

2WEL • Gli Annali 2018
a cura di Franca Maino



Laura Crescentini, Franca Maino, Tiziana Tafaro



**NON AUTOSUFFICIENZA:
ANALISI E PROPOSTE PER
UN NUOVO MODELLO DI TUTELA**



WP-2WEL 3/18

ISBN 978-88-94960-08-2



WORKING PAPER 2WEL

Percorsi di secondo welfare è un Laboratorio di ricerca nato nel 2011 da una partnership tra l'Università degli Studi di Milano e il Centro Einaudi di Torino per ampliare e approfondire il dibattito sulle trasformazioni dello Stato sociale in Italia. Il progetto guarda in particolare alle misure e alle iniziative di secondo welfare realizzate nel nostro Paese, che si contraddistinguono per la loro forte connotazione territoriale e l'impiego di risorse non pubbliche provenienti da attori privati, parti sociali e organizzazioni del Terzo Settore. L'obiettivo è individuare, scoprire e raccontare esperienze capaci di coniugare il ridimensionamento della spesa pubblica con la tutela dei nuovi rischi sociali, offrendo dati e riflessioni sulle dinamiche in atto a livello locale, nazionale e internazionale.

Il Laboratorio diffonde le proprie ricerche attraverso il portale online www.secondowelfare.it (diventato una testata registrata nel 2015), i Rapporti sul secondo welfare in Italia, pubblicati a conclusione dei cicli biennali del progetto, e la collana **Working Paper 2WEL**. Tali documenti intendono affrontare il tema del secondo welfare da diversi punti di osservazione, approfondendo dinamiche, opinioni ed esperienze che possano favorire la comprensione di questo argomento, per sua natura ampio ed articolato, nelle sue diverse sfaccettature e dimensioni.

Percorsi di secondo welfare oltre alle attività di disseminazione e ricerca istituzionale si occupa di realizzare diverse ricerche *ad hoc* per importanti istituzioni pubbliche e private, organizza momenti di dibattito e riflessione, cura percorsi di accompagnamento per enti interessati a comprendere e realizzare forme di secondo welfare all'interno delle proprie organizzazioni.

Il Laboratorio è realizzato grazie al sostegno di Cisl Lombardia, Compagnia di San Paolo, Edenred Italia, Fondazione Bracco, Fondazione Cariplo, Fondazione CRC, Fondazione Cariparma, Fondazione Cariparo, Forum Ania Consumatori, Inapa - Confartigianato Persone e Luxottica.



© Percorsi di secondo welfare 2018
2WEL • Gli Annali 2018 - ISBN 978-88-94960-08-2
Centro di Ricerca e Documentazione "Luigi Einaudi"
Via Ponza 4, 10121 Torino
www.secondowelfare.it
info@secondowelfare.it

ABSTRACT

NON AUTOSUFFICIENZA: ANALISI E PROPOSTE PER UN NUOVO MODELLO DI TUTELA

Di Laura Crescentini, Franca Maino, Tiziana Tafaro

L'Unione europea ha recentemente ribadito, nell'ambito dell'iniziativa circa il Pilastro Europeo dei Diritti Sociali, l'esigenza di rinnovamento dei sistemi di welfare per realizzare risposte efficaci a nuovi bisogni, a tal fine incoraggiando strategie di innovazione sociale. In Italia ciò è particolarmente vero con riferimento al problema della non autosufficienza: siamo uno dei Paesi più longevi al mondo, ma la qualità della vita in termini di buona salute e/o limitazioni funzionali non è altrettanto confortante. La risposta sia pubblica che privata continua ad essere nettamente inadeguata sotto il profilo quali/quantitativo: frammentazione disorganizzata di interventi con conseguente rischio di inappropriata delle prestazioni, dispersione delle già scarse risorse e attribuzione alle famiglie dell'onere organizzativo e in gran parte di quello economico dell'assistenza. Lo studio intende definire i contorni di un possibile nuovo modello di copertura della non autosufficienza basato su una logica di welfare *life-cycle* che superi la rigida struttura a silos che caratterizza il vigente sistema di welfare, fornendo indicazioni circa la sua concreta fattibilità, in particolare individuando le diverse componenti del modello; possibili attori e relative relazioni; i costi e le relative coperture; i necessari interventi legislativi. L'analisi sarà condotta nel rispetto dei seguenti principi: a) approccio multidimensionale integrato, che realizzi sinergie fra servizi sanitari e sociali, professionalità diverse, diversi attori pubblici e privati, profit e non profit; b) approccio culturale focalizzato non sulla malattia ma sulla persona e il suo progetto di cura e di vita sotto il profilo clinico ma anche con riferimento al contesto familiare, economico, ambientale. Il fine è la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) personalizzati che coinvolgono attivamente non solo il paziente, ma anche i *caregiver* di riferimento. La sua realizzazione deve rispondere a criteri di flessibilità e modularità, con focus sul differenziale fra intervento delineato dal PDTA e intervento pubblico, tenendo conto della diversa declinazione territoriale e delle diverse capacità di spesa dei soggetti interessati; c) valorizzazione del momento collettivo e della bilateralità quali elementi di contenimento di costi e ampliamento dei tradizionali perimetri di copertura.

Laura Crescentini, Attuario, dopo quasi 15 anni di esperienza nel settore del Welfare presso il Ministero del Lavoro, rappresentato anche in sede UE, dal 1996 è Coordinatore Tecnico di Assoprevidenza, Associazione Italiana per la previdenza e assistenza complementare e Membro del Consiglio di amministrazione dell'AEIP, Associazione Europea delle Istituzioni Paritetiche. È membro della Commissione Sanità dell'Ordine degli Attuari. È stata membro del CdA di EPAP, Ente di previdenza pluricategoriale e di EMAPI, Fondo sanitario per l'assistenza dei professionisti italiani. È membro del Comitato Tecnico Scientifico di Itinerari Previdenziali e dello Stakeholder Committee del progetto di ricerca InnovaCAre.

Franca Maino è Direttrice del Laboratorio di ricerca Percorsi di secondo welfare ed è Ricercatrice presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano, dove insegna Politiche Sociali e del Lavoro e Social Innovation e Welfare Mix. È membro del Comitato di redazione di Stato e Mercato e della Rivista Italiana di Politiche Pubbliche. È membro del Comitato scientifico della Fondazione Welfare Ambrosiano e del Comitato scientifico di Assoprevidenza. È membro del Gruppo di Ricerca 1 del progetto di ricerca InnovaCAre.

Tiziana Tafaro, laureata nel 1990 in Scienze Statistiche e Attuariali presso l'Università "La Sapienza" di Roma, è iscritta all'Albo Nazionale degli Attuari dal 1991. Socio effettivo dell'Associazione Internazionale degli Attuari, è Consigliere di Amministrazione dell'EPAP (Ente di Previdenza e Assistenza Pluricategoriale). È docente a contratto per la cattedra di Tecnica attuariale delle assicurazioni sociali all'Università degli Studi del Sannio di Benevento per gli anni 2016/2017, 2017/2018 e 2018/2019. Collabora come docente ai Master Prevcomp organizzati da Mefop e Università della Tuscia in materie previdenziali e di contabilità attuariale. Dal 2018 è welfare specialist presso lo Studio Crenca & Associati.

INDICE

1. INTRODUZIONE	5
2. L'INNOVAZIONE SOCIALE PER RIPENSARE IL SISTEMA DI COPERTURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	6
3. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	9
3.1. I nuovi bisogni: demografia e qualità della vita	9
3.2. Le risposte attuali	10
3.2.1. Le politiche pubbliche	10
3.2.2. L'intervento privato	11
3.3. La spesa per la copertura di LTC	12
4. LA PROPOSTA PER UNA NUOVA GOVERNANCE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	13
4.1. Fasi 1, 2 e 4 – Valutazione del grado di fragilità, definizione e monitoraggio PDTA e PAP	15
4.2. Fase 3 – Organizzazione del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP)	16
5. PROGETTI E RETI TERRITORIALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: ALCUNI ESEMPI	21
5.1. Progetto "Veniamo a trovarvi"	22
5.2. Progetto CoNSENSo - COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety	25
5.3. Progetto La Cura è di Casa	26
5.4. Progetto Fragibilità	28
6. UNA STIMA DEL COSTO DELLA COPERTURA	32
6.1. La valutazione del fabbisogno	32
6.2. Il costo della copertura	33
6.2.1. Il modello di calcolo	33
6.2.2. Basi tecniche	33
6.2.3. I risultati delle valutazioni sui casi tipo	34
6.2.4. I risultati delle valutazioni sulla popolazione dei lavoratori italiani (distribuzione per età 2016)	35
7. CONCLUSIONI	36
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	39

NON AUTOSUFFICIENZA: ANALISI E PROPOSTE PER UN NUOVO MODELLO DI TUTELA¹

1. INTRODUZIONE

Da tempo ormai l'invecchiamento della popolazione è un tema "trendy" che emerge in quasi ogni occasione di dibattito, dai cambiamenti socio-demografici al welfare, dal mercato del lavoro agli investimenti sociali: invecchiamento attivo, nuovi bisogni, nuovi modelli di protezione sociale, *silver economy* sono infatti parole d'ordine ormai "sdoganate", spesso evocate come un mantra, malauguratamente raramente corredate da contenuti concreti ai quali spesso si preferiscono mere enunciazioni di principio.

L'aspetto più confortante è che comunque sembra esserci una generale convergenza sulla necessità di un cambiamento deciso nella *governance* dell'impianto della copertura per la non autosufficienza, o come più comunemente indicato Long Term Care (nel prosieguo, per brevità LTC), fondato essenzialmente sull'adozione di una visione complessiva della problematica, visione incentrata su tre assi fondamentali:

- la centralità della persona e della sua famiglia;
- il focus sul percorso di presa in carico del soggetto non autosufficiente e non sulla singola prestazione, abbandonando la logica della progettazione per silos che oggi caratterizza tutti gli aspetti della tutela: distinzione fra prestazioni sanitarie e sociali, budget differenziati, erogazione non coordinata e non efficace delle diverse prestazioni;
- la messa a sistema di tutte le risorse disponibili, sia in tema di finanziamento, sia in tema di organizzazione dell'erogazione delle prestazioni.

Sembra quindi che, almeno in via teorica, anche nel nostro Paese si voglia intraprendere la strada dell'*innovazione sociale* da tempo indicata e fortemente supportata dall'Unione Europea quale percorso ineludibile per poter consentire ai nostri sistemi di welfare di intercettare in maniera adeguata ed efficace i nuovi bisogni (sul punto si rimanda al par. 2²).

Il possibile quadro operativo va peraltro realisticamente inserito nel contesto economico certamente non prospero che caratterizza attualmente il nostro Paese: non appare quindi verosimile immaginare, almeno nel breve periodo di poter disporre di

¹ Paper presentato al Convegno SISP, Torino, 5-7 settembre 2018, nella Sessione 10.7, *La sfida dell'innovazione sociale nelle politiche di Long Term Care: trasformazioni di policy e dinamiche di politics*. Si ringraziano per gli utili commenti i partecipanti alla sessione.

² Sul punto si segnala anche il progetto biennale InnovaCare, *Enhancing Social Innovation in Elderly Care: Values, Practices and Policies*, che vede coinvolti un gruppo di studiosi (tra cui Franca Maino) dell'Università degli Studi di Milano e dell'Università Vita-Salute San Raffaele. Per maggiori informazioni si rimanda al sito: <http://secondowelfare.it/innovacare/il-progetto-di-ricerca.html>.

risorse significativamente superiori a quelle attuali, certamente con riferimento al settore pubblico, ma anche relativamente alle potenzialità del settore privato, in particolare di matrice collettiva. Il presente studio intende quindi definire i contorni di una possibile proposta di *governance* della LTC, nel rispetto dell'approccio complessivo tratteggiato sopra e fornendo indicazioni circa la sua concreta fattibilità, in particolare attraverso l'individuazione:

- delle diverse componenti del modello, con particolare riferimento agli attori coinvolti e alle relazioni tra di essi;
- dei costi e le relative coperture;
- dei necessari interventi legislativi.

2. L'INNOVAZIONE SOCIALE PER RIPENSARE IL SISTEMA DI COPERTURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Partiamo dunque dal concetto di innovazione sociale per inquadrare il dibattito e individuare gli elementi distintivi chiamati a caratterizzare interventi e soluzioni (oggetto dei paragrafi successivi) per rispondere alle sfide legate all'invecchiamento della popolazione e alla perdita della non autosufficienza.

Una delle definizioni più comunemente utilizzate di innovazione sociale è quella proposta dal Bureau of European Policy Advisers (Bepa). Sebbene non sia stata ufficialmente riconosciuta come la definizione dell'UE³, un elevato numero di documenti comunitari vi fa riferimento (Sabato *et al.* 2015). Ha inoltre acquisito un'ampia diffusione nella letteratura sull'innovazione sociale e costituisce un utile punto di partenza per questo articolo: *“Le innovazioni sono sociali sia in relazioni ai fini che ai mezzi. Si tratta di nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che contemporaneamente soddisfano esigenze sociali (in modo più efficace delle alternative) e creano nuove relazioni sociali e collaborazioni. In altre parole sono innovazioni che non sono solo buone per la società ma migliorano anche la capacità della società di agire”* (Bepa 2010, p. 33). Il processo sotteso all'innovazione sociale implica quindi trasformazioni tanto “di prodotto” (la natura dei servizi offerti e i risultati raggiunti) quanto “di processo” (chi offre il servizio, con quali risorse, a seguito di quali interazioni, alla luce di quali interessi), che si distinguono dal resto delle sperimentazioni nel sociale per il fatto di riuscire a migliorare effettivamente e in modo duraturo la qualità della vita degli individui e della società nel suo complesso.

³ La letteratura è concorde nel ritenere che ricomprendere l'innovazione sociale in un'unica definizione sia complesso e in parte anche riduttivo. Jenson e Harrison si riferiscono all'innovazione sociale usando il termine *quasi-concept* - un concetto caratterizzato da un alto grado di flessibilità ma anche da una serie di debolezze empiriche e analitiche (cfr. European Commission 2013, p. 14). Per una rassegna ragionata sull'evoluzione del concetto di innovazione sociale si rimanda a Ayob *et al.* (2016). Con specifico riferimento al nesso tra innovazione sociale e non autosufficienza si veda Razetti (2018).

Le iniziative socialmente innovative sono fondamentali nei casi di fallimento dello Stato e del Mercato in quanto offrono la possibilità di soddisfare esigenze sociali che altrimenti non sarebbero soddisfatte e creano un valore aggiunto che non sarebbe stato creato senza di esse (Phils Jr. *et al.* 2008). L'innovazione sociale è quindi tale solo se genera vantaggi per la collettività anziché accrescere i guadagni per gli investitori privati e gli imprenditori o fornire risposte esclusivamente per le persone che si trovano in condizioni di svantaggio o bisogno (Harris e Albury 2009).

Il fatto che il termine sociale nella definizione di innovazione faccia riferimento sia al valore aggiunto per la società nel suo complesso sia alla soddisfazione di bisogni sociali precedentemente non soddisfatti o non soddisfatti in modo efficiente rappresenta una componente necessaria ma non sufficiente. È solo combinandosi con la dimensione processuale che il concetto di innovazione sociale sviluppa la sua vera essenza. La definizione del Bepa illustra infatti molto chiaramente che le iniziative socialmente innovative devono contemporaneamente creare “*nuove relazioni sociali e collaborazioni*” (Bepa 2010 p. 33). Questa parte della definizione mette in evidenza l'importanza dei processi e rende evidente che un intervento sociale può essere considerato un'innovazione sociale soltanto quando vengono utilizzate intenzionalmente nuove o rinnovate forme di organizzazione e interazione tra gli attori al fine di rispondere alle sfide sociali. È questa dunque la caratteristica distintiva dell'innovazione sociale. Ad incontrarsi e collaborare sono attori appartenenti ad arene diverse che tradizionalmente non hanno operato insieme. L'innovazione sociale sta dissolvendo i confini che separavano le sfere del welfare pubblico, senza scopo di lucro, da quello privato e, allo stesso tempo, favorisce una maggiore cooperazione tra questi attori (Moulaert *et al.* 2013; Bepa 2014). Proprio lo smantellamento di questi confini e la contaminazione tra settori fa sì che l'innovazione sociale sia in grado di offrire soluzioni nuove e sostenibili, si traduca in cambiamenti di ruolo e relazioni tra gli attori, promuova lo scambio di idee e valori e l'uso congiunto di risorse pubbliche, private e non profit (Phills Jr. *et al.* 2008).

L'innovazione sociale non è però solo caratterizzata dalla collaborazione tra attori del settore pubblico, privato e non profit, ma favorisce l'avvicinamento di attori che operano a livelli istituzionali diversi, da quello locale a quello regionale, dal livello nazionale a quello europeo (Bepa 2010) favorendo così nuove forme di *governance* insieme multi-attore e multi-livello.

L'innovazione sociale cambia il sistema in quanto concorre a modificare le istituzioni e gli strumenti di *policy* utilizzati per soddisfare i bisogni sociali all'interno di una società. Tutto questo contribuisce a creare nuove istituzioni e nuovi sistemi sociali modificando progressivamente i paradigmi interpretativi di riferimento (Cajaiba-Santana 2014). L'innovazione sociale non può quindi essere considerata solo uno strumento di cambiamento delle relazioni tra gli attori coinvolti nell'erogazione di servizi sociali; è piuttosto una fonte di trasformazione del sistema di welfare nel suo complesso. A questo fine l'innovazione sociale punta a “*migliorare la capacità della società di agire*” (Bepa

2010, p. 33). Le iniziative socialmente innovative mirano a migliorare la resilienza dei beneficiari aumentando le loro capacità e facilitando il loro accesso alle risorse (Benneworth *et al.* 2014). L'obiettivo in questo caso è favorire insieme l'*empowerment* dei singoli cittadini e della società nel suo complesso, dotando gli individui del giusto insieme di competenze per diventare protagonisti autonomi e di successo in un sistema economico in rapida trasformazione.

Lo sviluppo dell'innovazione sociale, poi, non si adegua ad un modello lineare di intervento, ma procede per tappe e fasi che riguardano l'emergere di sfide e nuovi bisogni sociali, la messa a punto di nuove idee e soluzioni, la loro sperimentazione e, in ultima analisi, la loro possibile trasformazioni in azioni di sistema e nuove politiche che favoriscano il conseguimento di un cambiamento sistemico nell'ambito di un settore specifico di *policy* e più in generale del sistema di welfare di un determinato paese.

Da ultimo, un concetto importante sia in termini teorici che empirici, strettamente connesso all'innovazione sociale, è quello di resilienza. In un contesto di austerità permanente e di crisi dello stato sociale, gli Stati hanno bisogno di idee innovative che tengano conto della complessità dei problemi e quindi promuovano soluzioni che consentano ai sistemi di welfare di apprendere, adattarsi e occasionalmente trasformarsi senza collassare. Ancora più importante, gli Stati hanno bisogno di rafforzare la loro capacità di trovare in modo continuativo soluzioni efficaci. La teoria della resilienza ha a che fare con il flusso continuo di sfide e fattori di crisi, processi di riorganizzazione, messa in campo di risposte, processi di sviluppo e crescita, consolidamento e di nuovo sfide. Ha sostanzialmente a che fare con la ricerca di un equilibrio tra continuità e cambiamento.

Possiamo ipotizzare che i sistemi sociali si "servano" dell'innovazione sociale per accrescere la loro resilienza (Maino 2017). Questo avviene per tutte quelle caratteristiche distintive dell'innovazione sociale. L'innovazione sociale incoraggia il coinvolgimento degli stakeholder in modo che elementi differenti e interessi diversi si contaminino e traggano mutualmente beneficio. Gli stakeholder operando insieme escogitano nuove idee utilizzando le risorse disponibili. Alcune idee falliscono, ma altre diventano nuovi prodotti, programmi o progetti che attraggono risorse e diventano parte del sistema rinnovato. Dalla contaminazione di idee vecchie e nuove nella fase di generazione ideativa si passa alla definizione di nuove soluzioni in grado di attrarre risorse; dalla fase di sperimentazione di idee innovative e reti operative si passa al consolidamento e all'istituzionalizzazione delle misure in modo che diventino la soluzione da attuare su più vasta scala. La teoria della resilienza, a sua volta, può rivelarsi molto utile per i decisori e gli stakeholder coinvolti nei processi di innovazione sociale (Westley 2013). Essa postula la necessità di esaminare sistematicamente un problema, le possibili soluzioni e gli impatti che potrebbero essere generati. Alimenta insomma quell'attenzione al monitoraggio e alla valutazione essenziali per misurare l'impatto e l'efficacia delle misure in campo.

3. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

3.1. I nuovi bisogni: demografia e qualità della vita⁴

È ormai noto che l'Italia, con un'età media di 85,1 anni per le donne e 80,6 per gli uomini, è uno dei Paesi più longevi al mondo; anche la speranza di vita a 65 anni (19,1 anni per gli uomini e 22,4 per le donne) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media Ue. La quota degli ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione, attualmente pari al 22,4%, nei prossimi 20 anni supererà il 29% e quella degli over 85 sarà oltre il 5%. L'indice demografico di dipendenza strutturale⁵ supera il 55,5%, quello di dipendenza degli anziani⁶ il 34%. Cresce anche l'età media della popolazione, che sfiora i 45 anni.

Se si vive di più, non si vive però meglio. I dati relativi agli anni che restano da vivere, in buona salute e/o senza limitazioni, non sono altrettanto positivi. La speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta a 58,2 anni e quella a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media UE rispettivamente di 14,4 e 15,8 anni. Sempre a 65 anni la speranza di vita senza limitazioni funzionali è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi. Rispetto alla media UE decisamente peggiore è anche la condizione degli over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59% e 64%.

Oltre l'11% degli anziani (1,4 milioni di persone), in massima parte ultrasessantacinquenni, riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)⁷; quasi il 7% presenta invece gravi difficoltà in tre o più attività, quota che sale al 12% tra gli ultrasessantacinquenni. Le persone in difficoltà aumentano ulteriormente se si considerano le attività quotidiane di tipo domestico (IADL)⁸: quasi un terzo degli over 65 e quasi la metà degli over 75 ha gravi difficoltà a svolgere almeno un'attività quotidiana di tipo domestico.

Fattori determinanti si confermano infine il reddito e la collocazione territoriale. A parità di età, la multi-cronicità e la riduzione della perdita di autonomia si manifestano in maniera sensibilmente più marcata fra gli anziani che appartengono alle famiglie con livelli di reddito più bassi e/o residenti nel Mezzogiorno. Il bisogno di assistenza emerge

⁴ I dati di questo paragrafo sono tratti da ISTAT (2016).

⁵ Indice di dipendenza strutturale: rapporto fra popolazione non attiva (<14 > 65 anni) e popolazione di età 15-64 anni.

⁶ Indice di dipendenza anziani: rapporto fra popolazione di età > 65 e popolazione di età 15-64 anni.

⁷ Con ADL (*Activities of Daily Living*) ci si riferisce alle attività quotidiane di cura della persona come vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici.

⁸ Le IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

nel 58% degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona, ed è risolto per oltre il 50% con l'aiuto di una persona del nucleo familiare.

3.2. Le risposte attuali

Sinora la risposta data dal nostro Paese è stata nettamente inadeguata, caratterizzata da una mancanza di progettualità sia da parte del settore pubblico (a tutti i livelli di governo) sia del settore privato, evidenziando per entrambi lo stesso tipo di criticità:

- netta preferenza per le erogazioni di carattere monetario, senza controllo ex-post circa l'utilizzo delle risorse;
- frammentazione disorganizzata di interventi con conseguente rischio di inappropriatazza delle prestazioni e dispersione delle già scarse risorse.

In assenza di misure di sostegno e di una adeguata strategia le famiglie si trovano costrette a farsi totalmente carico dell'onere organizzativo dell'assistenza, ma anche in gran parte di quello economico. La scelta prevalente è stata senza dubbio quella della domiciliarità, fondata essenzialmente sull'aiuto informale, prestato dai familiari (secondo l'ISTAT in Italia ci sono circa 3,3 milioni di *caregiver* familiari, l'8,6% della popolazione italiana adulta, che si prende cura di adulti anziani, malati e disabili) e sulla figura del/la badante, accompagnata da un ricorso contenuto alla residenzialità.

3.2.1. Le politiche pubbliche

Il primo presidio pubblico per importanza è certamente rappresentato dall'indennità di accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario erogata senza condizioni di reddito, il cui utilizzo da parte dei beneficiari è completamente libero, circostanza che in molti casi favorisce un uso improprio di questa misura. Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza rientrano invece nella sfera territoriale, a livello regionale o comunale.

Sempre nell'ambito delle prestazioni a carattere monetario rientrano i *voucher*, gli assegni di cura e i buoni socio-sanitari. Stabilite a livello comunale, sono finalizzate a garantire l'assistenza e la cura a domicilio di persone non autosufficienti che hanno bisogno di un'assistenza continua, tramite l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata fornita da operatori professionali accreditati (*voucher*) o come mero sostegno all'assistenza fornita da *caregiver* "informali" (familiari, vicini, volontari). In questo caso le prestazioni variano, oltre che in relazione alle scelte del territorio, anche con riferimento al reddito, al bisogno assistenziale, alla presenza o meno di *caregiver* formali (badanti).

Alle prestazioni in servizi appartengono invece l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). L'ADI, servizio compreso nei LEA, fornita dalle ASL anche in collaborazione con i Comuni ha carattere socio-sanitario e consiste in un "pacchetto" di trattamenti a domicilio a carattere multidisciplinare, organizzato in

base ad un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale - PAP), finalizzato a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita dell'assistito.

I SAD, forniti dai Comuni, hanno invece carattere essenzialmente socio-assistenziale e perseguono l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (aiuto domestico, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.). Sono generalmente erogati sotto condizioni di reddito, in relazione all'ISEE.

Infine non va dimenticato che risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA⁹, mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

3.2.2. *L'intervento privato*

Con riferimento all'intervento privato le soluzioni per la copertura della non autosufficienza possono ricondursi essenzialmente a tre tipi di prestazioni. In primo luogo, prestazioni di tipo prettamente assicurativo, che prevedono l'erogazione di una rendita al momento del verificarsi dello stato di non autosufficienza, categoria che peraltro offre un ampio ventaglio di opzioni (e di costi). A fianco della classica polizza individuale, configurabile anche come opzione di erogazione della pensione complementare, troviamo infatti coperture a carattere collettivo organizzate essenzialmente da fondi sanitari e, con riferimento al comparto dei bancari e degli assicurativi, da fondi dedicati alla copertura del rischio specifico.

In secondo luogo, il rimborso delle spese sostenute in relazione all'evento di non autosufficienza. Valgono in questo caso le medesime considerazioni svolte con riferimento all'erogazione della rendita, con l'avvertenza che la platea dei provider comprende, oltre alle compagnie di assicurazione, anche le Società di Mutuo Soccorso.

Notevole impulso negli ultimi anni hanno, infine, avuto le coperture a livello aziendale, con particolare riferimento all'utilizzo del premio di risultato, modalità per la quale nell'ultimo triennio è stato definito un apposito regime fiscale agevolato, la cui organizzazione può realizzarsi nelle forme più diverse (*voucher*, contributi a fondi sanitari, rimborso, ecc.)¹⁰.

Caratteristica comune della maggioranza di queste misure è di essere riservate ai lavoratori dipendenti durante il periodo di attività, il che rappresenta evidentemente un ulteriore fattore di criticità, poiché la copertura viene meno con il pensionamento e la vecchiaia, ovvero nel momento in cui il rischio è più rilevante.

⁹ Il termine RSA ricomprende sia le "Residenze Sanitarie" sia le "Residenze Protette", entrambe destinate ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio, ma caratterizzate da diversa intensità e complessità assistenziale.

¹⁰ Sul punto si vedano, tra gli altri, Barazzetta (2017), Santoni (2017) e Maino (2018).

3.3. La spesa per la copertura di LTC

La Ragioneria Generale dello Stato stima per il 2017 una spesa pubblica complessiva (al netto della parte prettamente sanitaria)¹¹ dedicata alla LTC, di circa 17,6 miliardi di euro, pari a circa l'1% del PIL, cifra in linea con la media europea e destinata ad aumentare del 50% entro il 2070, secondo le previsioni della stessa Ragioneria.

Di queste il 78% (13,7 miliardi di euro) è destinato a over 65 essenzialmente (76%) sotto forma di indennità di accompagnamento. Nel 2017 sono state erogate quasi 2,2 milioni di indennità per un importo complessivo di quasi 13 miliardi di euro. Di queste circa il 71% è corrisposto ad over 65, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di un punto rispetto al 2010. Nel 2018 l'indennità è pari a 516,85 euro mensili per 12 mensilità (6.202,2 euro l'anno).

Le altre coperture di carattere non sanitario sono stimate dalla Ragioneria in 3,8 miliardi di euro (2,8 miliardi per gli over 65) e sono rappresentate da prestazioni socio-assistenziali prevalentemente in natura (residenziale o semi-residenziale), erogate a livello locale (Comuni)¹². L'esiguità di quest'ultima componente è essenzialmente legata al carattere pressoché aneddotico della copertura fornita dai servizi di assistenza domiciliare, sia essa ADI o SAD.

In particolare per l'ADI l'indagine condotta da Italia Longeva¹³ evidenzia, per il 2017, un tasso di assistiti pari al 3,2% per la classe di età over 65 e 5,3% per gli ultrasessantacinquenni, con un incremento delle prese in carico nelle classi di intensità assistenziale maggiore. Con riferimento all'assistenza erogata dai Comuni i dati ISTAT evidenziano per il 2015 (ultimo anno disponibile) una spesa media per abitante per servizi sociali per le categorie anziani e disabili di circa 1.500 euro (125 euro al mese), per un totale di utenti di poco superiore al mezzo milione (ISTAT 2015b).

Altrettanto poco confortante è la situazione con riferimento al tema della residenzialità. Sempre i dati ISTAT al 31 dicembre 2015 (ISTAT 2015c), risultavano attivi 12.828 presidi residenziali, per un numero complessivo di posti letto pari a 390.689, 0,64% dei residenti. Gli assistiti sono 382.634 persone: quasi 288 mila (75,2%) hanno almeno 65 anni e oltre 218.000 sono non autosufficienti.

La spesa dei Comuni dedicata alla residenzialità è di quasi 1,2 milioni di euro, rivolta a 242 mila assistiti (0,4% dei residenti) con una spesa media annua di 4.800 euro. Il 46% è assorbito dai 168.000 assistiti over 65, con una spesa media di 3.200 euro.

Nel complesso, anche se fra il 2013 e il 2015 le risorse destinate ai servizi sociali sono aumentate in valore assoluto di quasi 69 milioni di euro, l'aumento ha riguardato

¹¹ La spesa per LTC non sanitaria comprende, oltre all'indennità di accompagnamento, anche una quota della spesa sostenuta dai Comuni per l'erogazione dei servizi di supporto alla persona e le erogazioni economiche direttamente erogate dai Comuni stessi.

¹² La stima è effettuata sulla base dell'indagine ISTAT sugli Interventi e Servizi sociali dei comuni singoli e associati (cfr. ISTAT 2015a).

¹³ Italia Longeva, L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche, anno 2018. L'indagine è condotta sulla base del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) del Ministero della Salute.

esclusivamente le spese destinate a disabili (quasi 36 milioni) e stranieri (oltre 89 milioni) mentre risultano in calo per tutte le altre aree di utenza e in particolare per gli anziani.

Più difficile è la quantificazione della spesa privata, sia nella parte veicolata da fondi pensione, fondi sanitari o intercettata dal welfare aziendale, sia nella componente “out of pocket”, pagata direttamente dalle famiglie. Secondo la stima condotta da Itinerari previdenziali (2016) tale ultima componente sarebbe peraltro quantificabile in circa 9 miliardi di euro, comprensivi anche dei premi versati per polizze individuali dedicate alla LTC sotto forma di rendita (Ramo IV-Malattia) di consistenza peraltro molto esigua (circa 90 milioni di euro nel 2017). Non sono disponibili, invece, dati relativi alle coperture organizzate in via autonoma da Fondi sanitari e tramite l’utilizzo dei premi di risultato né quelli relativi alle coperture collettive, “confusi” nell’insieme dei premi versati per le coperture sanitarie (Ramo Danni), pari nel complesso a 2,6 miliardi di euro.

La spesa complessiva (pubblica e privata) per LTC (al netto della componente sanitaria) sarebbe dunque stimabile in 26,3 miliardi di euro. Se come *proxi* dei possibili beneficiari si assumono i soggetti percettori dell’indennità di accompagnamento (pari a 2,2 milioni) la spesa media sfiora i 12.000 euro annui.

4. LA PROPOSTA PER UNA NUOVA GOVERNANCE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Come evocato in premessa, le parole d’ordine del nuovo disegno organizzativo sono: centralità dell’individuo, definizione di un percorso di presa in carico, approccio complessivo nella realizzazione del percorso. Si tratta del resto di un’impostazione, almeno sul piano teorico, essenzialmente colta dal (primo) Piano Nazionale della Cronicità (da qui in avanti Piano Cronicità), predisposto dal Ministero della Salute agli inizi del 2016, nel quale sono indicate le linee di indirizzo, pur nel rispetto dei singoli modelli regionali, per definire un modello unitario di intervento, monitorato da una Cabina di regia nazionale. Non a caso nel Piano medesimo i suddetti principi sono ben indicati e definiti (Ministero della Salute 2016):

- centralità dell’individuo: va adottato un nuovo approccio culturale che pone al centro del sistema non la malattia ma la persona, e il suo progetto di cura e di vita considerata non solo sotto il profilo clinico ma tenendo in considerazione anche il contesto familiare, economico, ambientale. Il fine non è più in questo caso la guarigione, spesso impossibile, ma il mantenimento e la coesistenza come migliore condizione di salute possibile, considerando i bisogni globali del paziente e il contesto di riferimento;
- definizione di un percorso di presa in carico: il focus si sposta dall’individuazione di singoli interventi/prestazioni all’individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (cd. PDTA) personalizzati, fondati sull’analisi integrata dei bisogni del paziente in una logica di

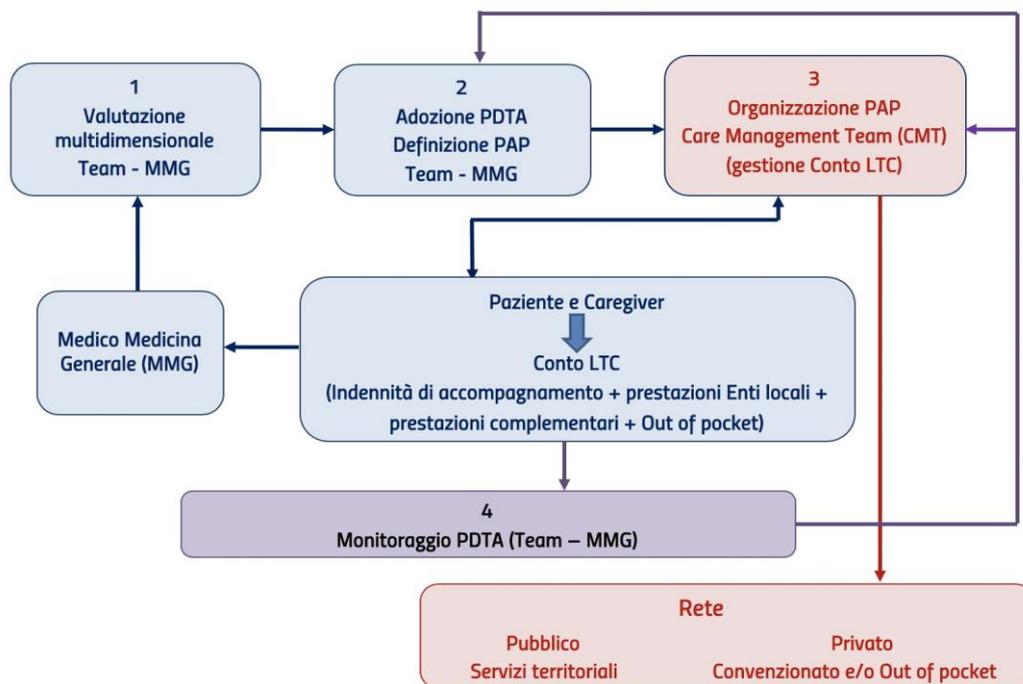
accompagnamento e non solo cura che coinvolga attivamente, con un vero e proprio “Patto di assistenza” non solo il paziente, ma anche i *caregiver* di riferimento.

- logica olistica: significa adottare un approccio multidimensionale integrato, che presuppone sinergie fra servizi sanitari e sociali, fra professionalità diverse, fra i diversi attori pubblici e privati, profit e non profit, coinvolti nel finanziamento, nella pianificazione e nell’erogazione dell’assistenza.

Purtroppo, al momento, la concreta realizzazione del Piano sembra destinata ad avere tempi lunghi. Non a caso nel corso dell’ultima edizione di *Long-Term Care Three*, l’ormai tradizionale simposio organizzato da Italia Longeva sul tema, si è levato un coro unanime dagli amministratori locali sulla necessità di abbattere le barriere esistenti sul piano normativo e amministrativo, che ancora imbrigliano la pur notevole volontà innovatrice delle amministrazioni stesse nella logica di compartimento stagni, impedendo di sfruttare appieno le risorse potenzialmente disponibili, di per sé certamente non abbondanti.

Il punto di partenza non può comunque che essere il modello di Percorso assistenziale illustrato nel Piano Cronicità, che permette di evidenziare le diverse fasi dell’assistenza e, all’interno di queste, quelli che il piano stesso definisce i principali “prodotti assistenziali” che i diversi attori del sistema salute dovranno garantire attraverso le loro attività. La figura 1 illustra in sintesi tale modello proponendo al contempo un’ipotesi di schema organizzativo per la copertura della non autosufficienza.

Figura 1. *Ipotesi di schema organizzativo di copertura per la non autosufficienza*



Fonte: elaborazione delle autrici.

Per la realizzazione del disegno organizzativo è essenziale definire la corretta attribuzione della titolarità/responsabilità delle diverse fasi del processo. A questo scopo, nella figura 1, sono individuate quattro fasi distinte che hanno a che fare con la valutazione del paziente, con la definizione del PDTA, con la sua organizzazione e gestione, e con il monitoraggio.

4.1. Fasi 1, 2 e 4 – Valutazione del grado di fragilità, definizione e monitoraggio PDTA e PAP

Si tratta di compiti che rientrano tipicamente nella responsabilità del SSN, da esercitarsi presumibilmente a livello di Distretto (come del resto già avviene ormai in numerose Regioni), nell'ambito del quale deve essere operativo, così come indicato dal Piano Cronicità, un Team di valutazione composto dalle diverse figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale (MMG, psicologo, infermiere specialista, assistente sociale, ecc.) con intensità variabile in funzione del grado di complessità della persona coinvolta. Il prodotto sarà un Piano di Assistenza Personalizzato (nel seguito PAP), flessibile e modulabile in relazione alla situazione clinica, economica, familiare del soggetto interessato, nonché al relativo contesto territoriale, con particolare riferimento alle possibilità di assistenza socio-sanitaria offerte in primo luogo dal sistema pubblico, ma anche tramite il ricorso al privato.

In questo ambito va segnalata peraltro come un ostacolo non secondario alla realizzazione dell'impianto descritto sia rappresentato dalla mancanza di un criterio univoco per la definizione e la valutazione della non autosufficienza, in primis da parte del comparto pubblico (Regioni e/o Comuni), circostanza che conduce alla possibilità di valutazioni diverse della capacità di autosufficienza/fragilità di uno stesso soggetto in relazione alla sua collocazione geografica. A questo si aggiungono ulteriori differenziazioni operate nel campo delle tutele private in relazione ai diversi soggetti erogatori. Occorre quindi intervenire con una definizione e dei criteri di valutazione della non autosufficienza a livello nazionale, alla quale dovranno adeguarsi anche gli operatori privati (Fondi sanitari, imprese assicuratrici, piattaforme di welfare) e che dovrebbe costituire uno dei requisiti necessario per il riconoscimento, in particolare ai fini fiscali, della copertura offerta.

Sempre in tema di valutazione, va ribadita la necessità dell'adozione della Valutazione multidimensionale (e multidisciplinare) che, avvalendosi di diverse professionalità, vada oltre gli aspetti fisici, psichici e funzionali, considerando anche quelli economici, sociali e relazionali. Del pari è essenziale l'unitarietà del monitoraggio dell'appropriatezza dell'assistenza erogata, sia sotto il profilo quantitativo sia qualitativo, sulla base di un set di indicatori noti e validati a livello nazionale.

Si tratta del resto di carenze lamentate da tempo, e che si ricollegano in qualche modo alla richiesta di definizione dei cosiddetti LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale) ampliandone peraltro il perimetro oltre la mera definizione delle prestazioni, richiedendo una esplicitazione del contenuto e del relativo criterio di misurazione.

4.2. Fase 3 – Organizzazione del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP)

Tre sono gli elementi distintivi della terza fase: a) il ruolo del Care Management Team (nel seguito “CMT”) in relazione agli aspetti organizzativi, b) il Conto individuale in relazione alla gestione delle risorse disponibili, c) il percorso organizzativo in relazione alla presa in carico del beneficiario.

a) Unicità dell’organizzazione: il Care Management Team

Più articolata appare la fase 3 nella quale devono essere individuate in modo concreto le modalità attuative del PAP. L’elemento qualificante è la scelta, da parte del soggetto interessato, di un Care Management Team al quale affidare il coordinamento del PAP. Il CMT è chiamato a svolgere una serie di compiti interagendo di volta in volta con il beneficiario e la sua famiglia, i fornitori di servizi e l’Ente pubblico, come proposto di seguito.

Nei confronti dell’interessato e del suo nucleo familiare il Care Management Team si occupa del:

- servizio di consulenza e accompagnamento, tramite la ricognizione e la mappatura delle possibilità offerte dal territorio per l’erogazione degli interventi assistenziali previsti dal PAP, pubbliche e/o private, anche con riferimento alla qualità (es. liste di attesa) e ai costi della trasmissione, in maniera chiara e trasparente, delle relative informazioni;
- organizzazione pratica del PAP, privilegiando per quanto possibile l’utilizzo dei servizi erogati dal pubblico, anche nell’ottica dell’ottimizzazione delle risorse disponibili;
- rendicontazione, sempre in modo chiaro e trasparente, dell’impiego delle risorse;
- monitoraggio circa l’efficacia del PAP, sia sotto il profilo clinico, sia con riferimento alla soddisfazione dell’interessato e del suo nucleo familiare.

Nei confronti dei soggetti erogatori presiede all’attivazione di una rete di convenzioni con diversi fornitori, siano essi privati o pubblici. Ancorché evidentemente importante, l’entità dei costi non è l’unico fattore da considerare: altrettanto essenziali sono la qualità dei servizi e il loro carattere flessibile e modulare. Nei confronti dell’Ente pubblico, in qualità di responsabile dell’attuazione del PAP, il Care Management Team rappresenta l’interfaccia dell’ente pubblico sia in relazione al monitoraggio dell’appropriatezza dei diversi interventi, sia in funzione delle esigenze di aggiornamento del PAP in relazione all’evoluzione della situazione dell’interessato.

Il ruolo centrale attribuito al Care Management Team impone un’attenta riflessione circa la definizione dei relativi contorni professionali e giuridici. Fondamentale è in questo ambito il ruolo del sistema pubblico al quale spetta non solo la loro

individuazione, ma anche la definizione di un'opportuna procedura di accreditamento (anche in questo caso, si ribadisce, in maniera univoca su tutto il territorio nazionale). Al riguardo meriterebbe infatti di essere considerata con attenzione l'ipotesi di costituzione di un albo dedicato.

Per una sostanziale efficacia dell'operatività del Care Management Team l'accento, più che sulla qualificazione giuridica, dovrebbe essere posto su due caratteristiche essenziali: professionalità e terzietà. Sotto il primo profilo è indispensabile che il Care Management Team sia il punto di caduta di un pool che raccolga tutte le professionalità richieste per l'attuazione e il monitoraggio dell'appropriatezza del PAP e disponga di un'adeguata struttura organizzativa per la raccolta e l'aggiornamento delle informazioni circa l'offerta dei servizi sul territorio. Il requisito di terzietà va inteso essenzialmente con riferimento all'attività di erogazione dei servizi: è evidente che la confusione fra i due ruoli comporta un significativo rischio di conflitto di interessi, dovendo il Care Management Team disegnare la rete degli erogatori e monitorare la qualità del servizio reso.

Avuto riguardo alle due caratteristiche illustrate, il ruolo di Care manager:

- difficilmente potrebbe essere svolto da un'unica persona, richiedendo conoscenze professionali articolate e capacità organizzative: per questo motivo sembra più realistico riferirsi al concetto di Care Management Team;
- esclude ipotesi di "centralizzazione" della funzione, essendo il radicamento sul territorio essenziale ai fini dell'ottimizzazione dell'organizzazione del PAP;
- non sembra compatibile con enti pubblici o privati (siano essi profit o no-profit) che offrono servizi assistenziali, quali ad esempio, ospedali, strutture socio-assistenziali, cooperative di servizi.

Un'ipotesi ventilata da più parti è l'attribuzione dell'incarico di CMT all'INPS, a favore della quale gioca l'attuale ruolo di erogatore dell'indennità di accompagnamento. Le prime due condizioni evocate sembrano per contro offrire argomenti contrari, in particolare in relazione alla disponibilità di adeguate professionalità. In via di principio, quindi, per lo svolgimento del ruolo di CMT andrebbe prevista la costituzione di entità ad hoc, radicate sul territorio, finalizzate alla realizzazione del servizio, indipendentemente dalla relativa natura profit o meno. In tale ambito andrebbero esplorate le possibilità di utilizzo dell'istituto dell'Impresa sociale, che ha recentemente ricevuto nuovo impulso dal Codice del Terzo settore.

Non va sottaciuto peraltro che si pone il problema della remunerazione del servizio offerto dal Care Management Team, necessaria per garantirne l'auspicata indipendenza. Si pone quindi il problema di come evitare che l'esigenza di una corretta remunerazione riduca, di fatto, il potenziale di "acquisto" dei servizi necessari del singolo. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di incardinare l'offerta del CMT nell'ambito dei servizi già offerti dagli enti bilaterali istituzionalmente "incaricati" di occuparsi a vario titolo del

welfare dei propri aderenti: Fondi pensione, Casse di previdenza per i liberi professionisti, Fondi sanitari, Società di Mutuo Soccorso. Analoga offerta potrebbe altresì essere contemplata dalle piattaforme di welfare attivate dalle aziende per l'utilizzo del premio di risultato. Si tratta di un'opzione che presenta più di un vantaggio poiché:

- il carattere collettivo della copertura offerta consente una negoziazione più efficace con gli erogatori dei servizi;
- permetterebbe a quegli enti/aziende che non dispongono di risorse elevate, in relazione alle caratteristiche della platea di riferimento, di offrire comunque un supporto per la LTC a costi molto più contenuti rispetto al finanziamento diretto della copertura stessa.

Non va inoltre sottovalutata la possibilità (auspicabile) di realizzare sinergie fra i suddetti Enti: iniziative come la stipula di convenzioni con i soggetti erogatori e/o la mappatura e il monitoraggio qualitativo delle forme di assistenza ben si prestano ad essere “socializzate” con indubbi vantaggi in termini economici ma anche organizzativi, in particolar modo in relazione all'esigenza di dover coprire un territorio quanto mai diversificato.

L'ipotesi di una messa in comune del servizio potrebbe del resto essere realizzata anche nell'ambito di Reti territoriali - sulla falsariga delle Reti Territoriali per la Conciliazione create in Lombardia¹⁴ - prevedendo il coinvolgimento di operatori pubblici e privati con il fine di sviluppare un sistema di servizi di LTC partendo dalle esigenze espresse dal territorio e dalle risorse disponibili. L'attivazione delle Reti consentirebbe inoltre di superare il problema di assicurare il servizio di Care Management Team anche a coloro che non rientrano nel mercato del lavoro (ad esempio, le casalinghe), o ne sono usciti (gli attuali pensionati), generalmente esclusi dalle coperture a carattere negoziale, riservate ai soli lavoratori (dipendenti o autonomi), ma anche ai lavoratori per i quali non siano stati attivati i predetti accordi di copertura.

Proprio in considerazione della peculiarità del possibile ruolo delle reti territoriali e della loro interazione con il welfare aziendale si è ritenuto di dedicare all'argomento uno specifico focus nel successivo par. 5.

b) Messa a sistema delle risorse: il Conto individuale

L'unitarietà e l'organicità della definizione e dell'organizzazione del percorso di presa in carico deve però essere accompagnata da una analoga unitarietà nella gestione delle risorse destinate al finanziamento degli interventi previsti dal PAP. In questo senso

¹⁴ Sul tema si rimanda – tra gli altri - a Madama e Maino (2013) e Gobbo e Maino (2015).

sembra condivisibile l'ipotesi da alcuni evocata¹⁵ di un "conto individuale" (Conto LTC), la cui titolarità è attribuita al soggetto non autosufficiente, destinato ad accogliere tutte le risorse, pubbliche e private, di cui il soggetto stesso può disporre per il finanziamento delle prestazioni di LTC, e in particolare:

- l'importo dell'indennità di accompagnamento;
- eventuali contributi (monetari o in servizi) attribuiti a livello locale;
- prestazioni integrative attivate dal soggetto in via collettiva (tramite fondi pensione, fondi sanitari, polizze individuali, premio di risultato);
- eventuali contributi volontari che il soggetto intenda versare.

Al riguardo è importante precisare tre aspetti. In primo luogo, il Conto LTC diventa operativo nel momento in cui, accertato lo stato di non autosufficienza, è definito il PAP, scelto il CMT e viene organizzata la sua realizzazione. Il Conto LTC non va confuso con la fattispecie di un Fondo LTC, collettore unico dei contributi eventualmente versati dal singolo nel corso della vita attiva (ad es. fondi pensione, fondi sanitari, polizze) per il finanziamento della prestazione futura. Del pari non implica una prestazione unica, lasciando inalterate le possibilità offerte al singolo in relazione alla sua situazione personale e professionale, rispettandone la libertà di scelta. Solo al momento della corresponsione della prestazione, indipendentemente dalla modalità di erogazione (rendita, rimborso, indennità), il relativo importo dovrà confluire nel Conto LTC e dovrà essere operata la scelta del CMT per una gestione, questa volta sì, unitaria. Non si pongono quindi problemi di gestione finanziaria del Conto LTC, poiché le somme affluiscono periodicamente sullo stesso con le tempistiche e le modalità previste da ogni singolo ente erogatore. In secondo luogo, nel caso di prestazioni in natura dovrà essere prevista la possibilità di "contabilizzare" nel Conto LTC il valore di tali servizi. Ad esempio, se la Regione prevede l'erogazione di 4 ore settimanale di ADI, tale prestazione deve essere inclusa nel Conto LTC al fine della programmazione del PAP. In terzo luogo, si tratta di una modalità organizzativa che può adattarsi a tutti, anche a coloro che sono fuori dal mercato del lavoro o a chi non ha coperture integrative: per tali soggetti cambierà esclusivamente la consistenza del Conto LTC, che si limiterà all'indennità di accompagnamento e agli altri contributi pubblici (al netto degli apporti personali o delle eventuali polizze individuali).

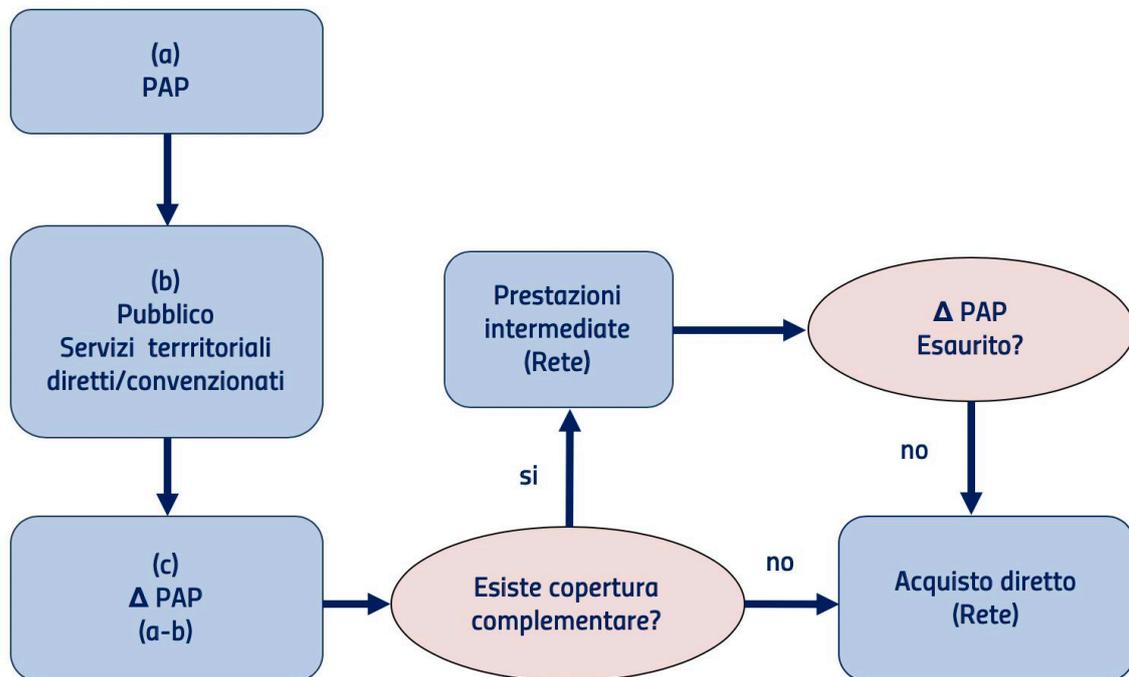
c) Il percorso di organizzazione del PAP

Nella realizzazione del PAP il CMT, nell'ottica di ottimizzare l'impiego del Conto LTC individuale, dovrebbe per quanto possibile dare la precedenza all'utilizzo delle

¹⁵ Si veda sul punto: "Una dote di cura per i non autosufficienti" di Pasquinelli (2011); "La dote e la rete" predisposto dalla Fondazione Easy Care (2016; www.easy-care.it); la proposta lanciata dal Presidente dell'Inps Tito Boeri in occasione della Seconda giornata delle celebrazioni per i 120 anni di fondazione dell'Istituto.

prestazioni erogate dal servizio pubblico, in via diretta o convenzionata, e quindi, coerentemente con l'eventuale fabbisogno residuo, fare ricorso successivamente a quelle contemplate da eventuali coperture complementari attivate e all'acquisto diretto dei servizi, sempre peraltro nell'ambito della rete degli erogatori adottata (Fig. 2).

Figura 2. Realizzazione del PAP



Fonte: elaborazione delle autrici.

In conclusione si sottolinea come il modello ipotizzato non intenda in alcun modo sostituirsi o imporsi agli Enti locali nella definizione dei modelli assistenziali ritenuti più idonei. Il fine è, al contrario, integrarsi con tali modelli e utilizzarne al meglio le potenzialità completando, laddove eventualmente necessario, le necessità di assistenza in maniera organica ed efficace. La possibilità del modello proposto di intervenire con "intensità e modalità" variabili in relazione all'estensione della copertura pubblica lo rende inoltre adatto ad operare efficacemente anche nelle certamente non rare aree del nostro territorio (in particolare al Centro-Sud), nelle quali l'intervento pubblico per LTC è insufficiente a rispondere al bisogno dei residenti e risulta essenzialmente affidato all'erogazione dell'indennità di accompagnamento.

5. PROGETTI E RETI TERRITORIALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: ALCUNI ESEMPI

Un nuovo sistema per la non autosufficienza deve considerare l'integrazione socio-sanitaria, la continuità assistenziale e la sostenibilità nel tempo come elementi fondamentali di qualsiasi intervento. Tale sistema dovrebbe quindi operare per favorire la comunicazione, il collegamento e l'integrazione tra tutti i servizi e gli sportelli esistenti, evitando sovrapposizioni tra interventi e puntando all'ottimizzazione delle risorse. I servizi da coinvolgere per favorire una presa in carico integrata e continuativa sono in particolare l'ospedale, le ASL e i MMG, che rappresentano i principali presidi sanitari a livello locale. Ma anche gli enti locali che si sono dotati negli ultimi anni di moltissimi servizi e sportelli informativi per stranieri e per anziani e di punti di accoglienza per esigenze socio-sanitarie. Così come sono numerosi i soggetti privati e del privato sociale attivi sul fronte LTC.

La questione dell'integrazione tra servizi e iniziative chiama quindi in causa il più ampio tema delle reti e del coinvolgimento degli *stakeholder*. Il sistema attuale può trovare nel coinvolgimento di attori del secondo welfare nuove opportunità in termini di risorse e progettualità. Particolare attenzione deve essere rivolta innanzitutto a favorire la partecipazione di partner quali Regione, enti locali ed enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, Agenzie per il lavoro, CPI, soggetti del Terzo Settore che erogano servizi nell'ambito della cura e dell'assistenza. Devono però essere stimolati a partecipare ai nuovi interventi anche nuovi attori come le Fondazioni di origine bancaria o di impresa, che possiedono importanti competenze progettuali; imprese e rappresentanze datoriali e sindacali, che possono essere coinvolte nella progettazione di iniziative di welfare aziendale e territoriale; CAF e patronati, che possono garantire alle persone e alle famiglie un supporto qualificato in ambito burocratico e amministrativo; l'associazionismo, che rappresenta una ricchezza (sebbene non omogeneamente distribuita sul territorio nazionale) in grado di fornire contributi significativi all'implementazione di interventi rivolti alle assistenti familiari e più in generale progetto di welfare comunitario.

Di seguito presentiamo quattro casi che mostrano come nell'arco dell'ultimo decennio e con riferimento proprio al tema della non autosufficienza (in relazione alle sfide poste dai processi di invecchiamento della popolazione) siano andate sviluppandosi reti multi-attori e a forte radicamento territoriale. La scelta dei casi è puramente esemplificativa¹⁶ e volta ad evidenziare che progetti innovativi (oltre che articolati e complessi) sono già operativi e stanno contribuendo ad alimentare quel cambio di paradigma necessario per ripensare profondamente il sistema di copertura per la non autosufficienza.

¹⁶ Per approfondire un ulteriore caso si rimanda a Giusti e Zucchini (2018) sui servizi per la domiciliarità nella città di Bologna.

5.1. Progetto “Veniamo a trovarvi”

Veniamo a trovarvi è un progetto che mira a sostenere la permanenza delle persone anziane presso il proprio domicilio facendo leva sul ruolo che, a questo scopo, può essere svolto da una struttura residenziale presente sul territorio¹⁷. Tale struttura, dotata di infrastrutture e personale specializzato, può divenire un riferimento per l'intera comunità locale e fornire molti dei servizi di assistenza necessari alle persone anziane in difficoltà.

Il progetto, di durata triennale, è stato avviato nel 2009 con il sostegno della Fondazione CRC nel territorio del Comune di Bernezzo (3.500 abitanti, in Provincia di Cuneo)¹⁸. Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2009 e il 30 giugno 2010 (periodo oggetto di valutazione del progetto), una *visitatrice itinerante* ha visitato tutti i 404 ultrasessantenni residenti per un totale di oltre 1.600 incontri (in alcuni casi è stata fatta più di una visita per anziano). In seguito alle valutazioni emerse nel corso di tali incontri e sulla base della maggiore o minore gravità delle condizioni socio-sanitarie dei visitati, sono state prese in carico dal progetto, in momenti diversi, 44 persone identificate come particolarmente bisognose di assistenza.

Il progetto ha sviluppato due linee di intervento. La prima, finalizzata alla mappatura e all'emersione dei bisogni assistenziali del territorio locale, è incentrata sulla figura del *visitatore itinerante domiciliare*, che ha il compito di visitare regolarmente le persone anziane, sole o in coppia, per attivare un “ascolto itinerante” di accoglienza, di sostegno e di monitoraggio dei problemi e delle esigenze. La seconda linea consiste nell'attivazione ed erogazione, una volta individuato il bisogno dell'anziano, di specifici servizi di assistenza che permettano alla persona di rimanere a casa propria il più a lungo possibile. Ciò avviene componendo un'offerta personalizzata che può fare riferimento sia all'utilizzo di servizi disponibili presso la struttura residenziale locale sia a interventi personalizzati a domicilio, individuati e mixati secondo le necessità della singola persona.

Non si tratta di sostituire i compiti tradizionalmente svolti sul territorio dai servizi pubblici locali, ma di sviluppare una più articolata capacità di rilevare bisogni non ancora conclamati ma esistenti, al fine di garantire una tempestiva attività di prevenzione in grado di migliorare la qualità della vita degli anziani e favorire il permanere presso la propria abitazione. Complessivamente è stata messa a disposizione un'ampia gamma di servizi articolati tra loro: attività di segretariato sociale; consegna dei pasti a domicilio o accoglienza presso la mensa della casa di riposo; consegna dei farmaci e della spesa a domicilio; alzata del mattino e igiene, messa a letto, bagno assistito a domicilio, servizio

¹⁷ Per approfondire questo caso si rimanda al Rapporto del Centro Studi della Fondazione CRC (2012) e al Rapporto curato da Cibinel, Maino, Manfreda e Porzio (2017).

¹⁸ Il progetto è stato avviato grazie alla completa copertura dei costi da parte della Fondazione CRC (116.260 euro per la prima annualità). La sua prosecuzione nella seconda annualità (2010) si è avvalsa di un contributo di 50.000 euro, per poi arrivare nella terza annualità ad una copertura dei costi da parte delle famiglie che hanno usufruito dei servizi.

di manicure e pedicure, cura e igiene dell'abitazione; accompagnamento alle visite mediche, trasporto a giornate di sollievo in struttura, bagno assistito presso la struttura residenziale; attività di relazione, socializzazione e animazione, partecipazione ad uscite sul territorio; servizio di lavanderia e cucito¹⁹.

Il tipo di interventi, a seconda delle singole situazioni, è stato sempre concordato tra gli operatori della struttura residenziale e l'assistente sociale del Consorzio per i servizi socio-assistenziali, con cui si sono svolti incontri sistematici e programmati. L'intesa è stata estremamente positiva e ha realizzato di fatto un'integrazione caratterizzata da una sussidiarietà "virtuosa", non frammentata e non sostitutiva delle funzioni pubbliche (Cibinel *et al.* 2017). I responsabili della struttura residenziale hanno posto molta attenzione sia nell'individuare gli operatori da "far uscire" (in particolare l'*operatrice socio-sanitaria itinerante*), sia nel sensibilizzare quelli che, operando dall'interno, avrebbero dovuto accogliere le persone anziane destinate ad usufruire dei servizi diurni erogati.

Il progetto ha prestato fin dall'inizio una grande attenzione al coinvolgimento delle istituzioni e della comunità locale. Il Comune ha sostenuto l'avvio dell'iniziativa attraverso l'invio di una lettera del Sindaco, che annunciava ai cittadini l'attivazione della sperimentazione e la patrocinava chiedendo fiducia e collaborazione, favorendo in questo modo una buona accoglienza del progetto da parte non solo della popolazione interessata, ma anche della comunità locale (negozianti, farmacia, parroci, MMG, volontariato e associazionismo). La comunicazione e la collaborazione con la comunità locale, sviluppata soprattutto attraverso la rete informale di contatti e relazioni, è stata presente e positiva per tutto lo sviluppo del progetto.

In termini generali il progetto ha determinato un forte ampliamento della platea dei soggetti assistiti e la possibilità per un buon numero di essi di rimanere a casa propria, con tutte le conseguenti ripercussioni positive che questa condizione comporta per il soggetto. Di fatto si è resa possibile un'elevata flessibilità di misure assistenziali, offrendo ad anziani e famiglie un ampio spettro di soluzioni intermedie tra "tutto-domicilio" e "tutto-casa di riposo" e delineando un sistema di welfare locale profondamente diverso dalla situazione precedente al progetto (Fondazione CRC 2012). Con l'offerta di servizi a domicilio e diurni da parte della struttura residenziale si è garantito in molte situazioni il mantenimento della domiciliarità anche a persone e famiglie che inizialmente avevano richiesto il ricovero permanente nella struttura. Scelta a cui hanno rinunciato volentieri a fronte di una "offerta alternativa" di servizi che ha

¹⁹ L'idea di servizi che caratterizza il progetto prende le mosse da un'esperienza realizzata dal Servizio Sociale della Comunità Montana Valle Pellice che aveva già da oltre vent'anni creato la figura del "visitatore domiciliare itinerante". L'ipotesi progettuale, affinata a partire dagli stimoli e dall'opportunità offerta da Fondazione CRC con la promozione di azioni di innovazione sociale a sostegno della domiciliarità, ha trovato un fertile terreno di sperimentazione in un contesto caratterizzato da una struttura residenziale interessata ad "aprirsi al territorio" e situata in una comunità locale caratterizzata da un tessuto sociale e istituzionale particolarmente sensibile a queste problematiche.

consentito di rispettare la volontà delle persone anziane interessate a rimanere presso la propria abitazione.

La sperimentazione ha consentito di evidenziare alcuni elementi caratteristici ritenuti particolarmente rilevanti ai fini della qualificazione dei servizi offerti e della sostenibilità nel tempo di questo modello di supporto alla domiciliarità (cfr. Cibinel *et al.* 2017):

- la presenza della figura della *operatrice socio-sanitaria itinerante* che, pur frequentando le persone con periodicità diversa a seconda degli specifici bisogni, garantisce la “copertura” di tutta la popolazione anziana e costituisce un punto di riferimento per tutta la comunità;
- la centralità di una struttura residenziale “attiva” presente nel territorio, dotata di spazi e strutture (centro diurno, bagno assistito, cucina con potenziale per incrementare i pasti serviti, ecc.), disponibile ad aprirsi al territorio per fornire alcuni servizi che rendono possibile la permanenza degli anziani presso il proprio domicilio;
- una buona integrazione di questi servizi con quelli già esistenti sul territorio, resa possibile da un raccordo sistematico con il Consorzio socio-assistenziale di riferimento per una valutazione congiunta dei diversi casi e per le relative scelte sulle modalità assistenziali più opportune da adottare;
- una adeguata sensibilizzazione delle istituzioni e della rete di associazionismo e di volontariato locali;
- la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi stessi, attuata in modo graduale a partire dalla seconda annualità dei servizi e contestualmente alla possibilità di anziani e famiglie di apprezzare i servizi di cui beneficiano e valutare i loro costi in rapporto a soluzioni più onerose quali l’inserimento in una struttura residenziale.

La bontà dei risultati ottenuti e la verifica della sostenibilità complessiva del progetto ha convinto la Fondazione CRC a sostenere a partire dal 2012 analoghe iniziative in altri territori della provincia (coinvolgendo così nel biennio successivo altre 16 strutture). I positivi risultati riscontrati hanno rafforzato ulteriormente questa linea di intervento. Nel *Bando Cantiere Nuovo Welfare 2016*, promosso dalla Fondazione CRC con l’obiettivo di stimolare la nascita di esperienze concrete di welfare comunitario, una delle tre misure di riferimento per la presentazione di progetti era dedicata a favorire l’avvio e l’implementazione di servizi a sostegno della domiciliarità per le persone anziane, attraverso l’apertura al territorio delle esistenti strutture per anziani, secondo il modello del progetto *Veniamo a trovarvi*.

5.2. Progetto CoSENSo - COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety

CoSENSo è un progetto che propone un infermiere di famiglia e comunità a supporto della popolazione anziana²⁰. È stato avviato nel 2016 (il termine è previsto per la fine del 2018) e vede capofila la Direzione sanità della Regione Piemonte e il coinvolgimento di un ampio partenariato²¹ che ha partecipato al Bando Interreg Alpine Space. Più nello specifico il progetto CoSENSo intende sviluppare e sperimentare un modello incentrato sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) che consenta agli anziani – residenti in aree isolate rurali e montane – di vivere nella propria casa il più a lungo possibile. L'obiettivo finale è rendere l'esperienza e il modello maturati all'interno di CoSENSo sostenibili e implementabili al di là dei confini - temporali e territoriali - del progetto stesso.

Gli IFeC operano sui territori prescelti e – a seguito di una fase valutativa iniziale – offrono agli anziani loro affidati: supporto nelle comuni attività di vita quotidiana; prevenzione degli incidenti domestici; assistenza in eventuali terapie e monitoraggio degli indicatori di salute; prevenzione di cronicizzazione, complicanze e ricadute di patologie pregresse con conseguente possibilità di riduzione dei ricoveri evitabili, nonché dei trasferimenti in RSA o Case di riposo. Gli IFeC acquisiscono così una visione complessiva dei soggetti loro affidati operando in accordo e a sostegno delle diverse figure che a vario titolo interagiscono con gli anziani (MMG, servizi specialistici, familiari, assistenti familiari, servizi socio-assistenziali...) valutando e monitorando i fattori di fragilità, riducendo il rischio di isolamento, promuovendo l'accesso a tutte le opportunità di relazione e di arricchimento che il territorio mette a disposizione, e favorendo l'inclusione sociale dei beneficiari.

L'IFeC è una figura professionale²² che assomma in sé una pluralità di ruoli, oltre che di funzioni:

- operatore di medicina pro-attiva: prende in carico l'anziano sano o malato e la sua famiglia, seguendolo nel tempo tramite visite domiciliari e/o *follow-up* telefonici;

²⁰ Per informazioni dettagliate si rimanda al sito della Regione Piemonte dedicato all'iniziativa (<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/ehi-piemonte/progetti-finanziati/3980-co-n-s-e-n-so>) e al sito web del progetto: <http://www.alpine-space.eu/projects/consenso/en/home>, oltre che a Cibinel *et al.* (2017).

²¹ La partnership è composta da 10 soggetti: per l'Italia la Regione Piemonte – Direzione Sanità (ente capofila), l'Azienda Sanitaria Locale Torino 1, la Regione Liguria, l'ACCMED - Accademia Nazionale di Medicina; per la Francia il Var Departmental Council e l'ADEC - Association for the Development of Enterprises and Competencies; per la Slovenia l'Università di Primorska e l'IRSSV - Social Protection Institute of the Republic of Slovenia; per l'Austria l'Office of the Carinthian Government e l'ECECE - European Center of Entrepreneurship Competence & Excellence.

²² Il progetto promuove un percorso di formazione delle figure professionali individuate (che in genere avevano in precedenza già frequentato un corso di specializzazione infermieristica).

- promotore di salute: controlla periodicamente determinati parametri e monitora lo stato di salute globale;
- infermiere nell’accezione classica: effettua prestazioni infermieristiche ove necessario;
- promotore di salute: agisce in un’ottica educativa e preventiva al fine di portare il singolo e la comunità ad adottare corretti stili di vita;
- attivatore di servizi: attiva i servizi socio-sanitari già esistenti sul territorio;
- connettore di rete sociale: connette la persona alla comunità e ai servizi che essa offre (es. MMG, vicinato, amministrazione locale, associazioni di volontariato...), con lo scopo di trovare risposta ai bisogni personali.

5.3. Progetto La Cura è di Casa

Il progetto *La Cura è di Casa* si propone di aiutare le persone anziane ad invecchiare bene al proprio domicilio migliorando la loro qualità di vita e offrendo un supporto alle famiglie e all’intera comunità²³. L’obiettivo generale è favorire la permanenza dell’anziano vulnerabile nella propria casa sollevando le famiglie dalla gestione quotidiana della persona. Tale obiettivo viene perseguito attraverso un processo di ricomposizione e integrazione dei diversi sistemi (sanitario, sociale e solidale) di offerta di servizi presenti sul territorio, reso possibile da nuovi modelli di *governance* che favoriscono un miglior coordinamento delle risorse esistenti e l’attivazione di nuove e inedite energie presenti nel tessuto locale, grazie allo sviluppo di reti di comunità reali e digitali.

Il territorio interessato dal progetto è quello dell’Azienda Sanitaria Locale VCO, a cui fanno riferimento 3 Consorzi Intercomunali dei Servizi Sociali. Questo territorio comprende 77 Comuni della Provincia del Verbano Cusio Ossola e 7 della Provincia di Novara, con una popolazione residente di 171.390 abitanti. Il progetto ha preso il via nel maggio del 2016. La durata è triennale e la sua conclusione è prevista nel 2019²⁴.

I destinatari degli interventi sono le persone anziane (over 65) vulnerabili o vicine alla perdita dell’autonomia che vivono nel territorio dell’ASL VCO e non sono in carico ai servizi socio-sanitari. Ad oggi gli anziani vulnerabili presi in carico sono 179. È previsto che il numero salga a 400 entro l’estate 2018 per arrivare a 700 a fine progetto (pari a

²³ Per approfondimenti si rimanda al sito del progetto (<http://www.lacuraedicasa.org>), al sito del Bando Cariplo “Welfare in azione” (<http://welfareinazione.fondazionecariplo.it/it/project/la-cura-e-di-casa/12/>) e a Cibinel *et al.* (2017).

²⁴ Il costo stimato del progetto è di circa 1.900.000 euro. Fondazione Cariplo ha premiato l’iniziativa con un contributo che copre il 46% del valore complessivo. Il 36% dei costi di progetto è coperto dai partner, anche attraverso la partecipazione a specifiche call di Programmi Europei. Per il restante 18% si prevede di far fronte ai costi con il *Fundraising* territoriale. Il Fondo VCO Social, istituito nell’estate 2016, ha raggiunto una consistenza di 130.000 euro e ha l’obiettivo di raggiungere nel triennio i 300.000 euro di co-finanziamento. Il Fondo ha un comitato di gestione di cui fanno parte le tre Fondazioni Comunitarie coinvolte, un rappresentante dell’ente capofila del progetto e un rappresentante delle associazioni partner.

38.000 ore di intervento). Gli anziani vulnerabili possono beneficiare di servizi di monitoraggio, cura e igiene della persona, assistenza fisioterapica e infermieristica, accompagnamenti per visite, compagnia e supporto alle faccende quotidiane. La loro gestione integrata prevede il concorso dei servizi sociali territoriali più tradizionali e di figure più specialistiche (fisioterapista, psicologo, medico specialista, infermiere professionale), oltre alle attività dei volontari. Inoltre, grazie alla rete coordinata delle realtà associative territoriali, i beneficiari possono usufruire di servizi di socializzazione, di attività fisica di gruppo, di attività culturali e aggregative per contrastare la solitudine e la tendenza all'isolamento che spesso caratterizzano le persone anziane.

Il territorio del VCO è stato suddiviso in 8 Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) governate da un *Network manager* a cui fanno riferimento 3 o 4 *Care Planner* (in genere assistenti sociali territoriali). Il *Network manager* ha il compito di coordinare le risorse a disposizione sia in termini di budget di progetto per AFT sia in termini di capitale umano (OSS, altre figure professionali, volontari). Una volta ricevuta la segnalazione si attiva un *Care Planner* che prende contatto con la famiglia e si reca presso il domicilio dell'anziano per effettuare una valutazione dei suoi bisogni (formalizzata in una apposita scheda). Se l'anziano risulta vulnerabile e con bisogni che i servizi dell'iniziativa possono soddisfare *Care Planner* e *Network manager* costruiscono uno specifico progetto di assistenza domiciliare; conseguentemente il *Network Manager* assegna le risorse disponibili per far fronte a quei bisogni e assicurare i relativi servizi. Ogni tre mesi è prevista una valutazione dell'anziano in carico al progetto, che può anche portare ad un adeguamento del tipo di servizio offerto.

Il progetto prevede lo sviluppo di numerose e diversificate azioni di coinvolgimento della comunità territoriale riassumibili in tre aree principali (cfr. Cibinel *et al.* 2017):

- azioni di *sensibilizzazione, coinvolgimento e co-responsabilizzazione delle risorse convenzionali e non convenzionali della comunità*: grazie alla costruzione di nuove reti solidali in connessione tra loro, attivando iniziative per rafforzare nel tessuto sociale del territorio la cultura del welfare come prima forma di tutela e protezione della popolazione anziana e per evolvere dalla logica della delega a quella della corresponsabilità nella generazione dei processi di cura. Altre attività prevedono la promozione di iniziative di aggregazione e socializzazione, rivolte anche a soggetti prossimi all'età pensionabile, che valorizzino l'invecchiamento attivo nonché la connessione al progetto di attività di animazione già in corso nei contesti locali, proiettando così nella comunità la rappresentazione della terza età come una risorsa e non come un problema;
- azioni di reclutamento di nuovi volontari (*people raising*) per immettere nel sistema di cura nuove leve operative di supporto ai servizi professionali. Le istituzioni, il privato sociale e quello profit, il volontariato e anche i privati cittadini messi in rete possono dare vita a circoli virtuosi che, oltre a migliorare

la qualità dell'assistenza agli anziani, sono in grado di creare nuovi legami solidali a beneficio dell'intera comunità. L'elemento innovativo di questo obiettivo è una concezione della collettività non più come collettore di problemi, ma come organismo vivo e vitale che si attiva per generare benessere;

- azioni di *comunicazione e di fundraising* finalizzate a creare e alimentare il Fondo VCO Social, che co-finanzia le azioni a sostegno della domiciliarità (e che dopo i tre anni di sperimentazione sosterrà il nuovo sistema di welfare locale): il Fondo VCO Social è nato in capo alla Fondazione Comunitaria del VCO, partner del progetto e capofila nella gestione del *fundraising*. Tutti i partner si sono impegnati a organizzare iniziative di sostegno alla domiciliarità, facendo confluire gli esiti della raccolta fondi all'interno del Fondo VCO Social.

L'idea progettuale prevede un contributo per l'avviamento delle azioni di attivazione della comunità e l'investimento tecnologico a supporto del sistema integrato di cura. Una volta messo a regime il modello sarà riproposto nel tempo con risorse più contenute, necessarie per garantire in particolare il mantenimento degli strumenti ICT, la formazione e la comunicazione per il coinvolgimento della comunità, la prosecuzione del *case management* e dei servizi domiciliari locali. La rete territoriale prevede di sostenere queste azioni anche attraverso due ulteriori canali: l'attivazione progressiva di alcuni servizi a pagamento, quali quelli di *case management*, riorientando la spesa sostenuta dalle famiglie con risorse private e/o di fonte previdenziale; la promozione di collaborazioni con fondi di enti categoriali (es. ENPAM, ENPAP, ecc.) disponibili a sperimentare forme di investimento finalizzate a sostenere modelli di welfare locale che, spostando l'intervento dall'acuzie alla prevenzione, siano in grado di produrre risparmi per gli enti pubblici e remunerare il fondo di categoria.

5.4. Progetto Fragibilità

Anche nel mondo aziendale è emersa nel corso degli ultimi anni l'esigenza di trovare soluzioni al tema della non autosufficienza e di offrire una rete di supporto ai dipendenti sempre più spesso chiamati a svolgere il ruolo di *caregiver* nei confronti dei loro familiari più fragili. Per questo Jointly, una società provider di servizi di welfare aziendale, ha avviato nel 2016 il progetto Fragibilità che si rivolge specificamente ai *caregiver* e ai loro assistiti (anziani o disabili). Il Contact Center, fulcro del progetto, è stato attivato nel marzo 2017²⁵.

Nel progetto Fragibilità Jointly mette a disposizione dei dipendenti delle aziende clienti una rete di servizi e interventi a cui si può accedere telefonicamente o attraverso una piattaforma online. In particolare il progetto prevede tre tipi di intervento: accesso

²⁵ Su questo caso si rimanda al sito del progetto (<https://www.jointly.pro/welfare-per-aziende/fragibilita/>), a Cibinel (2017) e a Cibinel *et al.* (2017).

alla piattaforma dei servizi; orientamento in merito alle possibili soluzioni (attraverso un aiuto professionale); formazione interna alle aziende sui temi dell'assistenza alle persone non autosufficienti.

La piattaforma, a cui i dipendenti delle aziende clienti possono accedere liberamente con le loro credenziali, fornisce la descrizione di tutte le prestazioni offerte²⁶, dei fornitori sui vari territori e di come i servizi possano essere richiesti (tariffe, modalità di accesso, contatti, numeri di telefono, indirizzi, orari d'accesso). Il dipendente può contattare direttamente le realtà più interessanti per telefono, email, oppure attraverso il modulo che trova sulla piattaforma.

Per quanto riguarda in particolare la selezione di assistenti familiari, questa avviene tramite il contributo di cooperative e patronati. La cooperativa/patronato incontra il dipendente presso la propria sede o a domicilio per capire le esigenze della persona da assistere e poi propone almeno tre persone che il dipendente incontra e seleziona personalmente. In aggiunta a questo servizio il dipendente può decidere di usufruire del servizio "supporto amministrativo" per farsi seguire dalla cooperativa/patronato in tutti gli aspetti amministrativi di assunzione della persona, gestione del rapporto di lavoro, sostituzione ferie/malattia.

Passando al servizio di orientamento, è disponibile un servizio telefonico chiamato Contact Center, attraverso cui possono essere richieste informazioni aggiuntive. La consulenza offerta tramite il Contact Center è fornita da assistenti sociali in grado di aiutare chi accede al servizio a specificare la domanda di assistenza e a individuare prestazioni/servizi/aiuti che possono e devono essere richiesti. In aggiunta alle informazioni disponibili sulla piattaforma online, l'assistente sociale dà informazioni sui servizi pubblici che rispondono alle varie esigenze, offrendosi anche come tramite presso questi servizi (ad esempio facendo una prima telefonata informativa per capire quale documentazione è necessario portare all'incontro, così da permettere al dipendente di risparmiare tempo ed energie). Oltre a questo l'assistente sociale aiuta la persona a orientarsi nella rete delle 22 prestazioni offerte da Jointly, si offre come tramite anche con queste realtà e rimane poi un punto di riferimento per la persona e per la famiglia in tutto il percorso. Il Contact Center è solo una possibilità, non un passaggio obbligato, ma dalle rilevazioni di Jointly è emerso un forte apprezzamento per questo servizio (cfr. Cibinel *et al.* 2017): la maggior parte dei dipendenti si rivolge ad esso dopo aver fatto un primo giro esplorativo sulla piattaforma per farsi orientare rispetto ai propri bisogni, rispetto ai servizi pubblici e alla rete di servizi Jointly.

²⁶ Nell'ambito del progetto Fragibilità vengono offerte 22 categorie di prestazioni organizzate in cinque ambiti: 1) Assistenza familiare: somministrazione e ricerca di assistenti familiari; 2) Assistenza domiciliare: assistenza domiciliare, infermiere a domicilio, fisioterapia a domicilio, case manager, educatore professionale, trasporto sociale; 3) Supporti domestici: ausili di domotica, telecontrollo; 4) Supporto alle famiglie: scambio esperienze, supporto psicologico, prestazioni riabilitative, formazione dei caregiver (rivolto sia al caregiver professionale che familiare), mediatore familiare, assistenza amministrativa, supporto legale; 5) Assistenza residenziale: sollievo (rivolto sia a caregiver professionale che familiare), RSA, centri diurni.

Da ultimo, se l'azienda rileva questa necessità, Fragibilità offre anche opportunità di percorsi di formazione in azienda rivolte a *caregiver* familiari. La formazione si concentra su questi temi: ruolo e carico del *caregiver* familiare; sostegno alla cura; diritti dell'anziano e del *caregiver*; patologie della persona anziana e disabile; supporto assistenziale. Tendenzialmente la scelta avviene sulla base delle preferenze dei dipendenti e la formazione viene offerta da persone competenti nei vari ambiti (selezionati sempre attraverso la rete di riferimento di Jointly).

Sono quindi tre le caratteristiche distintive di questo progetto: accompagnamento della persona e della famiglia (*case management* affidato sempre allo stesso professionista); facilitazione all'accesso ai servizi grazie al portale e al fatto che l'assistente sociale del Contact Center invia sempre dopo la telefonata materiali relativi alla consulenza effettuata così come dopo la formazione in azienda viene consegnato del materiale di approfondimento; attenzione alla valutazione attraverso incontri continui con le aziende e un questionario di soddisfazione inviato ai dipendenti che chiamano il Contact Center.

Con riferimento alla selezione dei fornitori di servizi Jointly pubblica periodicamente un bando per l'accreditamento a cui possono partecipare tutti i soggetti pubblici e privati interessati. Ricevono l'accreditamento solo quei servizi che rispettano una serie di criteri riguardanti da un lato la qualità e varietà dei servizi offerti, dall'altro la convenienza e trasparenza delle tariffe. Attualmente Jointly per Fragibilità ha selezionato oltre 80 operatori sul territorio, arrivando a coprire più di 60 province in tutta Italia. Tutti i soggetti selezionati sono operatori del privato sociale, che spesso operano in stretta collaborazione con il pubblico (Comuni e ASL).

Il progetto è finanziato dalle aziende che vi aderiscono²⁷, che a loro volta lo fanno rientrare nei loro piani di welfare aziendale, beneficiando - dove possibile - dei vantaggi fiscali e contributivi introdotti dalle Leggi di Stabilità nel triennio 2016-2018. Alla rete degli operatori invece non è richiesto il pagamento di una quota. Il costo delle prestazioni è invece a carico del dipendente, ma sono garantite tariffe in linea col CCNL di riferimento (e omogenee su tutto il territorio nazionale). Ovviamente è possibile che, nei loro piani di welfare aziendale, le imprese stabiliscano il rimborso di alcune prestazioni acquistate tramite la piattaforma ma Jointly non ha alcun "controllo" su questo aspetto.

Come abbiamo visto dall'analisi di questi quattro progetti, la partecipazione numerosa di *stakeholder* pone la questione della *governance* del modello e delle reti che ne sono alla base: una *governance* multi-attore è un elemento fondamentale per garantire l'affidabilità e la sostenibilità delle iniziative e dei singoli interventi. Si tratta di modelli accumulati dalla presenza di uno o più strumenti di coordinamento della rete (ad esempio una cabina di regia coadiuvata da "snodi" operativi sul territorio), che per realizzare la riorganizzazione del percorso di accoglienza e accompagnamento

²⁷ Le imprese attualmente aderenti sono: Eni, Sea, Unicredit, Unipol, Sace, Intesa Sanpaolo, Invitalia, Natixis e Ferrovie.

dell'utenza investono sulla creazione di un punto unico "di accesso" a tutti i servizi. Altro elemento distintivo è la presenza di una figura operativa di raccordo e presa in carico degli anziani fragili (il visitatore itinerante domiciliare, l'infermiere di famiglia e di comunità, il *Care Planner*, l'operatore del Contact Center). Al modello e alle reti promosse al suo interno è chiesto di saper governare i processi e gli interventi avendo come obiettivo non solo l'incrocio tra domanda e offerta di lavoro, ma la risposta alle esigenze delle persone e delle famiglie e il perseguimento del loro benessere. In questo senso i punti unici di accesso hanno lo scopo di fornire un servizio non solo operativo/prestazionale, ma un accompagnamento progettuale offerto da personale con formazione specifica, in funzione delle esigenze e delle risorse della persona e della famiglia.

Come mostrano gli esempi illustrati la logica della integrazione dei diversi sistemi (sanitario, sociale e solidale) di offerta di servizi presenti sul territorio con una *governance* unitaria (Network manager, IFeC, Operatrice sociale itinerante, Contact Center) è già entrata nelle strategie di copertura LTC a livello locale, circostanza che sicuramente ne favorisce l'integrazione nello schema ipotizzato nelle figure 1 e 2.

In particolare, il possibile ruolo delle reti territoriali si presenta articolato su più livelli. Il primo, più ovvio, è quello di fornitore dei servizi pubblici, ma le reti territoriali potrebbero altresì qualificarsi – per la stessa rete - come fornitori di servizi che vadano anche oltre quelli previsti dall'intervento pubblico, fino a candidarsi quale vero e proprio Care manager, qualora la loro *governance* fosse coerente con le caratteristiche descritte nel par. 3. Di contro, in mancanza di una rete territoriale già esistente, l'organizzazione di reti di servizi da parte di fondi pensione o fondi sanitari o in ambito di welfare aziendale potrebbe comunque rappresentare un punto di partenza per la costituzione di reti territoriali attraverso l'apertura, ovviamente a titolo oneroso, dell'accesso ai servizi anche ai residenti sul territorio non appartenenti alle collettività destinatarie della copertura LTC (come illustrato dal progetto Fragibilità). In entrambe le ipotesi, poter ampliare l'ambito di mutualizzazione del rischio consentirebbe l'accesso alla copertura, con compartecipazioni ragionevoli e sostenibili, anche alle categorie non comprese fra i destinatari della copertura collettiva ma residenti sul territorio.

6. UNA STIMA DEL COSTO DELLA COPERTURA

Nel par. 3.3 abbiamo fornito i dati sulla spesa per non autosufficienza a livello macro. In questo paragrafo vogliamo invece proporre una stima del “budget” necessario per garantire l’assistenza ad un soggetto non autosufficiente e l’impegno economico necessario da sostenere nel corso della sua vita attiva per il finanziamento dell’assistenza per la LTC.

6.1. La valutazione del fabbisogno

Per la valutazione economica del bisogno di assistenza nel caso di non autosufficienza si sono considerate entrambe le ipotesi dell’assistenza domiciliare e della residenzialità, nel presupposto di un’assistenza continuativa durante l’intero anno, con coabitazione nel caso di assistenza domiciliare.

Con riferimento all’*assistenza domiciliare*, sulla base dei dati dell’Osservatorio INPS sul lavoro domestico, si è considerata una retribuzione annua pari a 14.000 euro (1.000 euro mensili considerando ferie e trattamento di TFR) alla quale vanno aggiunti circa 1.700 euro di contributi. Se si considerano anche vitto e alloggio, appare ragionevole ipotizzare un plafond complessivo annuo di almeno 18.000 euro. Deducendo l’importo annuo dell’indennità di accompagnamento (6.185,16 euro nel 2018), l’onere residuo a carico del soggetto e della famiglia è quindi stimabile in 12.000 euro.

Con riferimento alla *residenzialità*, la normativa nazionale prevede che per le forme di lungo-assistenza residenziali e semi-residenziali le tariffe siano ripartite in quota sanitaria e quota alberghiera e in particolare:

- la quota sanitaria relativa ai fattori produttivi di carattere sanitario (personale, materiale di consumo sanitario) è posta a carico del Servizio Sanitario Regionale nella misura massima del 50% del costo complessivo;
- la quota sociale (o alberghiera) relativa ai costi di erogazione dei servizi alberghieri e di funzionamento della struttura è posta a carico dell’utente, eventualmente supportato dal contributo del Comune, spesso sottoposto a condizioni reddituali misurabili secondo i principi ISEE.

Purtroppo i dati relativi ai costi dell’assistenza residenziale sono scarsi, non omogenei e non particolarmente aggiornati. Al riguardo una fonte attendibile sono le indagini condotte da Pesaresi (2016) che evidenziavano nel 2015 una quota alberghiera media a carico dell’assistito di 46,82 euro per giorno di degenza, pari a 17.089 euro annui. Anche in questo caso, considerando costi aggiuntivi come ad esempio trasporti o fornitura di materiale sanitario, appare ragionevole ipotizzare un fabbisogno aggiuntivo annuo di 12.000 euro, analogo a quello stimato per l’assistenza domiciliare.

In via di principio tale fabbisogno si ridurrebbe ulteriormente qualora si considerassero anche i contributi erogati dagli Enti locali: considerando però che

l'esiguità della platea raggiunta da tali contributi (circa 700.000 soggetti, contro i 2,2 milioni di beneficiari dell'indennità di accompagnamento), non appare realistico un'applicazione generalizzata di tali benefici che, del resto, sono già in larga parte riservati alla porzione di popolazione economicamente più svantaggiata.

Nel seguito quindi si è scelto di considerare come obiettivo l'erogazione, al momento dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, di una rendita mensile di 12.000 euro.

6.2. Il costo della copertura

La valutazione effettuata consente una prima stima del contributo necessario per garantirsi una copertura efficace di non autosufficienza "adeguata", al netto del contributo pubblico (indennità di accompagnamento), tenendo conto di quanto detto. La copertura viene stimata considerando una adesione collettiva al secondo pilastro complementare. Per tale motivo, si è ritenuto interessante effettuare la stima sulla popolazione italiana dei lavoratori attivi, attraverso l'applicazione di premi medi calcolati su casi tipo alla distribuzione per età dell'intera popolazione italiana attiva.

6.2.1. Il modello di calcolo

Per la costruzione del modello il primo passo è rappresentato dalla definizione dei costi della prestazione di LTC, suddivisa fra le sue componenti di LTC durante la fase lavorativa e LTC da pensionato.

Il premio, nelle due componenti predette, è stato poi stimato su casi tipo rappresentativi di generazioni di attivi e valutato tenendo conto della attuale distribuzione per età della popolazione italiana lavoratrice.

Pertanto è stato necessario, dapprima, stimare un premio annuo medio per età per 4 profili tipo, da pagare durante la vita lavorativa per coprire la singola generazione di non autosufficienti (divenuti tali sia nel periodo di attività che nel periodo di percezione della pensione) e, successivamente, utilizzare i premi così calcolati per valutare un possibile premio medio annuo pagabile da tutti i lavoratori attivi, a copertura delle prestazioni di non autosufficienza sorte nell'anno, con la possibilità inoltre di creare una riserva per coprire anche il periodo da pensionato.

Si sottolinea come per le valutazioni si consideri una contribuzione versata esclusivamente durante il periodo di attività che coprirà con un premio annuale il rischio di LTC da attivo; viene poi valutata a parte l'introduzione di un premio annuo per la copertura del rischio di LTC da pensionato, che coprirà il rischio futuro legato alla generazione degli attuali attivi (in questo secondo caso si prevede pertanto la formazione di una riserva).

6.2.2. Basi tecniche

Nel seguito si indicano le principali ipotesi che sono state considerate nell'analisi, precisando che i dati utilizzati non sono riferiti ad una specifica realtà.

Individuazione degli individui tipo:

- Profilo 1: individuo M/F di 30 anni
- Profilo 2: individuo M/F di 40 anni
- Profilo 3: individuo M/F di 50 anni
- Profilo 4: individuo M/F di 60 anni.

Quadro di ipotesi utilizzato:

- probabilità di morte per attivi e pensionati: è stata utilizzata la tavola di mortalità selezionata ottenuta riducendo le probabilità di morte della popolazione italiana 2014 (fonte ISTAT) applicate tenendo conto dell’aggancio al progressivo aumento della speranza di vita desunto dalle proiezioni ISTAT degli anni 2011-2065 (scenario centrale);
- probabilità di morte dei soggetti non autosufficienti: nuove basi tecniche su LTC e malattie gravi predisposte da ANIA, in collaborazione con l’Università di Roma “La Sapienza”²⁸ (scenario centrale);
- probabilità di diventare non autosufficiente: per attivi e pensionati l’ipotesi di frequenza di non autosufficienza è rilevata sulle basi tecniche predisposte da ANIA in collaborazione con l’Università di Roma “La Sapienza” (scenario centrale);
- età di accesso al pensionamento: 68 anni per entrambi i sessi;
- tasso annuo di inflazione: nullo;
- tasso di capitalizzazione e di attualizzazione dei capitali (reale) pari all’1% (utilizzato per l’accantonamento della parte di premio relativa al periodo di pensionamento).

6.2.3. I risultati delle valutazioni sui casi tipo

I risultati delle valutazioni, esposti nella tabella 1, mostrano il possibile livello di premio da utilizzare per coprire la prestazione proposta, nel quadro delle ipotesi adottate, per i 4 casi tipo evidenziati.

²⁸ Sul punto si rimanda a De Angelis e Di Falco (2016).

Tabella 1. Premio annuo per la copertura di non autosufficienza

	Età di ingresso in attività*	Costo della prestazione di non autosufficienza (€ 12.000 annue)	
		Contributo annuo per LTC da attivo (tasso 0%)	Contributo annuo per LTC da pensionato (tasso 1%)
		Euro	Euro
Profilo 1	30	70	167
Profilo 2	40	83	240
Profilo 3	50	110	460
Profilo 4	60	180	1.015

* Uscita per pensionamento a 68 anni.

Fonte: elaborazione delle autrici.

6.2.4. I risultati delle valutazioni sulla popolazione dei lavoratori italiani (distribuzione per età 2016)

Per valutare il premio medio generale da applicare ad una platea di lavoratori, una volta stimati i premi per età (e eventualmente per sesso) si effettua una media ponderata dei premi stessi con la distribuzione per età del collettivo in valutazione.

Pertanto, per una stima del possibile premio medio da pagare per una copertura immediata per tutti i lavoratori italiani, finanziata con il metodo della ripartizione a capitali di copertura²⁹, è stato necessario rilevare la distribuzione per età dei lavoratori italiani, in particolare per l'anno 2016, e si è poi supposto per gli anni successivi una costanza di tale distribuzione.

Con la stessa distribuzione è stato poi possibile stimare il possibile premio annuo medio per l'erogazione di una prestazione di non autosufficienza verificatasi durante il periodo di pensionamento, ipotizzando un sistema di finanziamento a capitalizzazione collettiva³⁰. La distribuzione, considerando lavoratori dipendenti e indipendenti iscritti all'INPS e liberi professionisti iscritti alle Casse professionali, è riportata nella tabella 2.

Il premio medio per coprire la copertura da non autosufficiente da attivo, stimato, come detto, sulla popolazione lavoratrice italiana, secondo un sistema di finanziamento a ripartizione dei capitali di copertura, risulta di circa 90 euro annui. Qualora si ipotizzasse la costruzione, durante il periodo di attività, di una prestazione da erogare agli attuali lavoratori in caso di non autosufficienza sopravvenuta durante il periodo di

²⁹Ripartizione dei capitali di copertura: metodo di finanziamento che prevede l'equilibrio fra le entrate contributive e le uscite relative alle nuove prestazioni di non autosufficienza verificate nell'anno, da pagare fino alla eliminazione del non autosufficiente. Ogni anno viene quindi prevista la creazione di una riserva relativa alle nuove prestazioni, da cui attingere per i pagamenti futuri.

³⁰Capitalizzazione collettiva: l'equilibrio fra le entrate e le uscite è previsto su un orizzonte temporale di n anni, pertanto i contributi dapprima formano una riserva che verrà poi utilizzata per pagare le future prestazioni, fino all'estinzione dell'ultimo non autosufficiente da pensionato relativo alla popolazione in valutazione.

pensionamento, utilizzando un sistema di finanziamento a capitalizzazione collettiva, dovrebbe essere versato un ulteriore premio di 330 euro annui. Tali risultati, come detto, ipotizzano la costanza della distribuzione per età della popolazione attiva italiana; un futuro approfondimento potrebbe riguardare valutazioni effettuate con distribuzioni per età diverse, considerando un futuro possibile invecchiamento della popolazione attiva, eventualmente aggiungendo ulteriori altri casi tipo, distinti per sesso.

Qualora si volesse conoscere una stima di un possibile premio medio per popolazioni con distribuzione per età diversa, è comunque possibile utilizzare i premi stimati per i casi tipo presentati in questo lavoro per il calcolo del premio medio ponderato.

Tabella 2. Distribuzione per età dei lavoratori italiani nel 2016

	Dipendenti	Artigiani	Commercianti	Autonomi professionisti	Autonomi collaboratori	Liberi professionisti	TOTALE
<30	19%	6%	8%	14%	14%	7%	16%
30-40	26%	18%	19%	28%	21%	22%	24%
40-50	29%	32%	29%	26%	25%	29%	29%
50-60	21%	28%	26%	18%	21%	25%	23%
60+	5%	16%	17%	13%	19%	16%	8%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: rielaborazione su dati Osservatori INPS (INPS 2018a e 2018b) e AdEPP (2017).

7. CONCLUSIONI

La possibilità di realizzare un efficace sistema di LTC anche senza incremento della spesa pubblica e a costi ragionevoli per i singoli non è un'utopia, ma richiede scelte precise (e coraggiose) da parte dei decisori pubblici, che dimostrino di aver realmente compreso l'urgenza di intraprendere quel percorso di innovazione sociale evocato nel primo paragrafo.

I risultati esposti nel par. 6 mostrano infatti chiaramente come, ai fini della sostenibilità della copertura sia necessario che la stessa sia attivata:

- in età giovane;
- in maniera continuativa;
- su base collettiva.

In primo luogo occorre che la LTC entri a pieno titolo fra le coperture di welfare e sia riconosciuta come una branca a sé stante – analogamente del resto a quanto fatto in altri Stati membri dell'UE –, ponendo fine alla situazione di "limbo" nella quale si trova

attualmente, senza un sistema organizzato di soluzioni né chiare modalità di finanziamento.

Quello che si richiede è quindi di abbandonare la logica degli interventi “tampone” come quelli realizzati sinora che cercano di incentivare forme di intervento privato non coordinate e non controllate attraverso la leva fiscale. Analogamente a quanto già avvenuto nel comparto delle pensioni, e, parzialmente, in quello della sanità, andrebbe predisposta una Legge Quadro che definisca un nuovo disegno organizzativo che:

- segua la logica dei tre pilastri con riferimento al finanziamento, ma adotti una logica unitaria con riferimento all’erogazione delle prestazioni introducendo la previsione della figura del Care manager;
- riveda la logica di erogazione delle prestazioni pubbliche, in primis l’indennità di accompagnamento, prevedendone l’articolazione dell’intensità in relazione alla gravità della fragilità del beneficiario;
- valorizzi l’organizzazione su base collettiva della copertura, unica soluzione che permette di integrare la prestazione pubblica a costi sostenibili;
- stabilisca una definizione univoca a livello nazionale di non autosufficienza e dei relativi criteri di valutazione;
- stabilisca caratteristiche, standard di qualità e procedure per l’accreditamento dei soggetti abilitati a svolgere il ruolo di Care manager;
- preveda adeguati incentivi fiscali, anche riorganizzando quelli già attualmente vigenti: al riguardo si ricorda come in Francia, oltre alla deducibilità dei contributi è ammessa anche la detraibilità parziale delle spese sostenute per addetti all’assistenza personale;
- coordini l’impianto normativo e regolativo delle altre aree di welfare interessate, in particolare la disciplina dell’Indennità di accompagnamento (Legge 18/1980 e successive modificazioni e integrazioni), della Previdenza complementare (D.Lgs. 252/2005), dei Fondi sanitari (Legge 244/2007, art. 1, c. 197, DM Salute 31/3/2008, DM Lavoro 27/10/2009), del welfare aziendale (Legge 208/2015, art. 1, cc. 182-185, Legge 232/2016, art. 1, cc. 160 e 162), e del fondo destinato al sostegno dei “caregiver familiari” (Legge 205/2017, art. 1, c. 254).

Ovviamente la massimizzazione dell’efficacia del sistema proposto si otterrebbe rendendo obbligatoria la copertura complementare per la non autosufficienza, così da trarre il massimo profitto da una solidarietà ampia e generalizzata.

Non va infine sottaciuto che la soluzione proposta implica la scelta “forte” della limitazione della totale libertà goduta sinora dal singolo nella gestione dell’indennità di accompagnamento e di eventuali altre prestazioni monetarie ricevute. Si tratta peraltro di limitazioni analoghe a quelle da sempre inserite nell’ambito delle prestazioni di sicurezza sociale in ragione dell’interesse generale a cui rispondono e delle agevolazioni

fiscali di cui godono. Per contro, il cambio di paradigma auspicato si inserisce in una diversa logica che, abbandonando la versione miope che vede la non autosufficienza esclusivamente come un costo, considera invece la costruzione di un efficace sistema di LTC come un'occasione di creazione di valore, favorendo la messa in campo e il consolidamento di impieghi ad alto contenuto di professionalità e non de-localizzabili.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AdEPP (2017), VII Rapporto AdEPP sulla Previdenza Privata – Anno 2017, Roma.

Ayob N., Teasdale S. e Fagan K. (2016), *How Social Innovation ‘Came to Be’: Tracing the Evolution of a Contested Concept*, «Journal of Social Policy», vol. 45, n. 4, pp. 635–653.

Barazzetta E. (2017), *Il mondo assicurativo. Prestazioni, sinergie e prospettive in un’ottica di secondo welfare*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 67-90.

Benneworth P., Amanatidou E., Edwards Schachter M. e Gulbrandsen M. (2014), *Social Innovation Futures: Beyond Policy Panacea and Conceptual Ambiguity*, Position Paper for the European Forum for Studies of Policies for Research and Innovation.

Bepa – Bureau of European Policy Advisers (2010), *Empowering People, Driving Change: Social Innovation in the European Union*, European Commission, Luxembourg, Publication Office of the European Union.

Bepa – Bureau of European Policy Advisers (a cura di) (2014), *Social Innovation. A Decade of Changes*, European Commission, Luxembourg, Publication Office of the European Union.

Cajaiba-Santana G. (2014), *Social Innovation: Moving the Field Forward. A Conceptual Framework*, «Technological Forecasting and Social Change», n. 82, pp. 42-51.

Cibinel E. (2017), *Fragilità: prendersi cura di chi si prende cura*, in www.secondowelfare.it, 2 dicembre 2017.

Cibinel E., Maino F., Manfreda F., Porzio G. (2017), Indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema sul territorio regionale nell’ambito dell’assistenza familiare, Regione Piemonte, POR Piemonte FSE 2014/2020.

De Angelis P. e Di Falco L. (a cura di) (2016), *Assicurazioni sulla salute: caratteristiche, modelli attuariali e basi tecniche*, Bologna, Il Mulino.

European Commission (2013), *Social Innovation Research in the European Union. Approaches, Findings and Future Directions*, Policy Review, Luxembourg, Publication Office of the European Union.

Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo - FCRC (2012), *Veniamo a trovarvi. Il contesto, l'esperienza, i risultati e le prospettive. Progetto sperimentale di assistenza alla domiciliarità degli anziani*, Le ricerche socio-economiche della Fondazione CRC, Cuneo.

Fondazione Easy Care (2016), *La dote e la rete*, download: <http://www.easy-care.it/it/quaderno-di-lavoro-la-dote-e-la-rete.html>.

Giusti M. e Zucchini M. (2018), *Uno sguardo ad ampio spettro sulla domiciliarità a Bologna*, Paper presentato al Convegno Espanet Italia, 13-15 settembre 2018.

Gobbo M. e Maino F. (2015), *Reti territoriali per la conciliazione e alleanze locali in Lombardia*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 169-194.

Harris M. e Albury D. (2009), *The Innovation Imperative. Why Radical Innovation is Needed to Reinvent Public Services for the Recession and Beyond*, London, NESTA.

Inps (2018a), *Statistiche in breve – Lavoratori domestici. Anno 2017*, Roma, download:

<https://www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/domestici/StatInBreve.pdf>.

Inps (2018b), *Statistiche in breve – Pensioni vigenti all'1.1.2018 e erogate nel 2017*, download: https://www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/pensioni/stat_breve.pdf.

ISTAT (2015a), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati*, Roma, <https://www.istat.it/it/archivio/166482>.

ISTAT (2015b), *Indagine sulla spesa dei comuni per servizi sociali, anno 2015*, Roma.

ISTAT (2015c), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anno 2015*, Roma.

ISTAT (2016), *Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'UE, anno 2015*, Roma.

Itinerari Previdenziali (2016), *Quarto Rapporto su "Il Bilancio del Sistema Previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2015"*, download:

<http://www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quarto-rapporto-bilancio-del-sistema-previdenziale-italiano.html>.

Madama I. e Maino F. (2013), *La conciliazione famiglia-lavoro: le reti territoriali in Lombardia*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 295-311.

Maino F. (2017), *Secondo welfare e innovazione sociale in Europa: alla ricerca di un nesso*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 19-42.

Maino F. (2018), *Il welfare aziendale: opportunità di sviluppo e criticità*, in «il Mulino», anno LXVII, n. 498, 4/2018, pp. 579-587.

Ministero della Salute (2016), *Piano Nazionale della Cronicità*, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Roma, download:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.

Pasquinelli S. (2011), *Una dote di cura per i non autosufficienti*, «in Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 20-21.

Pesaresi F. (2016), *Quanto costa l'RSA*, Rimini, Maggioli Editore.

Phills Jr. J.A., Deiglmeier K. e Miller D.T. (2008), *Rediscovering Social Innovation*, «Stanford Social Innovation Review», vol. 6, n. 4, pp. 34-43.

Razetti F. (2018), *LTC e innovazione sociale: quali spunti dall'Europa?*, Paper presentato al Convegno SISP, Torino, 5-7 settembre 2018.

Sabato S., Vanhercke B. e Verschraegen G. (2015), *The EU Framework for Social Innovation. Between Entrepreneurship and Policy Experimentation*, ImPROvE Working Paper, Discussion Paper n. 15/21.

Santoni V. (2017), *Welfare aziendale e provider prima e dopo le Leggi di Stabilità*, in F. Maino e Ferrera M. (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 91-118.

Westley F. (2013), *Social Innovation and Resilience: How One Enhances the Other*, «Stanford Social Innovation Review», vol. 11, n. 3, pp. 6–8.

CONTATTI

Percorsi di secondo welfare

Torino

Centro di Ricerca e Documentazione "Luigi Einaudi"

Via Ponza 4, 10121 Torino

Milano

Università degli Studi di Milano

Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche

Via Conservatorio 7, 20122



www.secondowelfare.it • info@secondowelfare.it

In partnership con



**CORRIERE
DELLA SERA**



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

ISBN 978-88-94960-08-2

secondowelfare.it