *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – Anno 2005*, Roma: Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080626_00/
- ISTAT (2008c), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – Anno 2005*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. http://www.ISTAT.it/dati/dataset/20081028_00/
- ISTAT (2009a), *Disabilitaincifre*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica. <http://www.disabilitaincifre.it>
- ISTAT (2009b) *Struttura per età della popolazione al 1° gennaio – anni 2006-2009 (valori percentuali)*, <http://www.demo.ISTAT.it>
- Izzi, L., Tangorra, (2000), *La riforma dell'Ise: uno strumento al servizio dei cittadini*, in Assistenza Sociale, n.2/3, Roma, Ediesse.
- Katz S.C., Ford A.B., Moskowitz R.W. (1963), *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*, JAMA, pp. 185:914-9.
- Laing W. (1993), *Financing Long-term Care: the crucial debate*, Age concern England, London.
- Lamura G., Polverini F., Melchiorre M.G. (2006), *Migrant care workers in long-term care: lessons from the Italian case*. Paper presented at the international conference “*The future for employment in social care in Europe*”, Helsinki, 2 October 2006 (retrieved on April 22, 2008 from http://www.eurofound.europa.eu/docs/events/confhelsinki2006/GLamura_pres.pdf).
- Lamura G., Principi A. (2009), *I trasferimenti monetari*, in N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza), (a cura di), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- Lawton M.P., Brody E.M. (1969), *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*, Gerontologist 9, pp. 179-186.
- Le Corre P. (2008), *Long term care insurance: French and international perspectives*, paper presentato alla 5° Conferenza della Geneva Association Health & Ageing “*Long Term Care - Risk Profiles, Determinants and Financing*”, 6-7 Novembre, Londra
- Micheli G.A. e Rosina A. (2008), *Venticinque anni di indennità di accompagnamento in Italia: bilancio demografico e linee di tendenza*, in Ranci C. (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci.

- Ministero della Sanità (1998), *Linee Guida Ministeriali per la riabilitazione*, Roma, Ministero della Sanità.
- Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (2006), *Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e dell’assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (2007), *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (2008), *Attività economiche e gestionali delle Asl e Aziende Ospedaliere – anno 2006*, Roma, Ministero della Salute.
- Ministero per lo sviluppo economico (2009), *Obiettivi Servizio – Quadro Strategico Nazionale. Aggiornamento indicatori*, Roma, Febbraio.
- OCSE (2005), *Long-Term Care Policies for Older People*, Parigi: Ocse.
- Pasquinelli S. (2008), *Badante e clandestina*, in www.lavoce.info, giugno.
- Pasquinelli S. (2009) *Badanti: dopo la sanatoria*, in www.qualificare.info, ottobre.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.org, area download
- Pasquinelli S., Rusmini G. (2009), *I sostegni al lavoro privato di cura*, in Network per la Non Autosufficienza, (a cura di), *L’assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- Pesaresi F. (2006), *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*. Bologna, Il Mulino, pp. 13-42.
- Pesaresi F. (2007), *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 15/2007.
- Pesaresi F. (2008a), *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 18/2008.
- Pesaresi F. (2008b), *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci .
- Pesaresi F., Brizioli E. (2009), *I servizi residenziali*, in “Network per la Non Autosufficienza”, (a cura di), *L’assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Pesaresi F., Gori C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, Tendenze Nuove, n.4-5.
- Rebba V. (2006), *Il ruolo dell’assicurazione volontaria*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*. Bologna, Il Mulino, pp. 13-42.
- Socci M., Melchiorre M.G., Quattrini S., Lamura G. (2003), *Elderly care provided by foreign immigrants: lessons from the Italian case*, “Generation Review”, Vol.13, No. 4., pp. 9-13
- Toso S. (2006), *L’Ise alla prova dei fatti: uno strumento irrinunciabile ma da riformare*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, n. 3, pp. 261-275.