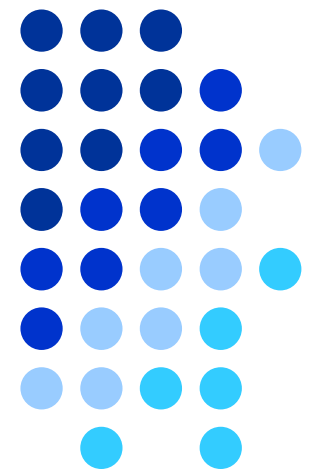




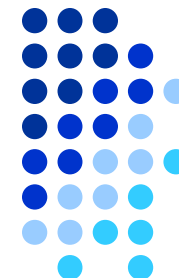
Macro fase 1

LE RISORSE PROFESSIONALI ED I PROCESSI ORGANIZZATIVI PER LA NUOVA RETE DI TUTELA DELLE PERSONE ANZIANE





INDICE DEGLI ARGOMENTI (1)



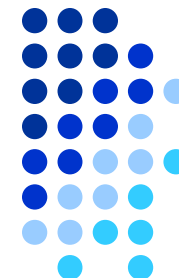
Premessa

Una lettura sistematica della fenomenologia dell'invecchiamento e delle risposte Assistenziali

- *La rivoluzione occulta nell'assistenza agli anziani: le aiutanti domiciliari*
- *La focalizzazione del processo assistenziale: una opportunità in evoluzione – una devianza socio-familiare?*
- *La nuova legislazione sull'immigrazione, l'effetto regolarizzazione e le permanenti contraddizioni*
- *Considerazioni metodologiche per una stima del numero e del fabbisogno delle Assistenti familiari*
- *L'evento scatenante: invecchiamento e crescita della domanda assistenziale*
- *La non autosufficienza in Italia – Ricerca ISTAT 2003 (i nodi cruciali)*
- *La non autosufficienza in Italia – Ricerca ISTAT 2003 (le questioni da affrontare)*
- *L'anziano fragile e le sue inedite problematiche: i dati strutturali (Ricerca PROMTO)*
- *Le emergenze sul piano assistenziale (Ricerca PROMTO)*
- *Una nuova strategia globale di intervento (Ricerca PROMTO)*



INDICE ARGOMENTI (2)



Un quadro conoscitivo complesso

- *Il Progetto PROCARE (Providing integrated health and social care for older persons)*
- *L'indagine Cergas-Bocconi sulla rete territoriale dei servizi in Italia*
- *La ricerca dell'ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali) sui servizi domiciliari*
- *Dal Rapporto CENSIS 2004*
- *Il documento del CNEL*
- *L'anziano fragile e le sue inedite problematiche (estratto dal Progetto PROMTO)*
- *Indagine Censis-Salute La Repubblica*
- *L'anziano e la rete sociale*

I punti-chiave della riflessione strategica ed il contributo di ASPASIA

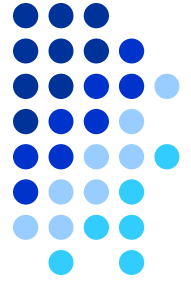
Ricerca e documentazione per l'orientamento operativo

- *Le mappe dell'invecchiamento*
- *La presenza territoriale delle assistenti familiari*
- *L'opinione degli interlocutori istituzionali*
- *Struttura e metodologia dell'intervista*

Bibliografia per argomento



PREMESSA (1)



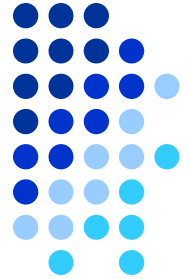
“Il fenomeno della rettangolarizzazione della curva di sopravvivenza media non si accompagna ad una compressione del periodo di vita in stato di dipendenza: all’aumento della durata di vita corrisponde un aumento proporzionale, forse superiore, del numero di anziani non autosufficienti”;

Questa analisi è apparsa nel Piano Sanitario Nazionale del 1994 e si propone a tutt’oggi in tutta la sua drammatica contraddizione:

- L’allungamento della vita media si accompagna all’incremento di anziani problematici
- Tale scenario ha determinato la ricerca di piani organizzativi capaci di offrire risposte esaustive ed adeguate, inseguendo le trasformazioni evolutive dei bisogni che caratterizzano la popolazione anziana
- Si è progressivamente evidenziata la mancanza di un Osservatorio permanente mirato ad anticipare le trasformazioni in atto



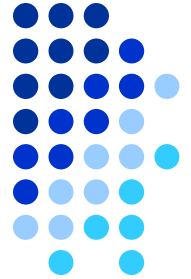
PREMESSA (2)



- L'esplosione della domanda assistenziale, in particolare quando caratterizzata da limitati problemi sanitari, ha potuto essere fronteggiata (dalle famiglie) per l'inserimento delle "badanti a domicilio"
- La condizione di fragilità, ad alto rischio di scompenso, di una parte cospicua della popolazione anziana, ha aperto una partita che si gioca fra adeguatezza delle cure e rispetto della qualità della vita
- Si rende pertanto evidente come solo un approccio globale e integrato, Total Quality Assurance, può sostenere la possibilità di aggredire quegli stati morbosi complessi, dove la non autosufficienza coincide con la caduta della qualità della vita
- In termini di strategia generale di intervento vanno tenuti presente i risultati di uno studio di comparazione fra cure riabilitative domiciliari ed extradomiciliari in gruppo: i pazienti trattati fuori casa ed in gruppo hanno ottenuto i risultati migliori sia nel recupero funzionale ed anche dello stato psico-affettivo



UNA LETTURA SISTEMATICA DELLA FENOMENOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO E DELLE RISPOSTE ASSISTENZIALI (1)



La rivoluzione occulta nell'assistenza agli anziani: le aiutanti domiciliari (A.Castegnaro – STUDI ZANCAN)

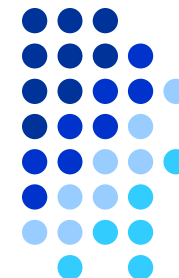
- Un caso di cecità sociale
- Collaboratrici domestiche, badanti, aiutanti domiciliari
- Un'immigrazione di passaggio
- Una condizione di tipo servile
- Un effetto della cultura della domiciliarità
- La legislazione di sanatoria e le condizioni per la valorizzazione delle aiutanti domiciliari

Focalizzazione del processo assistenziale: una opportunità in evoluzione – una devianza socio-familiare?

- Tipologia delle risposte
- Caratteristiche dell'attività assistenziale
- I limiti e le devianze



UNA LETTURA SISTEMATICA DELLA FENOMENOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO E DELLE RISPOSTE ASSISTENZIALI (2)



La nuova legislazione sull'immigrazione, l'effetto regolarizzazione e le permanenti contraddizioni

- La regolarizzazione del rapporto di lavoro: un processo parziale e contraddittorio
- Flussi, riflussi e competizione di un mercato particolare
- Un quadro normativo ed istituzionale complesso
- L'entrata in campo dei Comuni e delle Regioni
- Il Progetto di ITALIA LAVORO
- La sperimentazione di ASPASIA



UNA LETTURA SISTEMATICA DELLA FENOMENOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO E DELLE RISPOSTE ASSISTENZIALI (2)



Considerazioni metodologiche per una stima del numero e del fabbisogno di Assistenti Familiari

- Le esperienze di ricerca nelle Regioni italiane: Osservatorio Socio-religioso del Triveneto, Emilia Romagna, Lazio...
- Comparazione e diversità tra Nord e Sud

L'evento scatenante: invecchiamento e crescita della domanda assistenziale

- l'evoluzione demografica
- l'incremento della non autosufficienza

La non autosufficienza in Italia – Ricerca ISTAT 2003 (i nodi cruciali)

- Cosa intendiamo per non “autosufficienza”
- Dimensione del fenomeno e tipo, livello di limitazioni riportate
- Profilo demografico dei non-autosufficienti (la loro età, il sesso)
- Come stanno (stato di salute, malattie)
- Come vivono (famiglia, risorse)
- L'aiuto (da chi proviene, in quali forme)



UNA LETTURA SISTEMATICA DELLA FENOMENOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO E DELLE RISPOSTE ASSISTENZIALI (3)



La non autosufficienza in Italia – Ricerca ISTAT 2003 (le questioni da affrontare)

- Una popolazione di 2,6 milioni di persone disabili
- 4,5 milioni di persone con serie difficoltà
- 1 milione e 153 mila persone in condizioni di sconfinamento
- Scarsa presenza e utilizzo dei servizi pubblici
- Bassi livelli di protezione sociale per i disabili rispetto agli altri paesi avanzati
- La famiglia resta la piramide degli aiuti

L'anziano fragile e le sue inedite problematiche: dati strutturali

- L'incidenza di anziani che occupano posti letto in ospedale è superiore al 50 %
- Oltre il 50 % degli anziani ricoverati manifesta SCA (Sindrome Confusionale Acuta)
- Oltre il 30 % degli anziani è dimesso dopo ricovero ospedaliero con diagnosi aperta
- Oltre il 60 % degli anziani che richiedono servizi non ha priorità riabilitative, né è effetto da demenza, ma non gode di servizi mirati
- La conseguenza è l'elevato rischio di decadimento globale ed istituzionalizzazione totale con evidenti sperequazioni sociali e rilevanti costi finanziari



UNA LETTURA SISTEMATICA DELLA FENOMENOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO E DELLE RISPOSTE ASSISTENZIALI (4)



Le emergenze sul piano assistenziale

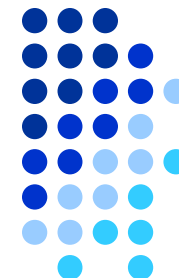
- Fra l'anziano da riabilitare (che incide per circa il 20-25 %) e quello affetto da demenza (che incide per il 4-8 %) è palese un consistente strato di popolazione anziana, che non trova servizi socio-sanitari adeguati
- Questo preponderante gruppo di anziani è caratterizzato da uno stato polipatologico, in trattamento polifarmacologico (oltre 8 farmaci al giorno), complicato da depressione, con elevate complicità psico-affettive socio-familiari)
- Questa tipologia di anziani risulta di fatto latente agli schemi clinici di riferimento, affolla servizi di ogni tipo, è a rischio di ricoveri impropri, fino a concludere il suo peregrinare in Case di Riposo e/o in RSA
- Si tratta del target di anziano che ha innescato la domanda di assistenza che, in assenza di congrue risposte pubbliche, le famiglie hanno autonomamente affrontato ricorrendo alle "badanti"

Una nuova strategia globale di intervento

- L'accelerazione dell'integrazione fra Sanità e Politiche sociali
- Aumento dei servizi multidisciplinari decentrati, interposti tra Ospedale, Domicilio ed Istituzioni totalizzanti
- Strutture specialistiche d'eccellenza per l'emergenza, limitate e collocate in aree strategiche nell'ambito di una rigorosa programmazione ed osservazione epidemiologica



UN QUADRO CONOSCITIVO COMPLESSO (1)



Il Progetto PROCARE (Providing integrated health and social care for older persons)

- I vari approcci all'integrazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali in Europa: 18 modelli in 9 Paesi
- Le lezioni
- I temi sull'agenda
- Gli strumenti per realizzare l'integrazione e il coordinamento
- Alcuni modelli di buona prassi

L'indagine Cergas-Bocconi sulla rete territoriale dei servizi in Italia

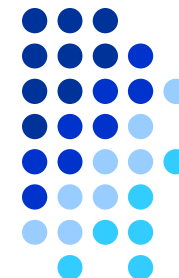
- Integrazione ancora lontana per l'assistenza
- Coop e no profit in prima linea
- Il modello? E' la medicina in rete dei MMG

Dal Rapporto CENSIS 2004

- Senza la tradizionale rete di protezione della famiglia "il disastro sarebbe totale"
- Tutto il peso, anche economico, ricade su coniuge (29,4 % dei casi) e figli (40,8 %)
- Il ricorso alle badanti è calcolato per il 18,6 % dei casi (!)
- Nel 2002 gli anziani trattati in assistenza domiciliare integrata sono stati poco più di 260 mila (pari a circa il 2,5 % della popolazione con più di 65 anni)
- Nello stesso anno gli anziani assistiti nella Case di riposo e/o RSA sono stati circa 172 mila, meno del 2 % degli over 65
- E' al Sud che il problema esplose: secondo il Censis è proprio nel Mezzogiorno (50,1 % contro il 45,1 % del resto d'Italia) che le famiglie ricorrono prevalentemente alla badante
- La sfida ineludibile della Long Term Care: la non autosufficienza e la conseguente domanda di assistenza a lungo termine, sarà "l'emergenza socio-sanitaria dei prossimi decenni"



UN QUADRO CONOSCITIVO COMPLESSO (2)



Il Documento CNEL sulla Tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata

- Aspetti demografici
- Gli interventi in Italia per gli anziani non autosufficienti
- La determinazione della spesa sanitaria e della spesa assistenziale
- La destinazione della spesa integrata
- La quantificazione della spesa nel suo complesso
- I servizi socio-assistenziali nei Comuni italiani
- Le politiche e gli interventi di sostegno alla disabilità nell'Unione Europea
- Proposte conclusive

La Ricerca dell'ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali)

- Il 75 % degli anziani non autosufficienti è gestito dai figli
- Solo il 2,50 % usufruisce dell'ADI
- Esiste un'estrema eterogeneità dei costi, a livello territoriale-regionale, per quanto riguarda ADI e strutture residenziali e semi-residenziali



UN QUADRO CONOSCITIVO COMPLESSO (3)



L'anziano fragile e le sue inedite problematiche (estratto dal Progetto PROMTO)

- “...gli eventi morbosi si presentano nella popolazione anziana con un quadro patologico complesso, accompagnato da una sintomatologia articolata e sfuggente, ad alto rischio di sottostima nella valutazione clinica e per ingravescenza, fino al decadimento globale irreversibile; tuttavia è stato osservato che l'anziano, prima di arrivare al determinarsi il quadro di irreversibilità, avverte lo stato di fragilità e di rischio, che manifesta con continue richieste soprattutto di prestazioni sanitarie, diagnostico-specialistiche, con sovraccarico delle liste di attesa negli ambulatori e servizi territoriali, fino al ricovero ospedaliero”
- “...l'analisi propone l'evidenza di uno stato di particolare fragilità dell'anziano, comunque patologico, che non trova accoglienza e risposte adeguate, nei servizi territoriali, anche dedicati, poiché focalizzati sulla riabilitazione fisiatrica e nell'assistenza”
- “...Nell'anziano fragile interagiscono alterazioni funzionali, più spesso correlabili a disabitudini ed incongruenze nello stile di vita: l'insonnia fra patologie e autoprescrizioni farmacologiche, i dismetabolismi fra eccessi e carenze metaboliche, la multiterapia ed i problemi di polifarmacologica, i problemi socio-familiari e le psicopatologie; queste concorrono nel determinare stati patologici inizialmente subacuti, tendenzialmente sottostimati anche dall'interessato, che diventano polipatologici, quindi complessi, fino ad evolvere in quel marasma neuro-psichico, meglio conosciuto come non autosufficienza grave”
- “In questo quadro si evidenzia l'importanza di superare schemi organizzativi e percorsi di riordino, a fronte della necessità a tutto campo, mirando a correggere i fattori di rischio dell'anziano fragile, attraverso un modello operativo sostenuto da un'equipe multidisciplinare, finalizzata a determinare le priorità eziopatologiche, per apporre gli indirizzi terapeutici adeguati”

L'anziano e la rete sociale

- Le reti spontanee: familiari, amicali, del dono, dei servizi privati di supporto
- L'alleanza strategica tra Cooperazione sociale e Volontariato



I PUNTI-CHIAVE DELLA RIFLESSIONE STRATEGICA ED IL CONTRIBUTO DI ASPASIA



- **L'insostenibile carico assistenziale sulla famiglia**
- **Oltre il modello custodiale (“Casa di riposo”, “Badante”)**
- **La carenza di specifici interventi assistenziali per il “target” dell’anziano fragile**
- **Le divaricazioni Nord-Sud**
- **La differenziazione socio-professionale delle assistenti familiari**
- **La specializzazione funzionale delle Cooperative sociali per una efficace risposta ai “quattro gruppi” di anziani fragili**
- **Il passaggio cruciale della “presa in carico”**
- **L’interfacciamento con il sistema socio-sanitario attraverso gli Osservatori epidemiologici e l’ Equipe multidisciplinare**
- **Il sistema di finanziamento dei servizi per la Long Term Care: far crescere la consapevolezza e la sperimentazione sul tema**



RICERCA E DOCUMENTAZIONE PER L'ORIENTAMENTO OPERATIVO



- **Le mappe dell'invecchiamento**
- **La presenza territoriale delle assistenti familiari**
- **L'opinione degli interlocutori istituzionali**
- **Struttura e metodologia dell'intervista**



BIBLIOGRAFIA PER ARGOMENTO



- **Fenomenologia delle Assistenti familiari**
- **Sull'anziano fragile**
- **Sull'integrazione socio-sanitaria**
- **Rete territoriale dei servizi e Terzo settore**
- **Enti Locali e politiche per l'anziano**



ASSISTENTI FAMILIARI, LAVORO DI CURA E RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI

Macrofase 1

SINTESI DEL RAPPORTO

A CURA DI



INIZIATIVA COMUNITARIA EQUAL- AZIONE 2 – ASPASIA cod. IT-S2-MDL-001

Responsabile Macrofase 1: Associazione Aequinet

Piazza de Gasperi, 32 35131 – Padova

Te. 049/8364140 – Fax: 049/8780308 / e-mail: info@aequinet.it - www.aequinet.it

*Crisi dello Stato sociale: il dibattito contemporaneo si è eccessivamente concentrato sullo **stato**. Se è effettivamente in corso, la vera crisi riguarda piuttosto l'**interazione** tra i diversi elementi che formano, insieme, i "regimi" di welfare contemporanei: i **mercati del lavoro**, la **famiglia** e, come terzo partner, lo **stato sociale**. E' importante non dimenticare che la somma totale del benessere sociale è funzione del modo in cui gli input di queste tre istituzioni vengono combinati tra di loro.*

*Alla base.....sta la mia ipotesi chiave, e cioè che l'economia della famiglia sia l'**alfa** e l'**omega** di ogni soluzione dei principali dilemmi postindustriali, forse il "fondamento sociale" in assoluto più importante delle economie postindustriali.*

G. E. Andersen - I fondamenti sociali delle economie industriali

§

*Una delle principali sfide sembra pertanto essere rappresentata dalla costruzione di un sistema di **governance territoriale** che non sottovaluti gli attori tradizionali, ma che sia volto alla integrazione di rappresentanti di interessi che generalmente non trovano espressione.*

B. Da Roit, C. Castegnaro – Chi cura gli anziani non autosufficienti?

§

*A fronte di processi straordinariamente complessi si è progressivamente affermata l'immagine di un sistema di welfare che, nella produzione di risposte ai bisogni sociali, assomiglia a un **patchwork casuale** piuttosto che a un **network organizzato***

P. Spano – Le convenienze nascoste – Il fenomeno badanti e le risposte del welfare

Presentazione

Con questo Documento - Rapporto della Macrofase 1 del Progetto ASPASIA, si intende arricchire la riflessione per la definizione della *vision* della PS; si tratta di una rendicontazione sintetica dell'attività di ricerca e monitoraggio realizzata sulla problematica dell'invecchiamento e delle conseguenti risposte assistenziali, con una particolare focalizzazione della fenomenologia delle assistenti familiari. Figure sociali che sono apparse repentinamente sulla scena dei servizi socio-assistenziali e sono state etichettate, con una innovazione linguistica, "badanti", un participio presente diventato sostantivo per significare colei o colui che bada alle persone anziane, sgravando di questo carico assistenziale i familiari.

Come si è ormai appurato, il binomio invecchiamento-assistenti familiari, nell'ultimo decennio, ha rappresentato una rivoluzione strisciante e, per molti versi, "clandestina" del sistema di protezione sociale nel nostro Paese:

- a) innanzi tutto con la manifestazione clamorosa di un riconfermato ruolo della famiglia nell'ambito del welfare; essa, di fronte alla trasformazione profonda del proprio assetto nucleare ed al contestuale allungamento della vita, ha individuato nelle lavoratrici extracomunitarie una risorsa fondamentale per la gestione di inedite responsabilità assistenziali;
- b) in secondo luogo evidenziando la difficoltà strutturale del sistema sanitario di innovare i contenuti e gli assetti organizzativi con cui affrontare la domanda di cura e tutela determinata dall'invecchiamento.

Le questioni esaminate presentano aspetti di notevole complessità e correlazioni strette, ragion per cui il Rapporto è stato redatto in forma schematica, con approfondimenti e schede che hanno lo scopo di dare una visione complessiva del contesto in cui si colloca il Progetto ASPASIA e delle opzioni strategiche di carattere culturale, professionale, imprenditoriale che ne caratterizzeranno lo sviluppo e la concreta sperimentazione nei tre territori coinvolti.

Pertanto il documento si articola in alcuni capitoli che focalizzano le seguenti problematiche:

- *La complessa fenomenologia dell' invecchiamento*
- *Gli effetti strutturali sul sistema di cura*
- *Domande e risposte assistenziali*
- *La stima della presenza di assistenti familiari*
- *L'opinione dei testimonial territoriali*

Con la bibliografia, infine, particolarmente cospicua, non solo si indicano le numerose pubblicazioni che affrontano le questioni sopracitate, ma si segnalano anche i documenti e le iniziative che nei tempi più recenti hanno rappresentato tentativi concreti di comprendere la nuova realtà sociale e sperimentare risposte concrete.

INVECCHIAMENTO: UN FENOMENO COMPLESSO

Indagini sul target anziani in questi ultimi anni, particolarmente in corrispondenza all'intensificarsi del dibattito sull'invecchiamento della popolazione e delle inedite problematiche assistenziali connesse, sono state realizzate e pubblicate in notevole quantità: a cura di Organizzazioni sociali, Istituti di Ricerca, Osservatori istituzionali, Commissioni di indagine incaricate di analizzare i diversi aspetti socio-demografici, sia a livello nazionale che regionale.

Sicché la mappa conoscitiva oggi in possesso di ricercatori, operatori e professionisti, policy makers del welfare locale che hanno la responsabilità di intervenire tempestivamente e/o pianificare le misure necessarie per fronteggiare la mutevole e crescente domanda sociale rappresentata dalla popolazione anziana, è ricca e sufficientemente dettagliata, tale da consentire analisi e risposte appropriate.

E' però necessario sottolineare come non sia agevole, oggi, l'approccio all'analisi sulle problematiche dell'anziano, che deve essere necessariamente affrontata con il corredo di competenze multidisciplinari e, in particolare nella progettazione di qualsiasi intervento socio-assistenziale, sostenuta da una visione multidimensionale.

“Proporre strategie operative efficienti per affrontare i problemi conseguenti all'invecchiamento della popolazione è forse la sfida più controversa di questo periodo storico, sia per la continua evoluzione e trasformazione in nuovi gruppi di questa parte di popolazione, ma anche per l'aggiungersi di tipologie, precedentemente escluse, che raramente superavano l'età adulta.

Dai nostri Osservatori privilegiati, nel percorso della nostra attività, abbiamo colto alcuni passaggi storici significativi: dal dualismo tra anziani autonomi e non autosufficienti, all'evidenza di nuovi sottogruppi che solo recentemente raggiungono la terza età come gli etilisti, malati mentali, down, oligofrenici ed altri ancora, fino al nuovo dualismo tra portatori di malattia di Alzheimer e quelli con alterazioni neuro-motorie.

Di fatto è stato un succedersi senza soluzione di continuità di bisogni e aspettative sempre più complesse, che hanno provocato l'instabilità del sistema sia nella componente assistenziale che in quella sanitaria, fino a rendere non risolutivi anche i più recenti piani strutturali e operativi progettati e gestiti dai diversi livelli istituzionali; d'altra parte è comprensibile che, di fronte all'incalzare di nuovi bisogni ed emergenze, abbia finora prevalso la politica delle risposte immediate.

Tale modalità di intervento presuppone modelli preconfezionati e tende ad assolutizzare il problema emergente; il rischio latente è di confidare eccessivamente nell'approccio tecnicistico.

L'osservazione evidenzia dati e risultati a volte efficaci, spesso contraddittori, soprattutto conti economici poco sostenibili; le conseguenze ricadono sulle capacità di risposta professionale degli operatori e sul carico assistenziale delle famiglie, mentre restano difficilmente risolvibili i nodi di una difficile programmazione” (estratto da PROMTO – Modello di approccio alla fragilità dell'anziano – Centro Studi Anziani).

UN ATTEGGIAMENTO CULTURALE INEDITO

Di fronte ad una realtà socio-demografica straordinariamente dinamica, “sorprendente” e per molti versi positiva, ha cominciato da qualche tempo a far capolino sulla copertina di diverse riviste patinate (rivolte ad un pubblico “ricco e speranzoso”) e sulle pagine di giornali più seri (rivolti a lettori in cerca di informazioni scientificamente fondate) una domanda speranzosa: **“Ma l'invecchiamento si può davvero fermare?”**.

Un fatto è certo: dagli integratori alimentari alla proliferazione di “Centri Benessere” ed a vere e proprie Cliniche polispecialistiche “anti-età”, ci troviamo di fronte ad una moltiplicazione di iniziative che, forti del dato incontrovertibile rappresentato dall’aumento dell’età media, investono in un business “contro il tempo”, ovvero su più o meno credibili “elisir di lunga vita”.

E’ bene perciò mettere un punto fermo su un tema che costituisce uno snodo decisivo su cui riflettere per reimpostare la pianificazione strategica di interventi (quali per esempio quelli che sono previsti dal Progetto ASPASIA) miranti ad aggiornarne la rete dei servizi socio-sanitari in un contesto sociale caratterizzato dall’invecchiamento progressivo della popolazione.

La posizione più convincente che sembra opportuno citare per assumere un orientamento realistico, è quella dell’americana “**National Academy of Ageing Society**”. In una sua recente pubblicazione sono stati raccolti vari saggi di esperti che mettono in guardia dalle facili promesse di chi sostiene di poterci garantire l’eterna giovinezza: ad oggi, è praticamente impossibile stabilire l’esatta età biologica, perché sono ancora scarse ed incerte le prove a favore o contro la gran parte dei presunti interventi anti-età, perché **l’invecchiamento è un fenomeno ineluttabile e molto complesso**, che chiama in causa troppi elementi per poter essere risolto con un cocktail di vitamine, coenzimi, ormoni, eccetera.

Verso una nuova psicogerontologia

Ciò significa che al di là di un approccio prudente e realistico sull’aumento degli anni di vita che si prospettano nel futuro prossimo, è un atteggiamento culturale inedito che è richiesto per affrontare e “leggere” correttamente una fenomenologia demografica che sta sconvolgendo i tradizionali parametri interpretativi; come suggerisce il Prof. **Daniele Toffoletto**, c’è bisogno di una **nuova psicogerontologia**:

- *Tradizionalmente per descrivere l’invecchiamento si usano metafore per lo più dal contenuto negativo, come le immagini dell’albero che in primavera mette i germogli (la gioventù), in estate dà i frutti (età adulta), in autunno comincia a perdere le foglie (vecchiaia) e in inverno rimangono solo i rami nudi (la morte), del fiume che sorge su un monte e fra mille ostacoli trova la sua strada prima di sfociare nel mare o della piramide dove si fa riferimento ad un primo periodo in cui viene presentata la crescita, un periodo centrale la maturità e finale il decadimento; nella piramide il periodo finale è allo stesso livello di quello infantile, donde l’espressione tipica del linguaggio comune: “I vecchi ritornano bambini”.*

Tutte queste metafore hanno in comune un tragitto lineare dove in un primo tratto viene presentata la crescita, in un tratto centrale la maturità e nel tratto finale il decadimento. Si ha quindi un’idea negativa dell’invecchiamento. C’è bisogno di trovare dei concetti che rendano in forma più completa l’idea di invecchiamento.

L’applicazione nello studio dell’invecchiamento di alcuni concetti derivati dalla recente teoria matematica del caos ha permesso di utilizzare nuove metafore per la descrizione dello sviluppo umano o dell’invecchiamento ed ha aperto quindi a un’idea meno stereotipata e più completa dell’invecchiamento. E’ un contributo importante perché permette di superare tanti giudizi negativi espressi sugli anziani. Spesso in questi giudizi negativi si rasenta un tono di discriminazione, tanto che in America si è introdotto un nuovo termine “age-ism” (letteralmente discriminazione dell’età) per descrivere “il processo di sistematica stereotipizzazione e di discriminazione delle persone anziane” - (Butler, 1969).

EFFETTI STRUTTURALI SUL SISTEMA DI CURA

“Il fenomeno della rettangolarizzazione della curva di sopravvivenza media non si accompagna ad una compressione del periodo di vita in stato di dipendenza: all’aumento della durata di vita corrisponde un aumento proporzionale, forse superiore, del numero di anziani non autosufficienti”

Questa analisi è apparsa nel **Piano Sanitario Nazionale del 1994** e si può riproporre oggi con tutto il suo drammatico carico di problematiche ed incongruenze:

- l’allungamento della vita media si accompagna all’incremento di anziani affetti da pluripatologie
- Tale scenario ha determinato la ricerca, da parte dei Servizi sociali e sanitari, di piani organizzativi capaci di offrire risposte esaustive ed adeguate, inseguendo le trasformazioni evolutive dei bisogni che caratterizzano la popolazione anziana.
- Si è progressivamente evidenziata la mancanza di un Osservatorio permanente, sia a livello nazionale che territoriale, in grado di monitorare sistematicamente e raccogliere le informazioni necessarie per valutare ed “anticipare” le trasformazioni in atto.
- L’esplosione della domanda assistenziale, in particolare quando caratterizzata da una limitata incidenza sanitaria, ha potuto essere fronteggiata (dalle famiglie) solo attraverso la “scoperta” di una risorsa insperata, ovvero l’inserimento delle “badanti domicilio”; ciò ha dato vita al più clamoroso fenomeno di **autoorganizzazione sociale** nella gestione di risposte di protezione sociale.
- La condizione di fragilità, ad alto rischio di scoppio, di una parte cospicua della popolazione anziana, ha aperto una partita che continua ad essere giocata fra adeguatezza delle cure e rispetto della qualità della vita.
- Si rende pertanto evidente come solo un approccio globale e integrato, di **Total Quality Assurance**, può sostenere la possibilità di aggredire quegli stati morbosi complessi, dove la non autosufficienza coincide con la caduta della qualità della vita.
- In termini di strategia generale di intervento, con particolare riferimento alla utilizzazione delle assistenti domiciliari vanno tenuti presenti i risultati dello studio di comparazione fra cure riabilitative domiciliari ed extradomiciliari in gruppo realizzato all’interno del Progetto PROMTO: i pazienti trattati fuori casa ed in gruppo hanno ottenuto i risultati migliori sia nel recupero funzionale ed anche dello stato psico-affettivo.

L’OSSERVAZIONE CRITICA DI DOMANDE E RISPOSTE ASSISTENZIALI

Dopo una lunga fase in cui la ricerca e la pubblicistica si sono soffermate prevalentemente sulle evidenze empiriche dell’invecchiamento (trend demografici, dibattiti su terza e quarta età, previsioni di crescita della spesa sanitaria, ecc.), sociologi e medici-geriatri hanno cominciato ad affinare gli strumenti di osservazione, sperimentare nuovi modelli di cura, interpretare i dati epidemiologici con maggiore attenzione alla dimensione umana e sociale delle persone anziane bisognose di assistenza.

Illustriamo pertanto di seguito i casi più densi di informazioni che negli ultimi anni hanno rappresentato dei passi importanti in avanti per comprendere il cambiamento in atto.

1. **La rivoluzione occulta nell'assistenza agli anziani: le aiutanti domiciliari (A.Castegnaro – STUDI ZANCAN n. 2/2002).**

Con questo articolo l'autore, dopo una osservazione pluriennale, attraverso l'Osservatorio Socio-religioso Triveneto, della crescita silenziosa ed esponenziale della presenza delle badanti all'interno del ciclo assistenziale (in particolare nella realtà sociale del Nordest – territorio vocato ad essere meta privilegiata del flusso migratorio dai Paesi dell'ex blocco comunista) denuncia con un'analisi impietosa e ricchezza di annotazioni “*un problema ben noto alle famiglie, ma assente dall'agenda politica*”, rimarcandone le caratteristiche:

- *Un caso di cecità sociale*
- *Collaboratrici domestiche, badanti, aiutanti domiciliari*
- *Un'immigrazione di passaggio*
- *Una condizione di tipo servile*
- *Un effetto della cultura della domiciliarità*
- *La legislazione di sanatoria e le condizioni per la valorizzazione delle aiutanti domiciliari*

2. Nello stesso periodo in cui i ricercatori cominciano a far emergere per l'opinione pubblica una realtà assistenziale misconosciuta, l'Equipe del Prof. **M. Gadola** (**Centro Studi Anziani di Brescia**) realizza un Progetto sperimentale di intervento presso l'Azienda Sanitaria di Desenzano – BS - con l'avvio di un servizio multiprofessionale per le famiglie con la presenza di un “**anziano fragile**”; la nuova metodologia operativa riscontra non solo un notevole successo, ma consente anche di focalizzare le inedite problematiche del processo assistenziale ed “incontrare” la presenza delle assistenti familiari, definendone la funzione problematica (*Una opportunità in evoluzione – Una devianza socio-familiare?*) e formulando una valutazione complessiva di estremo interesse per la progettazione futura, attraverso Osservazioni e Considerazioni.

Premesso che nell'ambito del processo assistenziale, le assistenti domiciliari risultano “ingaggiate” con una “*approssimativa valutazione delle qualità individuali rispetto ai bisogni dell'assistito*” e che nello svolgimento del loro compito si riscontra “*devianza fra reali bisogni e indicazioni operative*”, e che “*non sono previste distinzioni per qualità operative*” ed infine che “*manca una formazione mirata e distinta in professionalità*”, viene affrontata l'analisi sotto il profilo della dinamica socio-assistenziale:

a) attraverso l'osservazione dell'assistente familiare che rappresenta:

- **una risposta immediata** al bisogno di accudire l'anziano parente;
- **una risposta d'attesa** mirata a:
 - *lenire le preoccupazioni*
 - *valutare l'evoluzione dei bisogni*

- *considerare rischi e altre possibili soluzioni*
- *opportunità anche per altre prestazioni*
- *convenienza economica*

limiti:

- *assenza relativa di controlli ed indirizzi*
- *scarsa considerazione dell'impatto fra badante e assistito*
- *non sono considerate, né richieste, particolari capacità*

- b) attraverso delle considerazioni sull'organizzazione della rete dei servizi; il **fenomeno badanti** coincide con il **bisogno di una struttura intermedia**:
- *interposta fra ospedale – domicilio – residenza assistenziale*
 - *mirata al post-acuto e all'anziano fragile in labile compenso*
 - *struttura elastica a sostegno dell'individuo e della famiglia*
 - *comprende sia day-hospital che altri servizi flessibili*
 - *versione specialistica per l'anziano del country hospital*
 - *operativa anche al domicilio dell'interessato*

Le analisi dell'Equipe del Centro Studi Anziani sono il risultato di esperienze profondamente radicate nel territorio; non è pertanto casuale che un'iniziativa di segno diverso (ricerca sociale invece che sanitaria), ma con gli stessi protagonisti (anziani assistiti, badanti, familiari), consenta all'autore di approdare ad affermazioni e conclusioni simili:

“Il sistema è alla ricerca di contenuti per le forme di residenzialità intermedia, ma di fatto, manca anche la percezione dell'incidenza del servizio portato a domicilio (Sad, Adi, Adimed). In questo quadro, paradossalmente, la badante finisce per essere la risposta alla domanda di congiungere ospedale e territorio” (v. P. Spano, Le convenienze nascoste)

3. Ricerca dell' ISTAT sulla non autosufficienza – 2003.

Si tratta di un documento di fondamentale importanza perché a partire da una definizione di *natura “funzionale”* (*Disabile – non autosufficiente – è la persona che è priva di autonomia per lo svolgimento di una funzione essenziale della vita quotidiana – lavarsi, vestirsi, muoversi, comunicare...- e che quindi ha bisogno di un aiuto*) presenta un quadro complessivo ed articolato di una problematica destinata ad assumere le caratteristiche di una vera e propria emergenza sociale:

- *Dimensione del fenomeno e tipo, livello di limitazioni riportate*
- *Profilo demografico dei non-autosufficienti (la loro età, il sesso)*
- *Come stanno (stato di salute, malattie)*
- *Come vivono (famiglia, risorse)*
- *L'aiuto (da chi proviene, in quali forme)*

Ne diamo di seguito un sintetico resoconto in quanto si tratta di una mappa fondamentale di riferimento e di orientamento per ogni strategia che si proponga di contribuire a dare risposte concrete.

A – Le questioni da affrontare

- *Una popolazione di 2,6 milioni di persone disabili*
- *4,5 milioni di persone con serie difficoltà*
- *1 milione e 153 mila persone in condizioni di confinamento*
- *Scarsa presenza e utilizzo dei servizi pubblici*
- *Bassi livelli di protezione sociale per i disabili rispetto agli altri paesi avanzati*
- *La famiglia resta la piramide degli aiuti: sono infatti 2,364 milioni le famiglie con componente disabile, ma solo 291.000 ricorrono ai servizi assistenziali pubblici!*

B - L'anziano fragile e le sue inedite problematiche: dati strutturali

- *L'incidenza di anziani che occupano posti letto in ospedale è superiore al 50 %*
- *Oltre il 50 % degli anziani ricoverati manifesta SCA (Sindrome Confusionale Acuta)*
- *Oltre il 30 % degli anziani è dimesso dopo ricovero ospedaliero con diagnosi aperta*
- *Oltre il 60 % degli anziani che richiedono servizi non ha priorità riabilitative, né è effetto da demenza*
- *La conseguenza è l'elevato rischio di decadimento globale ed istituzionalizzazione totale con evidenti sperequazioni sociali e rilevanti costi finanziari*

C - Le emergenze sul piano assistenziale

- *Fra l'anziano da riabilitare (che incide per circa il 20-25 %) e quello affetto da demenza (che incide per il 4-8 %) è palese un consistente strato di popolazione anziana, che non trova servizi socio-sanitari adeguati*
- *Questo preponderante gruppo di anziani è caratterizzato da uno stato polipatologico, in trattamento polifarmacologico (oltre 8 farmaci al giorno), complicato da depressione, con elevate complicanze psico-affettive socio-familiari)*
- *Questa tipologia di anziani risulta di fatto latente agli schemi clinici di riferimento, affolla servizi di ogni tipo, è a rischio di ricoveri impropri, fino a concludere il suo peregrinare in Case di Riposo e/o in RSA*
- *Si tratta del target di anziano che ha innescato la domanda di assistenza che, in assenza di congrue risposte pubbliche, le famiglie hanno autonomamente affrontato ricorrendo alle "badanti"*

D - Una nuova strategia globale di intervento

- *L'accelerazione dell'integrazione fra Sanità e Politiche sociali*
- *Aumento dei servizi multidisciplinari decentrati, interposti tra Ospedale, Domicilio ed Istituzioni totalizzanti*
- *Strutture specialistiche d'eccellenza per l'emergenza, limitate e collocate in aree strategiche nell'ambito di una rigorosa programmazione ed osservazione epidemiologica*

4. Il progetto PROCARE (Providing integrated health and social care for older persons).

L'interesse per i risultati di tale iniziativa è legato alla lettura che è stata fatta dei diversi approcci con cui è stato affrontato il problema dell'**integrazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali in Europa**: si è così potuti pervenire all'individuazione di **18 modelli in 9 Paesi** ricavandone:

- *Importanti lezioni su come impostare gli interventi assistenziali nel nostro Paese*
- *La focalizzazione dei temi che vanno posti sull'agenda per la tutela delle persone anziane*
- *L'accertamento degli strumenti per realizzare l'integrazione e il coordinamento*
- *Alcuni modelli di buona prassi*

5. l'indagine CERGAS-BOCCONI sulla rete territoriale dei servizi in Italia.

Quasi come naturale prosecuzione di PROCARE, questo lavoro si propone di approfondire la realtà organizzativa che connota l'attività socio-sanitaria nel nostro Paese. Il quadro che ne emerge non è confortante:

- *Integrazione dei servizi assistenziali risulta ancora lontana dall'essere una prassi affermata*
- *Viene messa in evidenza che le Cooperative sociali ed il no profit stanno assumendo un ruolo importante "in prima linea" all'interno dei servizi*
- *Il modello che viene suggerito per migliorare funzionalità ed efficacia delle attività la medicina in rete dei MMG*

6. Dal Rapporto CENSIS 2004.

All'interno del tradizionale "polpettone" annuale, l'edizione del 2004 ha dedicato uno spazio significativo alla problematica dell'assistenza alle persone anziane e apre anche una finestra sul fenomeno badanti; pur suggerendo prudenza interpretativa per alcuni dei dati che vi vengono illustrati, si ritiene opportuno riportarne alcuni che da un lato confermano analisi statistiche e considerazioni precedentemente segnalate, dall'altro assumono un rilievo importante anche ai fini del Progetto ASPASIA:

- *Senza la tradizionale rete di protezione della famiglia “il disastro sarebbe totale”*
- *Tutto il peso, anche economico, ricade su coniuge (29,4 % dei casi) e figli (40,8 %)*
- *Il ricorso alle badanti è calcolato per il 18,6 % dei casi (!)*
- *Nel 2002 gli anziani trattati in assistenza domiciliare integrata sono stati poco più di 260 mila (pari a circa il 2,5 % della popolazione con più di 65 anni)*
- *Nello stesso anno gli anziani assistiti nella Case di riposo e/o RSA sono stati circa 172 mila, meno del 2 % degli over 65*
- *E’ al Sud che il problema esplode: secondo il Censis è proprio nel Mezzogiorno (50,1 % contro il 45,1 % del resto d’Italia) che le famiglie ricorrono prevalentemente alla badante*
- *La sfida ineludibile della Long Term Care: la non autosufficienza e la conseguente domanda di assistenza a lungo termine, sarà “l’emergenza socio-sanitaria dei prossimi decenni”*

7. Il Documento del CNEL sulla “Tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata”.

In questo caso l’elaborazione e la proposta operativa del Consiglio Nazionale dell’Economia e del Lavoro assumono una particolare importanza perché costituiscono il risultato di una scelta e di un’indicazione politica rivolta alle forze sociali e politiche ed una base di discussione e confronto per l’auspicata iniziativa parlamentare sui provvedimenti quali il Fondo per la non autosufficienza. Il suo contenuto è interessante perché si sofferma su aspetti finora non indagati con profondità e sistematicità, in particolare :

- *Aspetti demografici*
- *Gli interventi in Italia per gli anziani non autosufficienti*
- *La determinazione della spesa sanitaria e della spesa assistenziale*
- *La destinazione della spesa integrata*
- *La quantificazione della spesa nel suo complesso*
- *I servizi socio-assistenziali nei Comuni italiani*
- *Le politiche e gli interventi di sostegno alla disabilità nell’Unione Europea*
- *Proposte operative concrete*

8. Ricerca dell’ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali).

L’iniziativa dell’ASSR è forse la più importante tra quelle passate in rassegna per due ragioni sostanziose: a) ha potuto avvalersi delle fonti documentarie “istituzionali” e dirette; b) propone l’esigenza di un monitoraggio e di un coordinamento strategico permanente delle iniziative ed attività socio-assistenziali portate avanti nelle diverse realtà territoriali-regionali. I dati di tipo strutturale che vi emergono sono in particolare i seguenti:

- *Il 75 % degli anziani non autosufficienti è gestito dai figli*

- Solo il 2,50 % usufruisce dell'ADI
- Esiste un'estrema eterogeneità dei costi, a livello territoriale-regionale, per quanto riguarda ADI e strutture residenziali e semi-residenziali

9. Le risultanze scientifiche e la proposta operativa emerse dal progetto PROMTO.

Il più volte citato Progetto PROMTO rappresenta un punto di riferimento essenziale non solo perché ha indagato in profondità la condizione dell'**anziano fragile e le sue inedite problematiche**, ma anche perché ha tratto dall'esperienza diretta di organizzazione dell'intervento assistenziale indicazioni utili per il riorientamento del tradizionale modello ospedalocentrico, al fine di spendere le competenze professionali e le metodologie operative al servizio delle persone individuate come il baricentro di ogni piano socio-sanitario. Ricaviamo pertanto dal Rapporto di ricerca le affermazioni più dense di significati ed indicazioni anche per la progettualità di ASPASIA.

“Gli eventi morbosi si presentano nella popolazione anziana con un quadro patologico complesso, accompagnato da una sintomatologia articolata e sfuggente, ad alto rischio di sottostima nella valutazione clinica e per ingravescenza, fino al decadimento globale irreversibile; tuttavia è stato osservato che l'anziano, prima di arrivare al determinarsi il quadro di irreversibilità, avverte lo stato di fragilità e di rischio, che manifesta con continue richieste soprattutto di prestazioni sanitarie, diagnostico-specialistiche, con sovraccarico delle liste di attesa negli ambulatori e servizi territoriali, fino al ricovero ospedaliero”

“...l'analisi propone l'evidenza di uno stato di particolare fragilità dell'anziano, comunque patologico, che non trova accoglienza e risposte adeguate, nei servizi territoriali, anche dedicati, poiché focalizzati sulla riabilitazione fisiatrica e nell'assistenza”

“...Nell'anziano fragile interagiscono alterazioni funzionali, più spesso correlabili a disabitudini ed incongruenze nello stile di vita: l'insonnia fra patologie e autoprescrizioni farmacologiche, i dismetabolismi fra eccessi e carenze metaboliche, la multiterapia ed i problemi di polifarmacologia, i problemi socio-familiari e le psicopatologie; queste concorrono nel determinare stati patologici inizialmente subacuti, tendenzialmente sottostimati anche dall'interessato, che diventano polipatologici, quindi complessi, fino ad evolvere in quel marasma neuro-psichico, meglio conosciuto come non autosufficienza grave”

“In questo quadro si evidenzia l'importanza di superare schemi organizzativi e percorsi di riordino, a fronte della necessità a tutto campo, mirando a correggere i fattori di rischio dell'anziano fragile, attraverso un modello operativo sostenuto da un'equipe multidisciplinare, finalizzata a determinare le priorità eziopatologiche, per apporre gli indirizzi terapeutici adeguati”

I PUNTI CHIAVE DI UNA RIFLESSIONE STRATEGICA

Lo scenario delineato schematicamente con le nove schede scelte per monitorare la realtà in cui è previsto l'intervento del Progetto ASPASIA, consente di definire temi ed azioni chiave, su cui concentrare l'impegno operativo delle Macrofas 2 e 3, che riassumiamo con i seguenti items:

- a) **insostenibile carico assistenziale sulla famiglia:** si è accumulata oramai sulle spalle della famiglia una responsabilità pesante sul piano finanziario, etico e sociale in conseguenza della scelta della domiciliarità per la cura delle persone anziane non autosufficienti;
- b) **arretratezza del modello custodiale:** “Case di riposo” e “Badanti”, hanno rappresentato una risposta fondamentale all’emergenza socio-sanitaria determinata dalla crescita della non autosufficienza, ma presentano limiti strutturali (culturali, organizzativi, professionali,) che vanno rimossi ed affrontati configurando una nuova rete territoriale di servizi;
- c) **anziano fragile indifeso:** si evidenzia sempre più la carenza di competenze ed interventi assistenziali specifici per un target di persone anziane che, se non “gestite” correttamente, possono determinare il collasso del sistema sanitario ed un progressivo peggioramento delle loro condizioni di vita;
- d) **gap nord-sud:** sulla qualità assistenziale per le persone anziane inciderà sempre di più, soprattutto al sud, il sommarsi di un’allineamento delle difficoltà familiari a sostenere il carico assistenziale con i persistenti standard inferiori di servizi sanitari residenziali e territoriali;
- e) **assistenti familiari “unskilled”:** la sollecitazione al miglioramento delle metodologie e dei contenuti assistenziali per le persone non autosufficienti, comporta l’ineludibile esigenza di inserire le assistenti familiari in percorsi strutturati di qualificazione professionale;
- f) **funzione strategica della cooperazione sociale:** specializzazione, capacità aggregativa e di innovazione nel territorio (*networking*), flessibilità operativa, umanizzazione dei percorsi assistenziali, sono obiettivi che solo l’Impresa sociale può mettere in agenda, per il rinnovamento del modello organizzativo di cura delle persone anziane non autosufficienti;
- g) **decisiva la “presa in carico”:** c’è un aspetto assolutamente inaccettabile nella realtà socioassistenziale in cui è presente la figura dell’assistente familiare; la marginalità e, nella grande maggioranza dei casi, l’irregolarità e/o clandestinità di tale presenza, crea per le strutture ed i servizi pubblici l’alibi di poter “dimenticare” l’esistenza di una persona anziana non autosufficiente la cui cura abbisogna di continuità, controllo e valutazioni inerenti la coerenza e l’integrazione con gli obiettivi degli interventi personalizzati e dei Piani di Zona.

INDAGINI SULLA PRESENZA DELLE ASSISTENTI FAMILIARI.

Nel corso dell’ultimo lustro, la presenza delle assistenti familiari da “fenomeno invisibile” è diventata una “realtà ingombrante”: ciò ha determinato non solo un giusto interesse dei ricercatori e dei soggetti pubblici per verificarne l’entità, ma anche una sorta di curiosità sociologica per stime e valutazioni approssimative.

E pertanto condivisibile quanto si sostiene in un recente documento, elaborato da un gruppo di esperti per conto di Italia Lavoro S.p.a., che ha indagato la **situazione regionale veneta:**

“I dati relativi al numero di AF che, con frequenza crescente, vengono divulgati dai mezzi di comunicazione e spesso anche dai servizi e dalle istituzioni pubbliche appaiono per lo più estemporanei e poco fondati. Da tempo si sottolinea la necessità di procedere ad una stima maggiormente puntuale”.

In tale documento si formula, attraverso un rigoroso percorso analitico, un'ipotesi relativa alla realtà veneta secondo la quale si avrebbe la seguente situazione (dati 2004):

	Domanda stimata di AF espressa in unità di lavoro equivalente	Presenza stimata di AF
Minima	25.000	20.700
Massima	29.000	27.700
Media	27.000	24.200

(A cura di A.Castegnaro, A.Favero, V.Fincati)

Naturalmente questi numeri sono “contestualizzati”, ovvero scaturiscono da valutazioni correlate alla situazione demografica regionale, alla presenza di standard precisi sia per quanto attiene l’offerta di servizi socio-sanitari che la domanda di tutela e benessere per le persone anziane espressa dalle famiglie interessate.

E' certo però che sono verosimili ed elaborati con una metodologia affidabile e, quindi, con le opportune variazioni di contesto territoriale-regionale, possono costituire degli utili parametri di riferimento per stimare la presenza ed il fabbisogno di AF in altre realtà regionali.

Questo deve suggerire prudenza nella lettura di rapporti e ricerche che letteralmente “sparano” numeri sulla fenomenologia badanti con deboli argomentazioni di sostegno.

Nell’ultimo lustro, comunque, si è fatta più stringente l’esigenza di fare luce ed anche i conti con la realtà di un lavoro di cura diventato parte costitutiva del welfare locale: ed è proprio negli ambiti territoriali che sono stati realizzati progetti innovativi finalizzati sia alla conoscenza ed alla emersione dell’attività assistenziale esercitate dalle assistenti familiari che alla sperimentazione di percorsi per il loro inserimento nella rete territoriali dei servizi attraverso formazione, socializzazione, regolarizzazione dei rapporti di lavoro.

L’elenco delle iniziative è lungo e meriterebbe una specifica descrizione dei singoli progetti, dei quali in ogni caso si possono rintracciare informazioni utili nei siti web:

Madreperla – Reggio Emilia;
Inserreg, - Provincia di Parma;
PROMOCARE – Provincia di Trento;
Comune di Venezia;
Comune di Verona;
Ausl di Ravenna – Regione Emilia Romagna;
Regione Liguria;
Italia Lavoro – Caritas Triveneto.

L’ultima, in ordine di tempo, ma di particolare interesse per l’impostazione “istituzionale” e le finalità che la contraddistinguono, è quella realizzata nelle **Marche**: secondo un’indagine condotta dall’ARMAL, Agenzia Regionale Marche Lavoro, i lavoratori stranieri che svolgono attività di cura e di assistenza a domicilio è di circa **13 – 14mila unità**, di cui il 90 %, pari a un lavoratore ogni due anziani assistiti di persone di età avanzata non autosufficienti...

E' importante sottolineare che secondo l'Assessore regionale alla Formazione ed al Lavoro, **Ugo Ascoli** *“L'obiettivo della ricerca è controllare questa forma di welfare privato, un fenomeno letteralmente esploso negli ultimi anni ma ancora poco regolato dalle politiche pubbliche, inquadrandolo nell'ambito pubblico di welfare”*.

Tre sono le ipotesi di intervento allo studio: evitare il ricorso al lavoro sommerso erogando degli assegni di servizio alle famiglie, qualificare l'offerta assistenziale con corsi di formazione di durata limitata, agevolare l'incontro tra domanda e offerta con l'apertura di sportelli di ascolto e di accoglienza.

Quello marchigiano è un caso paradigmatico perché si tratta, a ben vedere, di un progetto finalizzato a regolamentare, far emergere, valorizzare e qualificare le prestazioni professionali dell'assistenza domiciliare attraverso la realizzazione di una rete di interventi a sostegno sia delle lavoratrici e dei lavoratori del settore (tra cui inserire a pieno titolo le assistenti familiari), sia delle famiglie interessate, che potranno usufruire di questi operatori.

Focalizzando questi numerosi tentativi di avviare un governo del rapporto invecchiamento-non autosufficienza-assistenti familiari, significa comprendere come tale intreccio va colto ed inserito all'interno del necessario rinnovamento del welfare locale, inteso come insieme organico di servizi, dalla regolazione dei rapporti di lavoro alla gestione dell'assistenza socio-sanitaria.

Per questa ragione si è ritenuto opportuno, nel disegnare la mappa sociale nella quale si inseriscono le azioni del Progetto ASPASIA, procedere ad una ricognizione che fosse ancorata a criteri valutativi coerenti con la strategia di qualificazione del lavoro di cura e di miglioramento della condizione delle persone anziane da assistere.

CONSIDERAZIONI METODOLOGICHE PER UNA STIMA DEL NUMERO E DEL FABBISOGNO DI ASSISTENTI FAMILIARI.

Per poter definire il fabbisogno di assistenti familiari è necessario circoscrivere la domanda di salute e, conseguentemente, di assistenza alla popolazione anziana, tema-chiave in un paese ove si invecchia sempre di più e si destina più della metà delle risorse per la salute agli anziani. L'argomento risulta molto complesso per la carenza di fonti informative puntuali ed ufficiali: dati concernenti l'assistenza erogata agli anziani e, più in dettaglio, l'assistenza domiciliare vengono censiti dalle Aziende Sanitarie sotto il profilo prettamente sanitario (ad esempio come flussi delle prestazioni erogate dall'apparato medico, infermieristico, riabilitativo) e dai Comuni sotto il profilo prettamente sociale (ad esempio fornitura dei pasti a domicilio, erogazioni di contributi, ecc.). Peraltro questi flussi informativi non sempre risultano opportunamente implementati nelle singole aziende sanitarie e/o nei comuni, con esiti di parzialità e non esaustività dei dati rilevati. Non esiste invece alcun flusso relativo alla assistenza domiciliare genericamente data agli anziani da parte dei familiari e/o da personale a pagamento e/o da volontari: pertanto informazioni utili al riguardo non possono che essere tratte da indagini campionarie ad hoc.

Il presente lavoro si compone di tre sezioni:

- nella prima sezione viene presentata una breve analisi dei contesti oggetto di studio, descrivendone le caratteristiche dal punto di vista demografico attraverso il computo di opportuni indicatori statistici;
- nella seconda sezione viene descritta la letteratura in campo socio-sanitario presa a riferimento, riportando alcune delle evidenze prodotte relativamente alle patologie più diffuse ed alle pluripatologie negli anziani, alla condizione di autosufficienza e, per converso, di non autosufficienza, al conseguente bisogno di assistenza domiciliare, focalizzando in particolare i soggetti erogatori di tale assistenza;
- nella terza sezione viene, infine, descritto un modello di stima della presenza di assistenti familiari, elaborato con procedimento inferenziale sulla tipologia di popolazione anziana caratterizzante ciascun territorio oggetto di studio.

1. Contesti di riferimento

Il territorio di riferimento per il presente approfondimento è rappresentato da tre regioni: Emilia-Romagna, Puglia e Sicilia, giova pertanto illustrare alcune caratteristiche demografiche che differenziano dette aree.

Gli indicatori demografici considerati (Tab. 1), ovvero l'incidenza della popolazione ultra 64enne sul totale della popolazione residente e l'incidenza del sottogruppo degli ultra 74enni, sembrano confermare una generale tendenza di minore invecchiamento ascrivibile alle due regioni meridionali, contrapposto ad un invecchiamento più spinto in Emilia Romagna. Questo differenziale si sostanzia in uno scarto di cinque punti percentuali qualora si consideri la compagine degli ultra 64enni e in tre punti percentuali limitandosi alla componente ultra 74enne.

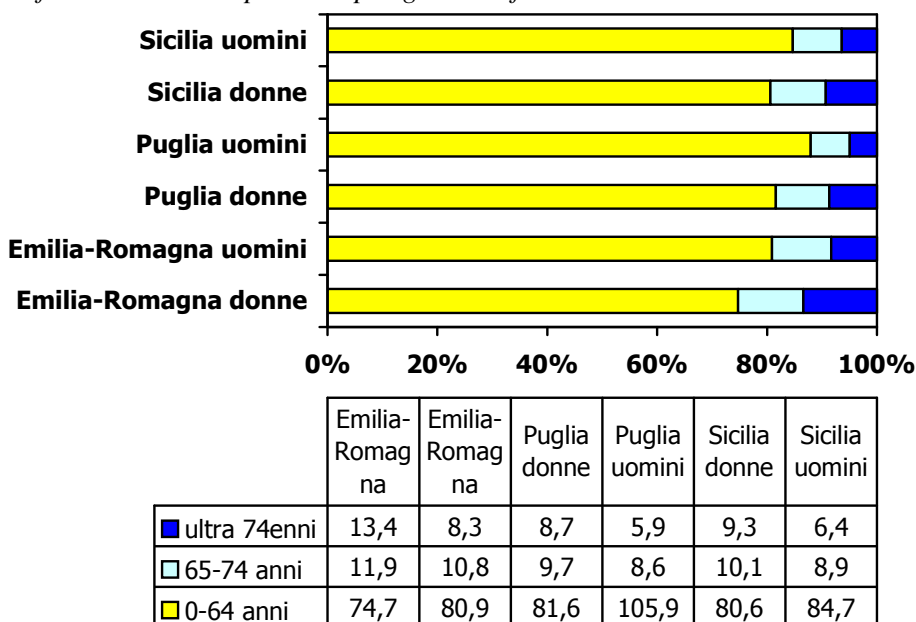
Ciò non di meno, la differenza demografica più rilevante si evidenzia attraverso l'indice di vecchiaia, definito come il rapporto tra il numero di soggetti aventi età superiore ai 64 anni ed il numero di soggetti con età inferiore ai 15 anni. Si evince infatti che in territorio emiliano per ogni 100 minori di età inferiore ai 15 anni si contano quasi 190 anziani ultra 64enni, conseguendo un netto superamento generazionale della componente anziana sulla componente minorile. Questo fenomeno non è però ascrivibile alle altre due regioni, che manifestano un sostanziale equilibrio generazionale.

Tab. 1 - Indicatori demografici

Indicatore Regioni	Incidenza ultra 64enni su pop totale	Incidenza ultra 74enni su pop totale	Indice di vecchiaia
• Emilia-Romagna	22,3%	10,9%	189,4
• Puglia	16,5%	7,3%	99,3
• Sicilia	17,4%	7,9%	102

Fonte: ns elaborazioni da ISTAT (2004)

Graf. 1 - Analisi comparativa per genere e fasce d'età



Fonte: ns elaborazioni da ISTAT (2004)

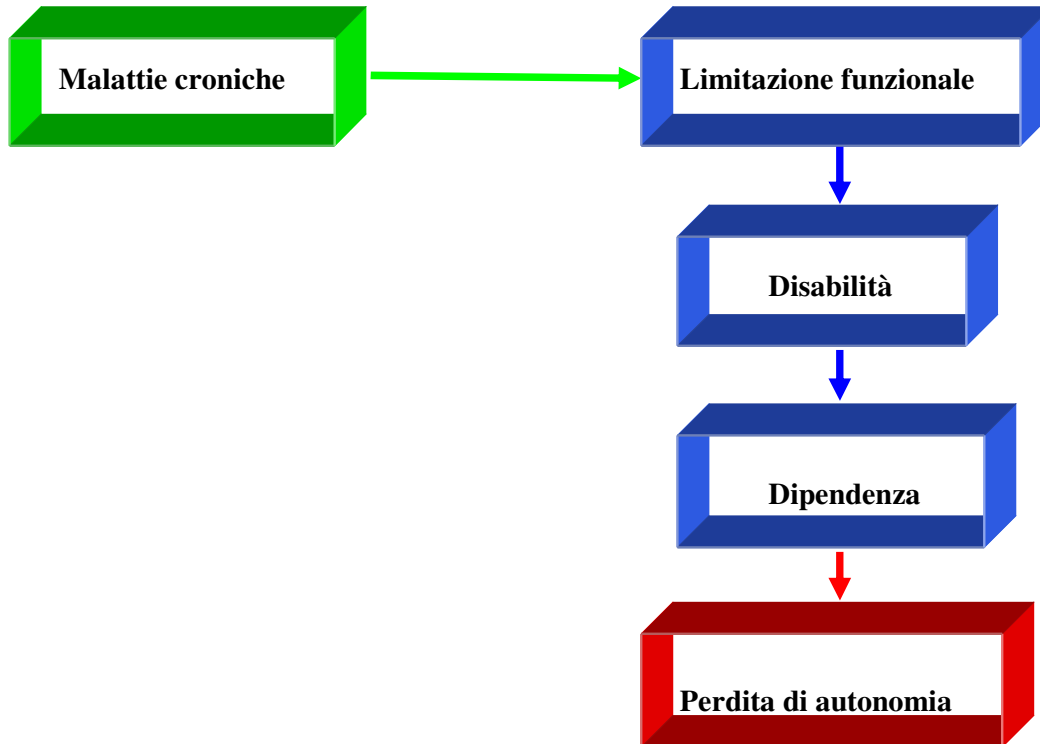
L'analisi della distribuzione per genere e fasce d'età consente di trarre le seguenti considerazioni (Graf. 1):

- in tutte e tre le regioni si attesta a livelli superiori l'incidenza delle donne entro la compagine degli ultra 64enni, con uno scarto mediamente di un punto percentuale sulla componente maschile;
- la femminilizzazione dell'invecchiamento si accentua nella regione Emilia Romagna, infatti restringendo l'attenzione sul sottogruppo degli ultra 74enni si evince come lo scarto tra la presenza maschile e femminile in questa regione si attesti addirittura in cinque punti percentuali (l'incidenza tra le donne è pari al 13,4% rispetto all'8,3% tra gli uomini).

L'invecchiamento della popolazione e, conseguentemente, la riduzione del tasso di mortalità rappresentano necessariamente dei benefici per la società, ma comportano necessariamente dei costi: diventano più diffuse le malattie croniche e la disabilità di lungo periodo, inducendo un aumento dei costi sociali e sanitari. Nello schema a seguire viene illustrata la correlazione esistente tra la presenza di malattie croniche e la perdita di autonomia e, dunque, la necessità di assistenza (Graf. 2).

Allungamento della vita non sempre, quindi, corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza, aggravata dalla presenza di multipatologie e dall'isolamento sociale dell'anziano.

Graf. 2 - Età e patologie croniche



Fonte: ns elaborazioni da Istituto Superiore della Sanità (2004)

In sintesi, è possibile affermare che nell'attuale società lo stato di salute è condizionato da almeno quattro fattori principali, ossia:

- ⇒ la diminuzione dell'esposizione a fattori di rischio;
- ⇒ l'aumentata disponibilità di nuove terapie;
- ⇒ l'aumentata disponibilità di nuove tecnologie;
- ⇒ l'incremento delle attese degli individui.

2. Letteratura ed evidenze prodotte

Il presente lavoro, dopo un'attenta valutazione della letteratura in campo socio-sanitario, ha preso in considerazione alcuni studi socio-epidemiologici svolti sulla popolazione anziana, di cui vengono riportate in sintesi le caratteristiche strutturali nella tabella a seguire (Tab. 2).

Si sottolinea in particolare come lo Studio Argento, promosso dall'Istituto Superiore della Sanità (ISS) e condotto su 11 regioni italiane, accanto all'indagine Multiscopo dell'ISTAT ed allo Studio ILSA del CNR-ISS, ha permesso di delineare i bisogni assistenziali dell'anziano, sottolineando le differenze territoriali ed il gap tra l'attuale offerta di assistenza ed i traguardi ottimali cui mirare.

Infatti il suddetto Studio consente di ottenere informazioni a dimensione regionale relativamente a tematiche su cui spesso vige, come precedentemente sottolineato, una carenza di dati. Peraltro le stime conseguite si dimostrano sovrapponibili alle evidenze prodotte attraverso altri studi corrispondenti, confermando l'attendibilità del metodo utilizzato.

Tab. 2 - Analisi comparativa degli studi sugli anziani

Studio Aspetti	ISTAT Condizioni di salute	ISS Studio Argento	CNR-ISS ILSA Epidemiologia/bisogni
Tipologia	trasversale	trasversale	longitudinale
Periodo	1999-2000	2002	1992-2002
Target	>60 anni	>64 anni	65-84 anni
Numerosità	25.000 (ultra 64enni)	2.200	5.600
Localizzazione	nazionale	multiregionale	multiregionale
Strumenti	intervista	intervista	intervista + esame clinico

Fonte: ns elaborazioni da Istituto Superiore della Sanità (2004)

Vengono di seguito enucleate alcune delle evidenze epidemiologiche e sociali più rilevanti emerse dai succitati studi, riportando la contestualizzazione delle informazioni e dei dati raccolti per singole regioni oggetto della presente analisi¹.

¹ Lo Studio Argento è stato condotto in 11 regioni italiane (Piemonte, Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna); le interviste domiciliari sono state svolte nel mese di maggio 2002.

Dal campione sono state escluse le persone ricoverate in Case di Riposo in quanto si è scelto di analizzare i bisogni di salute dell'anziano non inserito già in strutture che offrono assistenza.

2.1 La presenza di pluripatologie

Lo stato di salute della popolazione anziana è condizionato dalla presenza di malattie cronicodegenerative che compromettono in modo permanente le condizioni di salute e la qualità di vita della persona; in particolare la presenza di pluripatologie è molto frequente, aumenta con l'età e peggiora gli indici della qualità di vita percepita dall'anziano. In particolare si rileva come le donne vivano più a lungo, ma con un numero maggiore di anni di vita in presenza di disabilità e minore qualità complessiva.

I dati raccolti a livello regionale mostrano una sostanziale similarità distributiva della presenza o assenza di pluripatologie tra gli anziani ultra 64enni (Tab. 3); sono invece evidenziabili delle differenziazioni nei tassi di prevalenza delle singole patologie più diffuse. Se, ad esempio, la patologia più diffusa risulta essere l'artrosi, peraltro malattia invalidante, tassi di prevalenza più elevati sono ascrivibile a Emilia-Romagna e Sicilia rispetto alla Puglia (Tab. 4).

Tab. 3 - Presenza di pluripatologie

	Nessuna patologia	Soffre di una o due patologie	Soffre di tre o più patologie
• Emilia Romagna	5,3%	44,7%	50,0%
• Puglia	5,8%	46,2%	48,0%
• Sicilia	3,5%	44,0%	52,5%

Fonte: ns elaborazioni da Istituto Superiore della Sanità (2004)

Tab. 4 - Prevalenza delle patologie più diffuse

Patologie più diffuse	Emilia-Romagna	Puglia	Sicilia
• Artrosi/artrite	67,1%	56,5%	66,9%
• Ipertensione	52,2%	56,5%	52,5%
• Malattie cardiovascolari	29,5%	22,7%	28,7%
• Diabete	10,1%	16,4%	22,1%
• Malattie respiratorie	15,0%	20,8%	21,3%
• Osteoporosi	18,8%	21,7%	25,2%
• Ictus	8,7%	5,3%	7,4%
• Tumori	5,1%	3,9%	5,0%

Fonte: ns elaborazioni da Istituto Superiore della Sanità (2004)

2.2 Autosufficienza e dipendenza

La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale, sia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana che per l'assistenza infermieristica e medica.

Per misurare l'autosufficienza è stato sviluppato un sistema basato sulla capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (denominato propriamente *Activity Daily Living* o ADL). Nello Studio Argento, in particolare, per ottenere le misure del livello di dipendenza è stato utilizzato un set comprendente le ADL principali (ossia: camminare, lavarsi, utilizzare il bagno, mangiare, vestirsi, urinaria) e, attraverso il calcolo dell'indice di Katz, sono stati classificati:

⇒ autosufficienti: gli anziani in grado di svolgere da soli tutte le ADL indagate;

⇒ dipendenti: gli anziani non in grado di compiere da soli una o più attività. Questi ultimi sono stati distinti in gravi, qualora non siano più in grado di effettuare alcuna delle ADL, e moderati.

Tab. 5 - Non autosufficienza e caratteristiche per età e genere

	Ultra 64enni			Ultra 74enni		Dipendenti gravi
	Uomini	Donne	Totali	Uomini	Donne	
• Emilia-Romagna	10%	18%	16%	17%	32%	1%
• Puglia	10%	20%	17%	18%	28%	4%
• Sicilia	19%	31%	26%	22%	46%	2%

Fonte: ns elaborazioni da Istituto Superiore della Sanità (2004)

I dati a livello regionale evidenziano una più diffusa caratterizzazione di non autosufficienza tra la popolazione siciliana (26% degli ultra 64enni), riguardando quasi la metà delle donne ultra 74enni (46%). La tendenza generale comunque ascrive prioritariamente alla componente femminile lo stato di dipendenza, svantaggio che si accresce all'aumentare dell'età (Tab. 5).

2.3 Bisogno di assistenza

Dal quadro di insieme fornito da questi studi emerge che il 3% delle donne ed il 2% degli uomini da 65 a 69 anni ha bisogno di assistenza quotidiana, percentuale che si accresce al 25% nelle donne sopra gli 80 anni ed al 18% negli uomini.

Se si focalizza l'attenzione sull'effettiva erogazione di una qualche forma di supporto, a livello regionale si riscontra una certa differenza:

- in Emilia-Romagna tutte le persone con disabilità ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli;
- in Puglia è il 97% delle persone non autosufficienti a riceverlo;
- in Sicilia è il 93%.

Tuttavia, considerando il complesso della popolazione anziana ultra 64enne, il dettaglio regionale mette in evidenza una ulteriore differenziazione concernente la distribuzione compositiva dei fornitori di aiuto (Tab. 6). Senz'altro la famiglia resta ad oggi la principale fonte di supporto per le persone anziane non autosufficienti che risiedono a casa ed in particolare è la famiglia di diversa generazione, rappresentata da figlia/o e nuora/genero, a farsi prioritariamente carico dell'assistenza all'anziano. Si osservi però come per le due regioni meridionali qui rappresentate, in particolare per la Puglia, risulti significativo anche il contributo apportato dal coniuge/partner.

Si configura altresì differenziato l'apporto dato da personale a pagamento, che si presenta più diffuso nella regione Emilia-Romagna e meno nella Puglia: detto fenomeno risulta condizionato da aspetti culturali (presenza o meno di una rete familiare di supporto), da aspetti economici (presenza di livelli reddituali adeguati per sostenere l'onere di un supporto esterno), da aspetti occupazionali (disponibilità di personale in grado di erogare assistenza).

Tab. 6 - Soggetti fornitori di assistenza

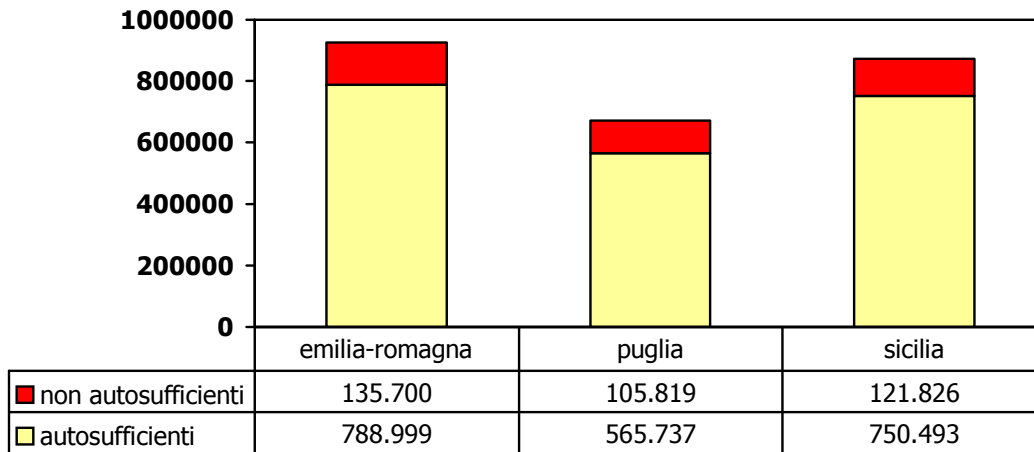
	Emilia-Romagna	Puglia	Sicilia
Familiare di diversa generazione (figli, nuore/generi, nipoti)	46%	43%	49%
Familiare della stessa generazione (coniuge o partner)	19%	33%	22%
Persona a pagamento	17%	7%	13%
Volontari, vicini, altro	18%	17%	16%

Fonte: ns elaborazioni da Istituto Superiore della Sanità (2004)

3. Stima della presenza di assistenti familiari

Prima di procedere a valutazioni sul fabbisogno di assistenza familiare, è necessario avere un'idea del contingente di popolazione anziana ultra 64enne non autosufficiente: la stima, ottenuta attraverso un processo inferenziale, prende a riferimento come base del computo la popolazione residente per classi d'età e genere definita dall'ISTAT e come parametri definitivi i dati sulla condizione di non autosufficienza ricavati dallo Studio Argento.

Graf. 3 - Ripartizione della popolazione ultra 64enne: valori stimati



Fonte: ns elaborazioni da ISTAT (2004) e da Istituto Superiore della Sanità (2004)

Il grafico precedente (Graf. 3) visualizza il volume complessivo stimato di persone non autosufficienti per singola regione, mentre nella tabella successiva (Tab. 7) ne viene proposta anche una disaggregazione stimata per genere.

Tab. 7 - Classificazione per genere della popolazione ultra 64enne: valori stimati

Classificazione	Donne ultra 64enni		Uomini ultra 64enni		Totale ultra 64enni	
	autosuff.	non autosuff.	autosuff.	non autosuff.	autosuff.	non autosuff.
Regioni						
• Emilia-Romagna	443.106	97.267	345.893	38.433	788.999	135.700
• Puglia	309.310	77.327	256.427	28.492	565.737	105.819
• Sicilia	419.505	80.725	330.988	41.101	750.493	121.826

Fonte: ns elaborazioni da ISTAT (2004) e da Istituto Superiore della Sanità (2004)

Come visto precedentemente (Tab. 6), i fornitori di aiuto a pagamento sono distribuiti nei diversi ambiti regionali con le seguenti percentuali:

- in Emilia-Romagna: 17%
- in Puglia: 7%
- in Sicilia: 13%

pertanto si è inteso stimare l'attuale presenza di assistenti familiari (comunemente denominate "badanti") adottando questi parametri e rapportandoli alla popolazione non autosufficiente complessivamente stimata (Tab. 8).

Tab. 8 - Presenza di assistenti familiari: una stima

	Emilia-Romagna	Puglia	Sicilia
Totale anziani non autosufficienti nella regione (stima su parametri ricavati dallo Studio Argento)	135.700	105.819	121.826
• di cui anziani che ricevono un qualche aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli (stima su parametri ricavati dallo Studio Argento)	135.700 (100%)	102.644 (97%)	113.298 (93%)
• di cui anziani che ricevono un aiuto da personale a pagamento (percentuale desunta attraverso lo Studio Argento)	17%	7%	13%
Attuale presenza di assistenti familiari (stima)	23.069	7.185	14.729

Fonte: ns elaborazioni da ISTAT (2004) e da Istituto Superiore della Sanità (2004)

Il processo di stima porterebbe quindi ad una presenza più contenuta nella regione Puglia, annoverabile attorno alle 7.000 unità, raddoppiandosi per la regione Sicilia ed addirittura triplicandosi nella regione Emilia-Romagna. Questa dinamica è l'esito di due tendenze: da un lato il bacino di utenza non autosufficiente risulta numericamente superiore nella regione Emilia-Romagna (+32,2% rispetto alla Puglia e +19,8% rispetto alla Sicilia); ma al contempo in questa regione risulta superiore in termini percentuali proprio il ricorso a supporti a pagamento.

E' opportuno tuttavia sottolineare come i dati in nostro possesso non consentano di stabilire la quota parte di supporto erogato da persone immigrate; in via indicativa però è significativo sottolineare come nelle regioni meridionali il personale a pagamento risulti essere prevalentemente di nazionalità italiana, contrariamente a quanto è stato rilevato per le regioni del nord. La proporzione a livello nazionale risulta di un italiano a quattro immigrati.

A completamento dell'analisi svolta si è cercato di stimare, complessivamente, il fabbisogno di assistenza per le persone non autosufficienti, traducendolo in termini di "posti-lavoro".

Una disamina più dettagliata del grado di disabilità, effettuata sulla base della classificazione con ADL usata in letteratura, consente di affermare che:

1. i soggetti non autosufficienti in una ADL necessitano di un aiuto prevalentemente sociale quotidiano, ma limitato ad alcuni momenti della giornata, specialmente se non ci sono malattie croniche in fase attiva associate;
2. i soggetti con perdita di almeno due o più ADL rappresentano una compagine non in grado di vivere da soli e nei quali possono insorgere specifiche necessità assistenziali mediche e/o infermieristiche legate proprio alla condizione di non autosufficienza. Questa compagine di anziani necessita di un aiuto continuativo durante il giorno.

Sulla base di questi criteri definitivi, si è stimato il volume delle persone ultra 64enni che necessitano di un aiuto continuativo durante la giornata e, in maniera complementare, quelle che necessitano di un supporto parziale. La tipologia di supporto è stata poi tradotta in termini di "operatore equivalente", ipotizzando cioè un certo carico di lavoro (in termini di presenza lavorativa).

Non disponendo di dati più analitici, ovvero su livelli dettagliati della condizione di non autosufficienza, si è preferito produrre una stima "prudenziale" che attribuisce una presenza permanente (full time) al sottoinsieme di non autosufficienti gravi (dipendenti su tutte le ADL), ed attribuisce una presenza parziale (part time) al restante sottoinsieme indistinto di anziani non autosufficienti.

I risultati del processo di stima, dettagliati a livello regionale e riportati nella tabella seguente, evidenzerebbero una necessità di persone di supporto (in termini di operatori equivalenti²) pari a 68.529 per la regione Emilia-Romagna, a 55.026 per la regione Puglia e a 62.131 per la regione Sicilia.

Tab. 9 - Fabbisogno di assistenza: una stima

	Anziani ultra 64enni non autosufficienti (stima)		Numero di operatori (stima)		Numero "operatori equivalenti"
	con perdita di almeno una ADL	con perdita di tutte le ADL	Part time	Full time	
• Emilia-Romagna	134.343	1.357	134.343	1.357	68.529
• Puglia	101.586	4.233	101.586	4.233	55.026
• Sicilia	119.389	2.437	119.389	2.437	62.131

Fonte: ns elaborazioni da ISTAT (2004) e da Istituto Superiore della Sanità (2004)

Si precisa come questa valutazione assuma connotato puramente "teorico", sia per la opinabilità delle ipotesi misurative sottostanti, sia, soprattutto, perché la stragrande maggioranza del bisogno di assistenza viene assolto dalla componente familiare, la cui presenza è difficilmente e impropriamente comparabile ad una "presenza lavorativa" (sia essa part time o full time).

² Il computo è stato effettuato sulla base dell'equazione 1 full time = 2 part time. Tuttavia non sempre questa equazione può ritenersi sostenibile dal punto di vista organizzativo-gestionale: la gestione di due anziani da parte di una stessa persona nell'arco di una giornata risulta assoggettata, ad esempio, a vincoli di compatibilità degli orari in cui le persone anziane abbisognano di assistenza e/o a vincoli di ubicazione degli stessi anziani. Per questi motivi la stima prodotta deve essere considerata soltanto in termini indicativi.

Riferimenti bibliografici

Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. *A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries*. Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond. 1991; 44: 98-106.

Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività e i risultati) Roma 25 Novembre 1998.

Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. *Progress in development of the index of ADL*. Gerontologist 1970; 10:20-30.

Istat - *Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000*.

Maggi S, Farchi G, Crepaldi G. *Epidemiologia della cronicità in Italia*. In: Rapporto Sanità 2001. Ed. Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Bologna: Il Mulino; 2001 pp. 103-21.

Studio Argento - *Indagine sulla salute della terza età*. Rapporti regionali (2003).

LE INTERVISTE AI TESTIMONIAL

Sulla base della documentazione raccolta, in cui si intrecciano schede, esperienze, proposte operative, e che è stata schematicamente illustrata, si è proceduto a realizzare una *field research*, attraverso una serie di interviste (con un Questionario semistrutturato) rivolte a “testimonial” territoriali individuati e selezionati con un criterio uniforme per le tre realtà provinciali che costituiscono l’ambito di sperimentazione del Progetto ASPASIA: Reggio Emilia (con il coinvolgimento più diretto del Comune di **Bagnolo**), **Brindisi** e **Ragusa**.

Si è optato per l’intervista a rappresentanti di Enti e strutture che esercitano una responsabilità politico-professionale ed operativa all’interno delle reti dei servizi territoriali e che in conseguenza di ciò hanno conoscenze e competenze acquisite sul campo per quanto attiene la presenza delle assistenti familiari, sia sotto il profilo delle dinamiche del mercato del lavoro che della loro funzione nell’ambito dell’assistenza alle persone anziane.

La tabella che segue illustra il profilo e la distribuzione territoriale degli intervistati.

Bagnolo (Reggio Emilia)	Brindisi	Ragusa
<ul style="list-style-type: none"> • Rappresentanti del Comune di Bagnolo: <ul style="list-style-type: none"> - Assessore alle Politiche sociali - Dirigente del settore Politiche sociali - Assistente sociale - Coordinatrice Fondazione Casa Insieme • Funzionario del Centro per l’Impiego di Reggio Emilia • Responsabile del Centro di Solidarietà di Reggio Emilia. • Dirigente Area sociale dell’Azienda Sanitaria Prov.le di Reggio Emilia 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappresentante della Cooperazione sociale • Assessore alle Politiche sociali del Comune di Brindisi • Dirigente Centro per l’Impiego di Brindisi • Dirigente responsabile Servizi sociali dell’Azienda sanitaria di Brindisi • Responsabile CARITAS • Vice-Presidente Cooperativa sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile del Distretto Socio-sanitario dell’Azienda sanitaria n. 7 • Dirigente UPLMO • Rappresentante di un’IPAB • Dirigente Settore servizi sociali e assistenza del Comune di Ragusa

Risulta evidente che si tratta di una platea di interlocutori fortemente ancorati ad una funzione di governo e gestione dei servizi sul duplice versante del mercato del lavoro e dell’assistenza socio-sanitaria.

Le caratteristiche professionali e degli incarichi operativi (oltre che una quasi generalizzata piena ed impegnata adesione alle interviste) hanno consentito di realizzare colloqui approfonditi e proficui che hanno generato non solo una cospicua mole di informazioni, ma soprattutto di disegnare un quadro conoscitivo ravvicinato sia delle dinamiche sociali presenti nei territori che delle attese e delle risorse disponibili per affrontare le proposte del Progetto ASPASIA.

Il Questionario ha si è dimostrato uno strumento efficace ed ha consentito di strutturare ed orientare i colloqui sia alla rilevazione dei dati conoscitivi che all'approfondimento tematico, avviando contestualmente una relazione di confronto e collaborazione che costituirà una risorsa preziosa nella fase di sperimentazione territoriale.

Nella valutazione dei risultati raccolti con le interviste, va tenuta presente la diversità dei contesti territoriali (Emilia Romagna, Puglia, Sicilia) e delle problematiche che si trovano ad affrontare i diciassette testimonial, oltretutto evidenziate anche dall'analisi sviluppata per stimare il fabbisogno di assistenti familiari.

Va inoltre considerata la varietà di ruoli e livelli di responsabilità esercitate, sia per quanto riguarda i rappresentanti di Enti ed Uffici pubblici che di quelli del privato-sociale.

Ciononostante si possono operare delle sintesi di notevole significato e spessore conoscitivo; in particolare vanno prioritariamente segnalati gli elementi di convergenza emersi attraverso le risposte ad alcuni degli interrogativi-chiave del colloquio intervista.

- 1) **Per quanto riguarda innanzitutto i flussi**, pur con proporzioni diverse, è stata segnalata da tutti gli interlocutori la percezione di un aumento collegato ad una crescente richiesta delle famiglie: richiesta che sta crescendo anche nella realtà meridionale. Va detto che in tutte le dichiarazioni raccolte si è lamentata l'assenza di documenti e ricerche che diano dati statistici attendibili, ma bisogna anche aggiungere che le risposte erano formulate da persone in possesso di numerosi indicatori empirici per formulare una valutazione realistica. Va inoltre sottolineato che, soprattutto da parte degli intervistati con funzioni di front-office e/o di interfacciamento con l'attività delle assistenti familiari, si è rilevato che l'aumento della loro presenza nell'ambito delle famiglie con persone anziane da assistere (che come abbiamo visto con i dati ISTAT sono destinate ad incrementare la quota dei non autosufficienti), determina il parallelo aumento del lavoro "sommerso".
- 2) Una seconda annotazione riguarda l'**atteggiamento ed il giudizio dei funzionari e dirigenti pubblici intervistati**: è emersa una diffusa e meditata consapevolezza che il lavoro delle assistenti familiari non rappresenta solo una necessità imposta alle famiglie del Nord e del Sud dal mutamento dei nuclei e delle reti parentali che aggrava il carico assistenziale, ma soprattutto, che esso interpella una nuova assunzione di responsabilità pubblica, ovvero del suo riconoscimento come parte integrativa dei servizi del welfare.
- 3) Da tale consapevolezza ed esplicita considerazione discendono alcuni giudizi e conseguenze operative che il Questionario prevedeva:
 - a. il dato più eclatante riscontrato nelle risposte è che in tutti e tre i territori ed ai diversi livelli ed articolazioni operative si è evidenziata l'assenza di coordinamento tra le funzioni istituzionali che si occupano a vario titolo di immigrazione, occupazione e welfare. Si riscontra quindi una diffusa autoreferenzialità ed anche solitudine quando l'Operatore (sia esso un funzionario del collocamento, un'assistente sociale o l'addetto di

uno sportello informazioni) intende affrontare il problema che si presenta in varie forme: la domanda di una famiglia, un'assistente domiciliare senza permesso di soggiorno...)

- b.** La situazione descritta così come emerge dai colloqui-interviste non è naturalmente grigia ed uniforme: in particolare nella realtà territoriale reggiana, la carrelata delle sette interviste ha “regalato” una mappa di iniziative ed esperienze che possiamo definire come “incubatori” di un nuovo modello di rinnovamento del welfare locale e di questo si parla nel punto successivo.
- 4) Lasciando alla parte conclusiva del Rapporto la formulazione di alcune proposte annotiamo di seguito i fatti e le informazioni più rilevanti emersi dalle risposte raccolte nell'ambito reggiano:
- a.** **l'incontro domanda offerta:** sia l'esperienza dello sportello del Centro di Solidarietà che del Centro per l'Impiego testimoniano in modo incontrovertibile che è possibile, praticabile e gradito dalle famiglie il servizio di consulenza, ascolto e regolazione dei rapporti di lavoro con le assistenti familiari: i dati forniti attraverso le tabelle riepilogative delle attività di accompagnamento e sostegno all'inserimento su base annua parlano di circa 500 unità “gestite” sia per quanto riguarda lo sportello del privato-sociale (provinciale) che per quanto attiene la rete territoriale degli sportelli dei Centri per l'Impiego. Un'analisi attenta delle testimonianze consente di riscontrare alcuni elementi di estremo interesse empirico:
- Gli Operatori degli sportelli (privato-sociale e pubblico) hanno la consuetudine di scambiarsi le informazioni e, nei casi difficili (per es. lavoratrici non in regola con i permessi di soggiorno) “dividersi i compiti”;
 - L'attività di “matching” con le famiglie ha prodotto una metodologia che consente di valutare le competenze richieste ed offerte e verificare i percorsi di inserimento;
 - E' percepita l'esigenza di un coordinamento istituzionale di livello superiore finalizzato alla messa in rete delle informazioni e a dare continuità – sistematicità all'iniziativa per l'emersione del lavoro irregolare oltre che per farlo “riconoscere” al sistema di cura delle persone anziane.
- b.** **Il ruolo del sistema sanitario provinciale di Reggio E.,** in coerenza con le indicazioni cogenti della Regione, ha dimostrato di avere spinto sull'acceleratore per adeguare la propria struttura organizzativo-gestionale al mutamento avvenuto sul versante delle persone anziane da assistere:
- In primo luogo attraverso una responsabilizzazione spinta dei sei Distretti finalizzata ad una “presa diretta” delle domande sociali emergenti dal territorio;
 - Con l'intensificazione del processo di integrazione socio-sanitaria;
 - Con l'adozione di una metodologia di valutazione dei contenuti assistenziali (UVG) in grado di orientare non solo gli interventi sulle persone prese in carico, ma anche i programmi operativi dei Piani di Zona;

- Con la sperimentazione di nuovi percorsi socio-assistenziali, anche in rapporto con Progetti finalizzati ad affondare la emergente presenza del lavoro di cura gestito dalle assistenti familiari (vedi “Progetto Madre perla”).
- c. La ricchezza ed articolazioni delle attività di servizio monitorate attraverso le interviste hanno reso palese come si renda sempre più necessario l’avvio di una nuova governance territoriale: i diversi soggetti che hanno adottato tutta una strumentazione organizzativa ed una metodologia operativa in grado di interpretare e governare il fenomeno invecchiamento necessitano di un coordinamento strategico da parte di un Ente che può essere rappresentato dalla Provincia. Le competenze istituzionali attribuitele, dirette per quanto attiene Mercato del lavoro e Formazione professionale, di coordinamento (vedi la L. 328/2000) per quanto riguarda il Socio-sanitario, ne fanno infatti l’Organismo che può dare coerenza, integrazione, continuità alla progettualità davvero positiva ed interessante avviata. L’Ente Provincia, in raccordo naturalmente con le linee programmatiche della Regione, dovrebbe anche far crescere e raccordare le iniziative che maturano a livello di Comuni, particolarmente laddove la spinta dei cittadini e delle famiglie, come nel caso di Bagnolo, porta l’Amministrazione ad adottare soluzioni davvero innovative nel segno della sussidiarietà e di una sensibilità attenta a rispondere alla domanda sociale scaturita dall’invecchiamento della popolazione.
- d. A tal proposito risulta di straordinario interesse l’esperienza realizzata dal Comune di Bagnolo con la costituzione di una **Fondazione onlus “Casa Insieme”**: si tratta di una Casa protetta riservata agli anziani non autosufficienti residenti nel Comune, progettata e costruita con le risorse finanziarie recuperate autonomamente con sottoscrizione da parte dei cittadini, enti, imprese e soggetti locali. Con tale scelta l’Amministrazione ha dimostrato non solo una sensibilità sociale, ma anche la consapevolezza e la determinazione necessarie per affrontare un vero e proprio “rischio sociale” non sufficientemente rilevato e protetto dagli attuali meccanismi di un welfare locale, condizionato pesantemente dai vincoli della finanza pubblica e da una programmazione socio-sanitaria in ritardo nella gestione dell’emergenza costituita dalla non autosufficienza.
- 5) Il panorama vivace di iniziative e risposte concrete emerge soprattutto dalle interviste realizzate nel territorio emiliano; nella realtà di Brindisi e Ragusa, il compito di reagire ad una situazione di deterioramento della condizione delle persone anziane e di sfruttamento del lavoro di cura delle assistenti familiari è sostanzialmente delegato alla Caritas ed alle Organizzazioni del Terzo settore, ma come abbiamo più sopra sottolineato i Responsabili delle strutture pubbliche hanno manifestato consapevolezza e disponibilità ad affrontare la crescente domanda sociale con una nuova progettualità, evidenziando nel contempo che essa può scaturire da un’iniziativa politico-istituzionale che significhi governance territoriale.

NUOVA GOVERNANCE: RIPARTIRE DALLA 328

La documentazione, le opinioni e le valutazioni fin qui sinteticamente illustrate, hanno inevitabilmente focalizzato l’attenzione su fatti, protagonisti ed esperienze baricentrate sul territorio e ciò ha reso ancor più evidenti le ragioni ed i contenuti programmatici di una nuova governance.

Per questa ragione si ritiene appropriata una considerazione usando le affermazioni del **Sindaco di Reggio Emilia** – delegato per il welfare e le politiche sociali dell’ANCI, **Graziano Del Rio**,

pronunciate nel corso del Convegno “Il nuovo welfare nell’Italia del federalismo” tenutosi nei giorni scorsi in occasione della 17 ^ Mostra Convegno dei Servizi ai Cittadini e alle Imprese del Forum P.A.:

“ Per la prima volta dopo quasi cento anni, grazie alla Legge 328, si è tornati a parlare di livelli essenziali nell’assistenza socio-sanitaria. Sarà fondamentale l’intervento del Governo centrale nella corretta applicazione della Legge, ma la sua attuazione dipende dagli Enti Locali: le Regioni devono programmare gli interventi, i Comuni devono intervenire nei piani socio-assistenziali”.

Ma i Comuni, impegnati sempre più in una versione di “governance”, avranno bisogno di avere sul territorio soggetti qualificati, flessibili, con cultura di servizio, aperti all’innovazione, al cambiamento, all’integrazione. In questa ottica ASPASIA si propone di dare un contributo attraverso strumenti ed esperienze pilota che possano vedere co-operare gli enti territoriali con una cooperazione sociale interlocutrice attiva degli attori sociali del territorio, in grado di qualificare il lavoro di cura, di integrare in esso l’assistenza familiare delle “badanti” e di fornire alle famiglie un servizio all’altezza dei bisogni e delle aspettative.

BIBLIOGRAFIA

(in ordine alfabetico)

Ambrosini M., - *La fatica di integrarsi. Immigrazione e lavoro in Italia*, Bologna, Il Mulino 2001.

Ambrosini M., e Berti F., (a cura di) - *Immigrazione e lavoro*, Milano, F. Angeli, ("Sociologia del lavoro", n.89), 2003.

Anderson B., "*Doing the Dirty Work? The Global politics of Domestic Labour*", Zed Boks, London – New York , 2000

Aronson, J. Neysmith, S.M., "*Working conditions in home care; negotiating class boundaries in gendered work*" in International Journal of Health Service, vol. 27, n. 3, 1997

Aa. Vv. (2002), "*La valutazione multidimensionale della popolazione anziana nel Veneto*", Ulss 4 con il patrocinio della Regione Veneto, mimeo.

Aa. Vv. (2003), "*La situazione sociale nell'Unione Europea 2003*", documento presentato a Pesaro in occasione del convegno "Anziani e non autosufficienza" Pesaro 4 e 5 luglio 2003, mimeo.

Aa. Vv. (2003), *Famiglie e anziani fragili. Ripensare gli aiuti*. Osservatorio Pubblicazioni. Comune di Venezia.

Baratella P., Tecchio M. (a cura di) - *La badante nella cura della persona non autosufficiente. Manuale di formazione socio-assistenziale e linguistica della badante e del familiare*, Erickson, 2004

Biancheri R. (2001), "*Quali politiche per gli anziani? Una rilevazione dei bisogni in due province toscane Lucca e Massa – Carrara*", Oggi domani anziani, n. 3/2001.

Blangiardo G.C. (2002) "*Sintesi della Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano anni 2000-2001*", Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Dipartimento per le politiche sociali e previdenziali, mimeo.

Bordogna M.T. – *Fra le mura domestiche: sfruttamento e crisi del welfare nel lavoro di cura delle badanti in Immigrazione e Sindacato. Lavoro, discriminazione, rappresentanza*. III Rapporto IRES

Breviglieri L. (2000) (a cura di), *Trasformazione della condizione anziana*, F. Angeli, Milano.

Cambi F., Campani G. e Ulivieri S., (a cura di) - *Donne migranti. Verso nuovi percorsi formativi*, Pisa, Edizioni ETS, 2003.

Caponio T., Colombo A. (a cura di) – *Migrazioni globali, integrazioni locali*, Il Mulino, 2005

Caritas Italiana, Fondazione Zancan (1997), *I bisogni dimenticati. Rapporto 1996 su emarginazione ed esclusione sociale*, Feltrinelli, Milano.

Caritas Italiana, Fondazione Zancan (2002), *Cittadini invisibili. Rapporto 2002 su esclusione sociale e diritti di cittadinanza*, Feltrinelli, Milano.

Castegnaro A., - *La rivoluzione occulta nell'assistenza agli anziani: le aiutanti domiciliari*, in "Studi Zancan-Politiche e servizi alle persone", n. 2, marzo-aprile 2002, pp. 11-34.

Cioni E. (1999), *Solidarietà tra generazioni. Anziani e famiglie in Italia*, F. Angeli, Milano.

Cnel, Fondazione Silvano Adinolfi - *Le colf straniere: culture familiari a confronto*, 2003

Commissione Nazionale per la Parità e le pari opportunità tra uomo e donna – *Curare ed essere curati: una opportunità, un diritto*, Atti del Convegno, Milano 17 gennaio 2003

Comune di Firenze – *Donne migranti che assistono anziani in casa*, Quaderno 3, progetto Anzianincasa, a cura di Studio Come.

Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali – *Il tempo è dalla nostra parte. Scenari per l'Italia al 2030*, a cura di Rossella Palomba, maggio 2005

Costa G. - *Il lavoro non regolare di cura: quale ruolo nella costruzione di un mercato di servizi alla persona?*, in Ranci, 2001, cit., pp.145-178.

Da Roit B., Castegnaro C. – *Chi cura gli anziani non autosufficienti?*, Milano, Angeli, 2004

De Leonardis O. (1998), *In un diverso welfare*, Feltrinelli, Milano.

DEMOS "Innovare il welfare per la terza età", FRANCO ANGELI

Donati P (2001) (a cura di), *Identità e varietà dell'essere famiglia*, Settimo rapporto CISF sulla famiglia in Italia, San Paolo, Milano.

Ehrenreich B. e Hochschild A.R., (a cura di) - *Donne globali. Tate, colf e badanti*, trad. it. Milano, Feltrinelli, 2004.

Equal Promocare - *La promozione delle donne immigrate nei servizi di cura*, Progetto Coordinato dalla Federazione Trentina delle Cooperative (2002-2004)

Eurispes – *Il lavoro domestico in Italia: regolare e sommerso*, Roma febbraio 2002

FNP-CISL "Gli anziani nella rete", EDIZIONI LAVORO

Folgheraiter F. "L'utente che non c'è", ERIKSON

Frascarelli M. – *Le collaborazioni domestiche*, Fag, 2005

Ghiotto M.C. (2002) (a cura di), "La rete sociale e gli anziani", mimeo.

Gori C. (a cura di) - *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Roma, Carocci, 2002.

Grano C., Lucidi F. – *Psicologia dell'invecchiamento e promozione della salute*, Carocci, 2005

Guaita A. – *L'assistenza a domicilio per gli anziani*, Angeli, 2005

Hillman J. (1999), *La forza del carattere*, Adelphi.

Istituto per la ricerca sociale – *Anziani, lavoro di cura e politiche dei servizi*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* Anno XXXIV n. 17- 18 ottobre 2004.

IRESS – *Verso una cultura della domiciliarità a Reggio Emilia: problemi, prospettive, innovazioni*, Rapporto di ricerca, giugno 2001

La Rivista delle Politiche Sociali - *Migrazioni. Dimensioni sociali e Policy Making*, n.3, luglio-settembre 2004, Ediesse.

Lazzarini G. – *La famiglia chiusa nel welfare nascosto. Il silenzio e l'invisibilità delle "badanti"*, 2004

Leichsenring K. – Alaszewski A.M. *Providing Integrated Health and social care for Older Persons*", EUROPEAN CENTRE VIENNA

Lucchetti M., Socci M., Gattaceca R., Lamura G., *Donne straniere nel lavoro di cura e assistenza agli anziani*. Rapporto di ricerca Inrca, Ancona, 2005

Marini M. (a cura di) – *Lavoro domestico. Guida per chi cura a domicilio persone malate e non autosufficienti*, Taro, 2005

Marshall M. "*Il lavoro sociale con l'anziano*", ERIKSON

Palumbo G. – *Amparo dove vai... Storie di badanti e badate*, Ediesse, 2005

Pavolini E. "*Regioni e politiche sociali per gli anziani*", CAROCCI

Pesaresi F., Gori C.- *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in *Tendenze nuove*, n.4-5, luglio-ottobre 2003, p. 433-470.

Polverini F., Melchiorre M.G., Quattrini S., La mura G. (2002) *La qualità della vita in età anziana: l'evidenza empirica in Italia*. INCRA, Ancona.

Ranci C. (2001) (a cura di), *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Franco Angeli, Milano.

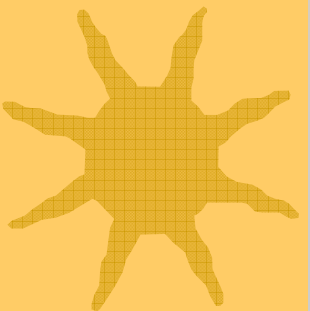
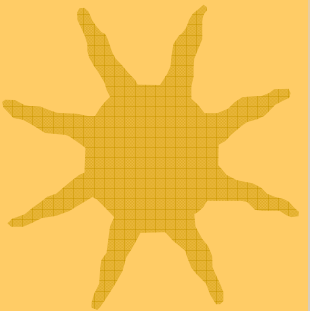
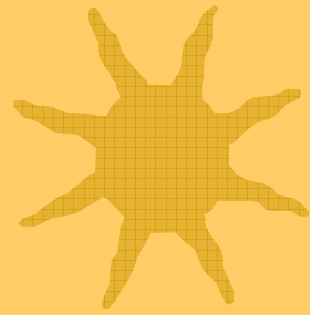
Regione Autonoma Trentino – Alto Adige, FAI cooperativa sociale - *Dare voce ai Caregivers: l'esperienza della cooperativa sociale Fai*, Rapporto di ricerca, marzo 2004

Regione Emilia Romagna, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Unione Europea - *Progetto Madreperla*, <http://serdom.comune.modena.it/madreperla.shtml>

Regione Liguria – *Lavoro Doc. Buone prassi nel lavoro di cura*, 2004, Associazione Tre D e Studio Come.

Rossi A. – *Anziani e assistenti immigrate*, Ediesse, Roma, 2004

- Santini S. et Al., *Donne immigrate nel lavoro di “caregiving” a domicilio di anziani non autosufficienti: un percorso verso l’emancipazione?*, in *Giornale di Gerontologia*, 2001, vol. 49
- Saraceno C. (2003), *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Scortegagna R. (2002), *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna.
- Seed. P. “*Analisi delle reti sociali*”, ERIKSON
- Socci M. , Melchiorre M.G., Quattrini S., La mura G., “*L’assistenza agli anziani fornita da immigrati*”, in *Prospettive sociali e Sanitarie*, 2001 vol. 31
- Soltys M. - *Italia piena di sole. Testimonianze di una badante, a cura di Giacomo Longagni, 2003*
- Spano P. (2003), “*I bisogni della popolazione anziana. Un’indagine sul campo*”, *Economia e società regionale*, 2/2003, pp. 27 -
- Spano P., (2006), “*Le convenienze nascoste*”
Studio Come, *Lavoro di cura e donne immigrate. Dossier*, Roma, 2003
- Teobaldi P.– *La badante*, E/O, 2005
- Toniolo Piva P. – *Famiglie e anziani fragili. Ripensare gli aiuti*, Comune di Venezia, 2003
Osservatorio pubblicazioni.
- Toniolo Piva P. – *Buone pratiche per la qualità sociale*, Roma, Ediesse, 2002



Convegno ASPASIA

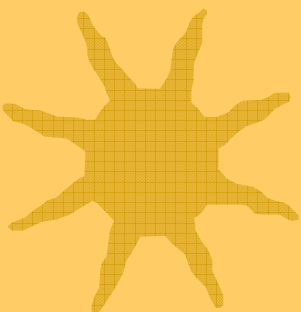
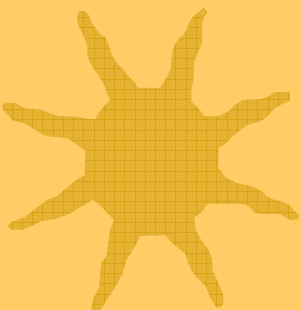
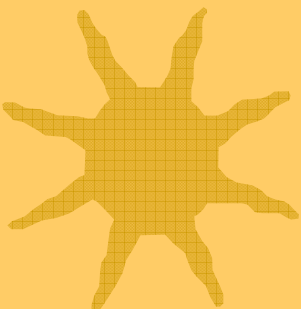
Macrofase 1

“Assistenti familiari, lavoro di cura e rete territoriale dei servizi”

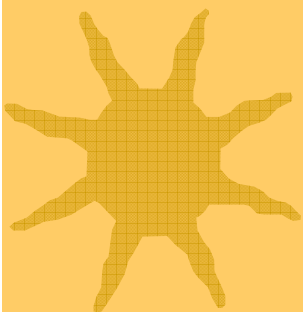
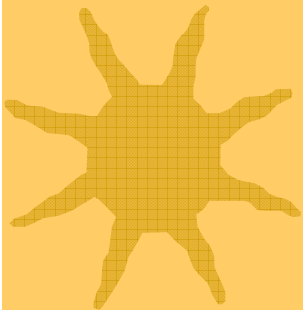
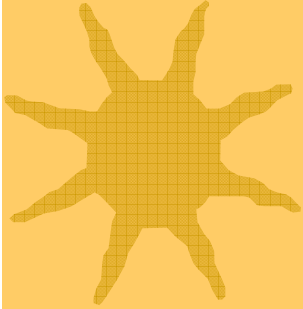
Roma, 25 maggio 2006



IL FILO DEL DISCORSO

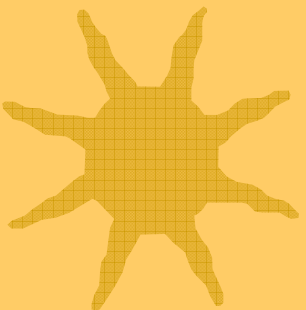
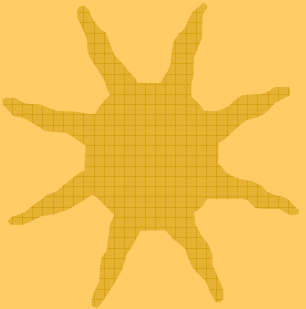
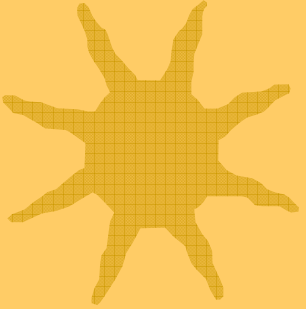


- ★ In viaggio con Claudia
- ★ Emergenza assistenziale
- ★ Non autosufficienza in progressione geometrica
- ★ Visione globale
- ★ Numeri ed Osservazione permanente
- ★ Ricerche e Progetti sperimentali
- ★ Fabbisogno assistenziale
- ★ Confronto con gli attori territoriali
- ★ ASPASIA: continuità progettuale-operativa



IN VIAGGIO CON CLAUDIA

- ★ Un commento rivelatore (sui compagni di viaggio)
- ★ Un'esperienza assistenziale da Napoli a Pordenone
- ★ Competenza ed empatia
- ★ Una parola grossa: empowerment
- ★ Il lavoro precedente (in Moldavia)

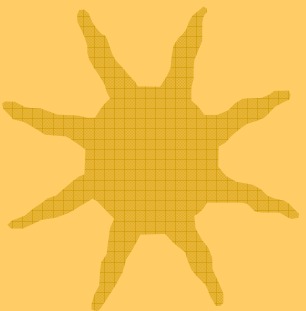
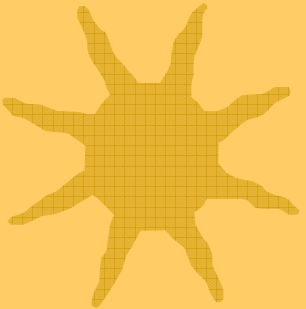
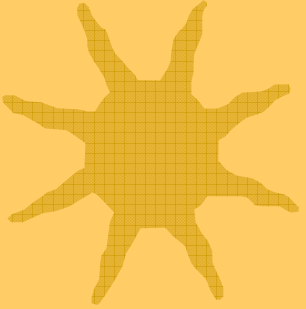


EMERGENZA ASSISTENZIALE

- ★ Evoluzione e trasformazione nel processo di invecchiamento
- ★ Aspettative crescenti ed instabilità del sistema socio-sanitario
- ★ Predisposizione di programmi senza respiro strategico
- ★ Anziani, patologie e/o persone per sempre



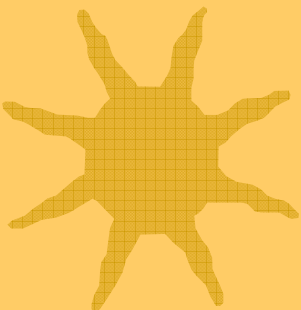
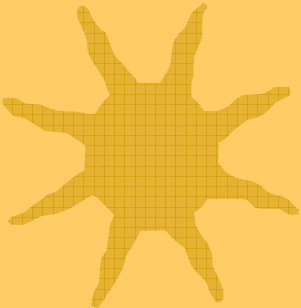
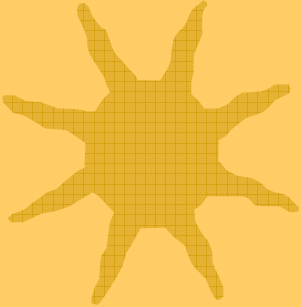
NON AUTOSUFFICIENZA IN PROGRESSIONE GEOMETRICA



- ★ Una definizione di disabilità
- ★ Anziano fragile e problematiche strutturali
- ★ Esigenza di risposte integrate
- ★ Autoorganizzazione sociale delle famiglie
- ★ Solitudine e silenzioso deterioramento della qualità della vita



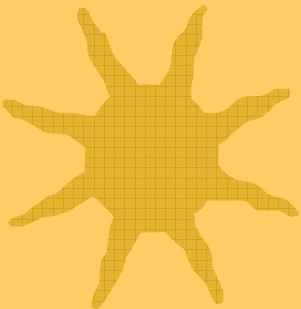
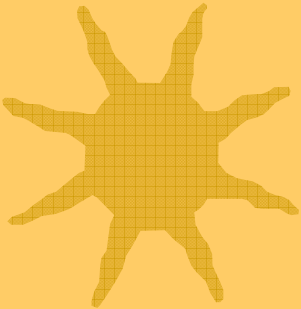
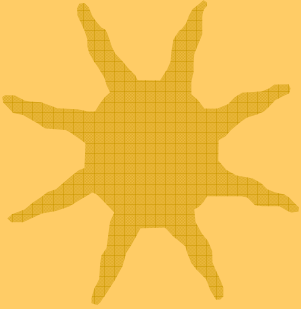
VISIONE GLOBALE



- ★ Un'indagine a tutto campo
- ★dalle “rivelazioni” dell'Osservatorio triveneto della Caritas
- ★ ...alla sperimentazione del progetto PROMTO dentro il sistema sociosanitario
- ★ ...fino alla ricerca sul campo di conferme
- ★ ...con un approccio interdisciplinare



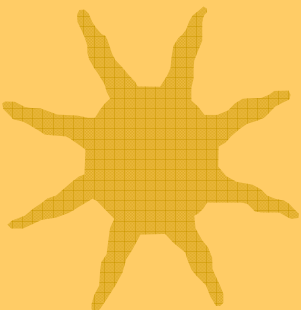
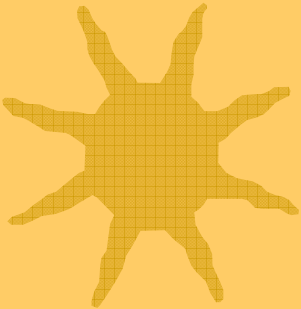
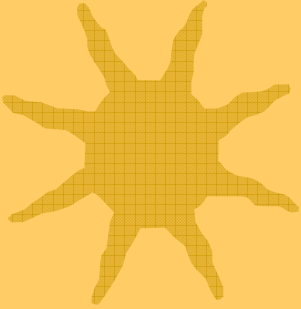
NUMERI ed OSSERVAZIONE PERMANENTE



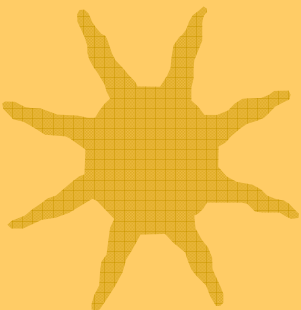
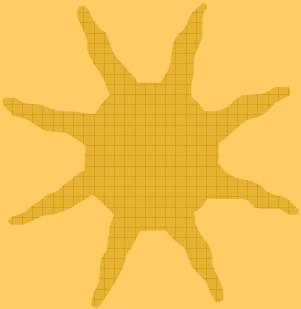
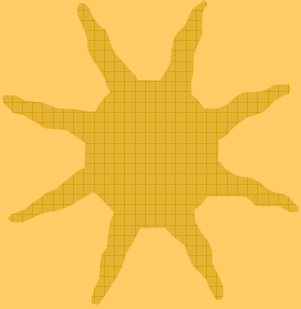
- ★ L'impressionante mappa dell'ISTAT
- ★ Una pluralità di “fonti”
- ★ Necessità di raccordo tra le rilevazioni di:
 - *dati*
 - *interventi*
 - *outcome*
- ★ La proposta di Osservatorio territoriale per monitorare ed “anticipare” la trasformazione in atto



RICERCHE E PROGETTI SPERIMENTALI

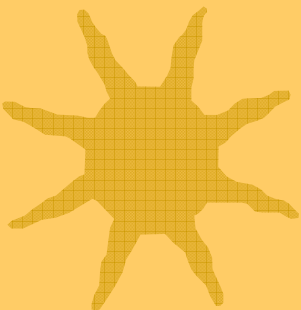
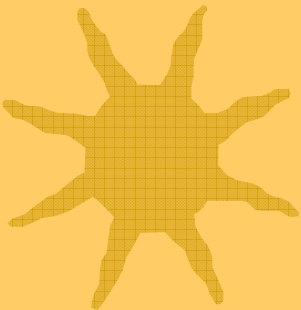
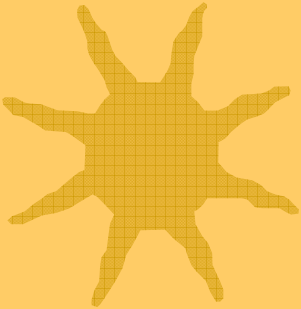


- ★ Baricentro è il Centro-Nord
- ★ Il contesto del Nordest: flussi di immigrazione ed esplosione della domanda
- ★ Molteplicità ed originalità di iniziative in Emilia Romagna
- ★ Una strategia di intervento nelle Marche
- ★ L'esperienza ligure ed il progetto Abruzzo
- ★ Chi coordina chi?



IL FABBISOGNO ASSISTENZIALE

- ★ La Banca dati di Italia Lavoro
- ★ La ricerca ASPASIA
- ★ La comparazione di tre Regioni: Emilia Romagna, Puglia e Sicilia
- ★ La presenza di pluripatologie
- ★ Bisogno di assistenza
- ★ Stima della presenza di assistenti familiari
- ★ Il numero di “Operatori equivalenti” e Liveas

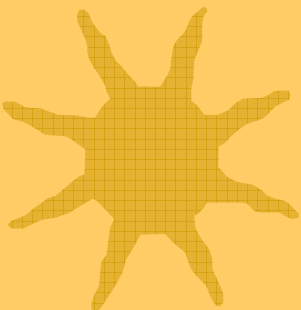
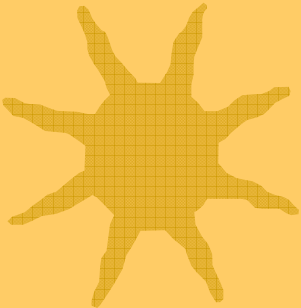
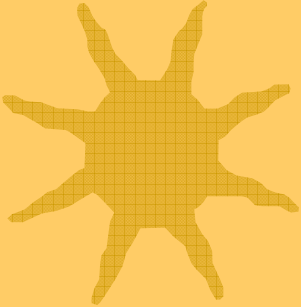


GLI ATTORI TERRITORIALI

- ★ Il Piano delle interviste
- ★ Risultanze: opinioni ed informazioni
- ★ Dinamiche territoriali omogenee
- ★ Gli sportelli “funzionano”
- ★ La Dirigenza pubblica c'è
- ★ Innovazione nel welfare locale
- ★ Forte domanda di nuova governance



CONTINUITA' *PROGETTUALE-OPERATIVA*



- ★ Networking a livello nazionale e confronto sui modelli assistenziali emergenti in Europa
- ★ Attivazione di un Forum interdisciplinare
- ★ Implementazione delle buone pratiche per formazione e sportelli
- ★ Entrata in campo dell'Impresa sociale
- ★ Un nuovo profilo politico-istituzionale per l'iniziativa su immigrazione e rete territoriale dei servizi per le persone anziane