

# Disuguaglianze sociali e fragilità degli anziani: analisi dei problemi e mappatura delle soluzioni innovative

Ricercatore beneficiario della borsa Young Professional Grant:  
Dott. Bernardo Provedi  
Coordinatore del progetto di ricerca: Dott.ssa Elena Como  
Supervisore Scientifico: Dott.ssa Giulia Di Donato



Si ringrazia il Comune di Firenze, la Società della Salute di Firenze per la grande collaborazione dimostrata; Si ringrazia inoltre il CESVOT – Centro Servizi Volontariato Toscano per la disponibilità dimostrata.

Un ringraziamento particolare va alla Fondazione Roberto Franceschi e alla Fondazione Isacchi Samaja per il ruolo che ricoprono e per aver permesso la realizzazione della presente ricerca.

In ordine alfabetico vengono riportate le persone che con i loro contributi hanno reso possibile la realizzazione della presente ricerca. Vanno a loro i nostri più sentiti ringraziamenti.

Si ringrazia: Mario Andreini, Cesare Baccetti, Giulietta Becciolini, Francesca Bini, Leonora Biotti, Renato Boni, Massimo Campedelli, Vincenzo Cavalleri, Enrica Corti, Gabriele Danesi, Giovanni Dell’Olmo, Cristina Dragonetti, Claudia Fiaschi, Andrea Francalanci, Paolo Francesconi, Sara Funaro, Barbara Gonella, Cristiano Gori, Gaia Guidotti, Giovanna Leoni, Mattia Luti, Gavino Maciocco, Corrado Marcetti, Alessandro Martini, Elisabetta Masala, Manlio Matera, Cecilia Nieri, Laura Pacini, Paolo Peruzzi, Ada Poggiolini, Luca Puccetti, Rossano Righi, Eleonora Vanni, Lorenzo Viciani e Rita Ziliani.

La presente ricerca è stata condotta all'interno del Laboratorio di ricerca ARCO-Action Research for CO-development del PIN S.c.r.l. – Università degli Studi di Firenze ([www.arcolab.org](http://www.arcolab.org)) e in collaborazione con l’Agenzia LAMA ([www.agenzialama.eu](http://www.agenzialama.eu)).



**PIN**

POLO  
UNIVERSITARIO  
CITTÀ DI PRATO

SERVIZI DIDATTICI  
E SCIENTIFICI  
PER L'UNIVERSITÀ  
DI FIRENZE





## Indice dei contenuti

Introduzione .....	5
Gli obiettivi della ricerca.....	6
Metodologia di ricerca .....	7
La struttura della ricerca. ....	8
Capitolo uno: Il contesto e le principali dinamiche dell' invecchiamento .....	9
1.1 Il profilo demografico ed epidemiologico del paese .....	9
1.2 Distinzione tra Fragilità-Non Autosufficienza e Bisogno .....	12
1.3 La struttura attuale del welfare.....	16
1.4 Divisione della LTC per i vari livelli di competenza.....	28
1.5 Innovazione sociale .....	32
Capitolo due: La struttura dei servizi assistenziali per gli anziani in Toscana e nel Comune di Firenze .....	35
2.1 Struttura generale del sistema per l' assistenza agli anziani fragili e alla lieve Non autosufficienza..	35
2.2 Il Contesto demografico della Toscana e del Comune di Firenze.....	36
2.3 Normativa regionale e ripartizione delle competenze.....	43
2.4 Offerta di servizi presente sul territorio.....	48
2.5 I servizi pubblici .....	52
2.6 Gli assistenti familiari .....	59
2.7 Il terzo settore .....	61
2.8 Gli attori coinvolti nell' assistenza agli anziani: interazioni e spinti di riflessione.....	64
2.9 Accesso ai servizi e riforma ISEE.....	70
Capitolo tre: L' analisi dei bisogni assistenziali degli anziani fragili e lievemente non-autosufficienti.....	76
3.1 Condizione e bisogni della popolazione anziana nel contesto Toscano e Fiorentino .....	76
3.2 I fattori di rischio e i bisogni della popolazione anziana in Toscana: due indagini campionarie dell' Agenzia Regionale di Sanità.....	77
3.3 I bisogni degli anziani nel contesto fiorentino: un' indagine qualitativa .....	82
Capitolo quattro: I trend principali di innovazione sociale nell' assistenza agli anziani .....	91
4.1 La mappatura dell' innovazione sociale in Toscana e nel Comune di Firenze .....	91
4.2 Le dinamiche di innovazione sociale nelle varie aree dell' assistenza agli anziani. ....	92
Conclusioni .....	108
Cosa è emerso dalla mappatura delle esperienze di innovazione sociale .....	109
Spunti di riflessione per gli interventi futuri.....	110
Appendice.....	112
Bibliografia.....	114
Sitografia.....	117

## Introduzione

La presente ricerca affronta il tema dell'invecchiamento della popolazione analizzando le sfide assistenziali ad esso connesse. L'obiettivo è di contribuire al dibattito di policy e all'individuazione di soluzioni concrete a una delle problematiche sociali più cruciali per il futuro del nostro paese. La ricerca analizza infatti le dinamiche complesse che caratterizzano la domanda e l'offerta di servizi socio-assistenziali per la popolazione anziana, mettendone in evidenza i principali limiti a livello di adeguatezza e accessibilità per gli anziani fragili, ed esplorando le principali caratteristiche delle innovazioni sociali presenti nel campo dell'assistenza agli anziani.

### Il contesto

Il tema dell'invecchiamento della popolazione è andato acquisendo negli ultimi anni una posizione sempre più centrale nel dibattito sul futuro dei sistemi di welfare, sia nel contesto nazionale che europeo. Infatti, a livello europeo (UE27), l'incidenza della popolazione anziana sul totale dei cittadini è passata dal 12,8% nel 1985 al 18,2% nel 2013, con un aumento significativo del numero dei "grandi anziani" (Database Eurostat 2014 a). Questo trend demografico sembra inoltre essere destinato a durare ancora a lungo, visto che le proiezioni al 2040 stimano un'incidenza della popolazione anziana a livello europeo (UE28) pari al 28,1% (Database Eurostat 2014 b). In questo contesto, l'Italia si colloca tra i paesi in cui gli effetti dell'invecchiamento risultano più evidenti. Si noti infatti, che l'indice di vecchiaia italiano<sup>1</sup> è passato da 131,7 per cento nel 2002 a quota 154,1 nel 2014 (ISTAT 2015a), posizionando l'Italia al secondo posto, dopo la Germania, tra i paesi europei più "anziani". L'aumento della percentuale di persone anziane nel nostro paese si deve imputare principalmente all'aumento generalizzato della vita media, connesso ai progressi medici avuti in questi anni, e alla sensibile riduzione delle natalità. Quest'ultimo elemento desta numerose preoccupazioni in quanto connesso alla modificazione delle strutture familiari, sempre più sottili e isolate, che rappresentano nel nostro paese una risorsa fondamentale nel processo di assistenza alle persone anziane.

Negli ultimi anni si è dunque assistito a un ampio dibattito tra la comunità scientifica e i policy maker riguardo agli attuali sistemi di Long-term Care. Questo dibattito ha accresciuto la consapevolezza sull'importanza di adottare approcci proattivi per contrastare l'insorgenza delle patologie croniche e lo scivolamento degli anziani nella condizione di non-autosufficienza. In campo medico si è quindi assistito alla diffusione del "*Chronic Care Model*", mentre nella sfera sociale si sono moltiplicate le iniziative volte a promuovere l'invecchiamento attivo e l'adozione di corretti stili di vita. Coerentemente con una logica di intervento proattivo, la presente ricerca intende analizzare i bisogni e i servizi rivolti agli anziani fragili e lievemente non autosufficienti. La fragilità dell'anziano può infatti essere intesa come una condizione di ridotta resilienza agli stress collegati al declino cumulativo di più sistemi biologici e correlato positivamente alla disabilità, la multi-patologia e il rischio di istituzionalizzazione (Fried et al. 2004). In altre parole, l'anziano fragile è una persona ancora autosufficiente che presenta però, per cause fisiologiche o ambientali, un rischio concreto di scivolare nella non autosufficienza. Intervenire sulla fragilità, in modo da evitare l'insorgenza della non-autosufficienza, rappresenta una sfida cruciale per i prossimi anni, in quanto un approccio solamente difensivo ai bisogni assistenziali sembra non sostenibile dato il trend demografico. Per agire sulla fragilità, trattandosi spesso di bisogno socio-sanitari ancora inespressi, diventano fondamentali le risposte sociali e socio-assistenziali. Nella presente ricerca ci concentreremo quindi sulla sfera delle risposte sociali tralasciando le componenti sanitarie che, pur riconoscendone la cruciale importanza, sono più funzionali a rispondere alle fasi più acute del bisogno.

---

<sup>1</sup> L'indice di vecchiaia indica il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (over 65) e la popolazione giovane (meno di 15 anni).

Un ulteriore elemento di criticità per il sistema del welfare è rappresentato dalla minore disponibilità di risorse degli attori pubblici. Gli stringenti vincoli di bilancio hanno portato l'operatore pubblico, e in particolare i comuni, a ridurre il proprio margine d'azione nella sfera sociale. Come conseguenza, gli operatori pubblici tendono a fare sempre più affidamento sulle famiglie e sul terzo settore per l'erogazione delle prestazioni assistenziali.

In questo contesto, il concetto di innovazione sociale sta generando sempre maggiore interesse per cercare di individuare delle nuove modalità per risolvere i bisogni della popolazione anziana. I progetti di innovazione sociale sono infatti pratiche innovative che si pongono di rispondere a dei bisogni sociali precisi, anche tramite la definizione di nuove modalità di coinvolgimento dei numerosi attori presenti in un dato territorio. Molti attori coinvolti nell'assistenza agli anziani vedono quindi nell'innovazione sociale una possibile architettura teorica, capace di indirizzare l'elaborazione di nuovi servizi assistenziali e la creazione di relazioni stabili tra gli attori. Sebbene infatti non esista una definizione universalmente riconosciuta del fenomeno, i progetti di innovazione sociale sembrano essere accumulati da alcune caratteristiche che riguardano:

- Essere innovative per il contesto di riferimento;
- Avere come obiettivo di rispondere a un bisogno sociale;
- Coinvolgere attivamente i beneficiari;
- Agire attivamente per la creazione di nuove collaborazioni e relazioni sociali;
- Essere connesse alla dimensione locale e a un bisogno specifico;

Queste caratteristiche generali evidenziano le potenzialità dei progetti di innovazione sociale nel generare soluzioni innovative ai bisogni sociali della popolazione, e degli anziani fragili in particolare. Infatti, come emerge dall'analisi dei servizi territoriali, le principali prestazioni pubbliche rivolte agli anziani si concentrano sulle fasi acute del bisogno, lasciando quindi scoperta l'area dell'assistenza leggera che viene oggi coperta principalmente dal terzo settore e, in particolare, dall'associazionismo. La rilevanza che stanno assumendo i progetti di innovazione sociale è anche connessa alla minore disponibilità di risorse pubbliche. Le innovazioni sociali sono viste infatti anche come un'occasione per mobilitare gli attori territoriali e mettere a rete tutte le risorse disponibili.

### Gli obiettivi della ricerca

La presente ricerca si prefigge un triplice obiettivo.

In primo luogo, la ricerca vuole approfondire l'analisi dei fenomeni connessi all'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e la più generale trasformazione socio-demografica del nostro paese. Questi approfondimenti risultano necessari per comprendere le differenze fondamentali tra i concetti di cronicità, fragilità e non autosufficienza, e per mettere a fuoco le sfide che si presentano al sistema di welfare nazionale e locale.

In secondo luogo, la ricerca analizza la struttura dei servizi socio-assistenziali connessi alla Long-Term care. L'analisi è svolta sia a livello nazionale, individuando le principali tipologie di interventi assistenziali rivolti agli anziani, sia a livello regionale, guardando lo specifico contesto della Regione Toscana e del Comune di Firenze. Il focus principale viene posto sull'analisi dei servizi rivolti alle fasi iniziali del bisogno dell'anziano (fragilità e lieve non autosufficienza), cercando di mettere in luce le aree di intervento scoperte e le dinamiche che determinano disuguaglianze nel rispondere ai bisogni assistenziali. La ricerca andrà quindi a integrare l'analisi dei servizi con un'analisi dei principali bisogni assistenziali riscontrati nello specifico gruppo target. Questa parte della ricerca è stata condotta integrando fonti secondarie con fonti primarie ricavate da un'indagine qualitativa condotta all'interno del Comune di Firenze.

In terzo luogo, la ricerca vuole mappare e analizzare le principali innovazioni sociali presenti nel territorio regionale, con particolare attenzione a quelle attive nel territorio fiorentino. L'obiettivo è quello di individuare, da un lato, i principali ambiti e approcci di intervento delle innovazioni sociali e, dall'altro, individuare come queste stiano modificando l'attuale offerta di servizi socio-assistenziali rivolti alla popolazione fragile e lievemente non autosufficiente.

Come accennato in precedenza, l'unità geografica di riferimento sarà la città di Firenze. La scelta della città è stata fatta tenendo in considerazione vari fattori, tra i quali:

- La maggiore disponibilità di dati, garantita dalla collaborazione del Comune di Firenze e della Società della Salute di Firenze;
- Il profilo demografico della popolazione toscana e di quella fiorentina in particolare;
- Il contesto istituzionale favorevole alla ricerca, data la coincidenza geografica tra la zona distretto ASL, il Comune di Firenze e la Società della Salute.

### Metodologia di ricerca

La metodologia adottata per la realizzazione della presente ricerca vede l'utilizzo sia di fonti primarie che secondarie. In particolare, la ricerca si è composta sia di una fase di "*desk research*", che ha visto lo studio delle fonti secondarie, dei principali testi normativi e la ricerca di dati, sia da una parte di ricerca sul campo che ha portato alla realizzazione di:

- 32 interviste semi-strutturate con le varie tipologie di attori chiave coinvolti nell'assistenza alle persone anziane;
- 3 focus group con persone anziane selezionate all'interno di due centri anziani e di un centro diurno gestito dai servizi sociali professionali<sup>2</sup>.

Gli attori chiave interpellati sono stati selezionati in modo da rappresentare la grande varietà di soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani. In particolare, l'individuazione di questi soggetti è avvenuta: prioritariamente individuando tramite ricerca desk i soggetti principali da coinvolgere, e successivamente ampliando il campione tramite la metodologia dello *snowball sampling*. Nella prima fase sono stati coinvolti in via prioritaria i servizi sociali professionali e di alcuni docenti universitari.

Volendo analizzare più nel dettaglio la metodologia utilizzata in ciascuna sezione si può sinteticamente affermare che:

- Per quel che riguarda l'analisi del contesto nazionale, sia in termini demografici che di risposte messe in atto per la Long-term care, la ricerca si è basata prevalentemente sulla consultazione di fonti secondarie che sono state successivamente integrate con l'attività di "ricerca desk" sui principali testi normativi. Gli approfondimenti condotti sugli aspetti connessi alla condizione di fragilità, non autosufficienza e all'insorgenza delle patologie croniche sono stati realizzati attraverso lo studio di fonti secondarie di carattere medico/scientifico.
- Per quel che riguarda l'analisi dei servizi socio assistenziali presenti sul territorio della Regione Toscana e del Comune di Firenze, la ricerca si è basata sia sullo studio dei principali testi normativi, che su una fase di ricerca sul campo. Quest'ultima ha visto la realizzazione di svariate interviste con attori chiave che hanno contribuito a delineare il contesto normativo di riferimento. In particolare, si deve sottolineare la grande disponibilità dimostrata dai dirigenti del Comune di Firenze e della Società della Salute, i quali hanno fornito importanti indicazioni e hanno reso disponibili i dati relativi alla struttura dei servizi sociali territoriali.

---

<sup>2</sup> Si rimanda all'appendice per maggiori dettagli.



- Per quel che riguarda l'analisi dei bisogni socio-assistenziali degli anziani fragili e lievemente non autosufficienti, la ricerca si è basata in primo luogo sull'utilizzo di due studi quantitativi<sup>3</sup> condotti dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana che identificano i principali bisogni e condizioni di rischio per i vari sottogruppi della popolazione anziana. Questi dati sono stati approfonditi grazie alla realizzazione di numerose interviste con gli operatori sociali, sia pubblici che del terzo settore, e in particolare grazie alla realizzazione di tre focus group con varie tipologie di anziani<sup>4</sup>.
- Per quel che riguarda la mappatura delle principali innovazioni sociali presenti sul territorio, si è ricorsi sia alle segnalazioni dei soggetti intervistati (snowball sampling), sia alla consultazione di numerosi bandi nazionali e interregionali dedicati ai progetti di innovazione sociale<sup>5</sup>.

## La struttura della ricerca.

La presente ricerca si articola in quattro capitoli. Nel primo capitolo, vengono analizzati principali trend a livello nazionale per quel che riguarda l'andamento demografico, la diffusione delle patologie croniche e l'organizzazione dei servizi di Long-term Care. Inoltre, vengono approfonditi i rapporti di causalità e le relative differenze tra i concetti di fragilità, non autosufficienza e cronicità.

Nel secondo capitolo, viene analizzato nel dettaglio il contesto normativo regionale e l'organizzazione dei servizi assistenziali nel territorio fiorentino. Vengono inoltre approfonditi i ruoli ricoperti dai vari attori coinvolti nell'assistenza agli anziani, ponendo l'accento sulle modalità di collaborazione tra il settore pubblico e i vari soggetti del terzo settore.

Nel terzo capitolo, la ricerca si concentra nell'individuare i principali bisogni della popolazione anziana fragile e lievemente non autosufficiente. In particolare vengono evidenziate due macro-categorie di bisogni connesse, da un lato, alla sfera relazionale e alla sfera pratica, dall'altro.

Il quarto capitolo, partendo dai bisogni emersi nel precedente capitolo, si concentra sulla mappatura delle principali innovazioni sociali presenti nel territorio toscano e fiorentino. Nello specifico, vengono evidenziate le principali caratteristiche su cui vertono le innovazioni sociali nel campo dell'assistenza agli anziani e su come queste possono influire sulla futura offerta di servizi socio assistenziali.

---

<sup>3</sup> Si veda ARS (2009) e ARS (2013)

<sup>4</sup> Si rimanda al Capitolo III per maggiori dettagli sulla metodologia utilizzata per questa fase.

<sup>5</sup> A titolo esemplificativo si vedano: "Il bando Smart Cities and Communities and Social Innovation del MIUR", le varie edizioni della "European social innovation competition", il concorso "European Award Social Innovation in Ageing" e le varie edizioni del bando "Percorsi di Innovazione" promosso dal Centro Servizi Volontariato Toscano (CESVOT).

## Capitolo uno: Il contesto e le principali dinamiche dell'invecchiamento

### 1.1 Il profilo demografico ed epidemiologico del paese

Prima di addentrarci nell'analisi dei servizi messi a disposizione della popolazione anziana è opportuno dare un inquadramento generale del contesto italiano.

Molti paesi europei e in particolar modo l'Italia stanno affrontando un progressivo e costante invecchiamento della popolazione, con conseguenze significative sull'intensità e il numero di bisogni della popolazione anziana. Questa tendenza è principalmente da imputare al basso tasso di natalità e al progressivo allungamento della vita media.

Inoltre, gli effetti della transizione demografica e della recente crisi economica, stanno modificando chiaramente le strutture familiari indebolendo la principale fonte di sostegno per l'assistenza delle persone anziane. Le reti familiari appaiono sempre più strette e lunghe con la tendenza al formarsi di famiglie poli-nucleari con il rientro nella famiglia di origine dei figli in seguito a separazioni o emancipazioni fallite.

A questo si aggiunge una sempre crescente incidenza delle malattie croniche nella popolazione anziana. Sebbene negli anni vi siano stati progressi significativi nel trattamento di queste patologie il loro aumento comporta la necessità di ripensare la struttura dei servizi adottando un approccio proattivo al bisogno.

#### 1.1.2 Invecchiamento della popolazione

I processi demografici in atto da diversi anni stanno progressivamente mutando la struttura anagrafica del nostro paese con un costante invecchiamento della popolazione. In particolare in questi ultimi decenni si è assistito a un aumento significativo della popolazione anziana e dei grandi anziani. L'indice di vecchiaia italiano<sup>6</sup> è passato da 131,7 per cento nel 2002 a quota 154,1 nel 2014 (ISTAT 2015a), confermando l'Italia come secondo paese europeo più "anziano" dopo la Germania. Un altro dato che dovrebbe destare preoccupazione è l'indice di dipendenza<sup>7</sup> che sintetizza approssimativamente il grado di dipendenza economico-sociale tra le generazioni fuori e dentro il mercato del lavoro. Quando questo indice supera quota cinquanta si è in presenza di un carico demografico eccessivo sulla popolazione attiva. Tra il 2002 e il 2014 si è verificato un aumento dello squilibrio intergenerazionale con l'indice di dipendenza che è passato dal 49,1 per cento del 2002 al 54,6 del 2014 (ISTAT 2015a).

Questi dati sembrano destinati a peggiorare se si osservano le previsioni demografiche per i prossimi trenta anni (ISTAT, 2014 b). Nello specifico ci si attende che l'indice di vecchiaia arrivi nel 2041 a toccare quota 278 nel sud Italia e quota 242 nel centro-nord. L'immagine che rende meglio la futura struttura della popolazione italiana è quella della piramide rovesciata, con la popolazione in età attiva compressa da un numero sempre maggiore di anziani.

Le cause del progressivo invecchiamento della popolazione sono riconducibili a due fattori principali: il calo delle natalità e l'aumento della vita media.

Riguardo al primo in Italia tra il 2003 e il 2013 la popolazione residente è cresciuta mediamente a un tasso dello 0,6% annuo. Tuttavia, questi incrementi sono dettati esclusivamente dalle dinamiche migratorie in quanto il tasso di crescita naturale della popolazione ha saldo negativo da molti anni, passando da -0,3 per

---

<sup>6</sup> L'indice di vecchiaia indica il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (over 65) e la popolazione giovane (meno di 15 anni).

<sup>7</sup> L'indice di dipendenza è calcolato come il rapporto tra la popolazione residente non attiva (0-14 anni e over 65) e la popolazione in età lavorativa (15-64).

mille abitanti nel 2002 a -1,4 nel 2013. Questo fenomeno è dovuto prevalentemente al basso tasso di natalità che caratterizza il nostro paese da molti anni che si attesta nel 2013 a 1,39 figli per donna, ben lontano dalla “soglia di rimpiazzo” (2,1 figli per donna) (ISTAT 2015a). La bassa natalità comporta nel lungo termine delle conseguenze significative per quel che riguarda la sostenibilità dei servizi di assistenza agli anziani e, in generale, per l'intero sistema del welfare. Una bassa natalità comporta infatti un aumento del peso della popolazione anziana e un progressivo assottigliamento delle reti familiari, da sempre il primo contesto di sostegno per gli anziani.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è però dovuto anche a fattori positivi come l'allungarsi della vita media delle persone. Nel 2012 l'Italia si posizionava al secondo posto in Europa, dopo la Svezia per l'aspettativa di vita media della popolazione. Grazie ai progressi scientifici e alla qualità del servizio sanitario nazionale l'aspettativa di vita è aumentata sensibilmente dal 2003 al 2013 passando da 77,2 anni a 79,8 per gli uomini e da 82,8 anni a 84,6 per le donne. Tuttavia, come vedremo meglio in seguito, il progressivo allungamento dell'età si associa anche a un aumento delle malattie croniche, che vanno fortemente a incidere sulla qualità della vita delle persone anziane. Inoltre, si deve sottolineare come ci siano marcate evidenze sulla disparità geografica (ISTAT, 2014 b) e sociale (Barnett et al. 2012) nella distribuzione delle malattie croniche, con conseguenze evidenti in termini di disuguaglianze. Se quindi fino ad oggi si è con successo provveduto a aumentare gli anni di vita delle persone, la sfida per i prossimi decenni sarà quella di ridurre le disuguaglianze e aumentare la qualità della vita degli anziani.

In sintesi, è in atto un progressivo e costante invecchiamento della popolazione italiana. Questo comporta importanti conseguenze sia sul piano dei bisogni assistenziali delle persone anziane, derivanti anche l'incremento delle malattie croniche, che sulla struttura dei servizi sociali. Inoltre, la dinamica demografica incide fortemente sulle strutture familiari, già colpite duramente dalla crisi economica, e da sempre il soggetto principale nella assistenza agli anziani.

### 1.1.3 I cambiamenti nella struttura e sulla numerosità delle famiglie

La riduzione della fecondità citata in precedenza si unisce anche a un cambiamento nella struttura formale delle famiglie con conseguenze estremamente significative sulla loro capacità di assistere le persone anziane. Un dato significativo di questo cambiamento strutturale è rappresentato dalla riduzione dei matrimoni. Nel 2012 sono stati celebrati 507 primi matrimoni per ogni mille donne, con una riduzione del 18,4% (ISTAT, 2014b) rispetto al 1995. Questo fenomeno è comune ai vari paesi europei sebbene in Italia si registri un trend più contenuto. Il dato sulla nuzialità risulta particolarmente interessante se associato a quello dell'emancipazione dei giovani.

La popolazione compresa tra i 25 e i 34 anni di età che vive ancora con la famiglia di origine si attesta nel 2012 al 52,3% dei maschi e al 35% delle femmine (ISTAT, 2014b). Questo dato sintetizza tutte le difficoltà economiche, acuite ancora di più dalla crisi, che un giovane deve affrontare per emanciparsi dal nucleo familiare di origine.

Nonostante le problematiche legate all'emancipazione negli ultimi dieci anni si è assistito a un aumento dei nuclei familiari e in particolar modo delle unipersonali (ISTAT 2015a). In generale si riscontra una riduzione netta del numero dei componenti e un aumento significativo delle famiglie con più nuclei. Quest'ultimo dato è dovuto spesso al ritorno nel contesto parentale di persone che sono uscite da una separazione, divorzi o emancipazioni fallite. Inoltre, il ricrearsi di famiglie con più nuclei sotto lo stesso tetto è spesso dovuto alla difficoltà economiche delle famiglie stesse che si concretizza anche con la necessità di condividere l'abitazione. In questo contesto, le persone anziane se da un lato rappresentano una categoria relativamente protetta per il grado di tutele raggiunte dall'altro lato possono rappresentare un fattore altamente destabilizzante per le finanze familiari nel caso di non autosufficienze acute. In particolare questo aspetto risulta particolarmente significativo per la fascia dei né-né, ovvero quella parte di

popolazione particolarmente esposta ai processi di impoverimento, ma non ancora sufficientemente povera per accedere ai programmi pubblici di sostegno.

Un ulteriore indicatore della sofferenza delle famiglie, e conseguentemente delle persone anziane, è rappresentato dal diffondersi dell'emergenza abitativa. Non è un caso infatti, che gli sfratti siano passati da essere 43'869 nel 2007 a 73'385 nel 2013 (+67%). Inoltre, è aumentata sensibilmente la percentuale di sfratti per morosità (dal 77,4% nel 2007 al 89% del 2013) un ulteriore indice delle difficoltà economiche delle famiglie (Ministero dell'interno, 2013). Come emerge anche dalle interviste effettuate le famiglie maggiormente colpite dalle avverse circostanze economiche sono le famiglie unipersonali, spesso composte da anziani, e le famiglie numerose monoreddito.

Un ulteriore elemento significativo per quel che riguarda la capacità assistenziale delle famiglie risulta l'assottigliamento delle reti familiari, che tendono a diventare sempre più strette e lunghe, riducendo in questo modo il numero di persone su cui si distribuisce il carico assistenziale (ISTAT, 2014b). In altri termini si stanno riducendo le reti di supporto parentali e amicali, che rappresentano un importante patrimonio sociale per il sostegno agli anziani. Questo fattore, associato alla dinamica demografica, comporterà in futuro un aggravio sempre maggiore nel sostenere gli anziani da parte dei membri attivi della famiglia.

#### 1.1.4 Avanzamento delle malattie croniche

L'incremento dell'aspettativa di vita, descritto nel paragrafo, precedente ha generato un aumento significativo della popolazione con più di 80 anni anche grazie all'accresciuta capacità di trattamento di alcune patologie. Vi sono infatti patologie croniche, come diabete e Alzheimer, che seppur non eliminabili, possono essere gestite meglio che in passato limitandone gli effetti invalidanti. Tali patologie sono strettamente legate all'avanzamento dell'età come dimostra il fatto che più della metà delle persone ultra settantacinquenni in Italia soffre di almeno una patologia cronica grave. Nello specifico, nella classe di età degli over 75 sono affetti da almeno una patologia cronica grave il 51% delle donne e il 57 % tra gli uomini. È importante sottolineare come questa percentuali scendano rapidamente al diminuire dell'età. Infatti, già nella classe di età tra i 65 e i 69 anni la percentuale di donne con almeno una patologia cronica si attesta intorno al 28% a fronte di un 35,8% degli uomini (ISTAT, 2014b). Questo dato evidenzia l'importanza di agire proattivamente su questa tipologia di patologie in modo da ridurre l'incremento nelle fasce più anziane della popolazione.

Questi dati evidenziano come il fenomeno delle malattie croniche rappresenti uno degli elementi principali per quel che riguarda la salute degli anziani. In altri termini, dal lato della sanità pubblica, l'incremento delle aspettative di vita si traduce nella necessità di implementare politiche che incentivino un invecchiamento sano e attivo della popolazione in modo da prevenire che l'incremento della vita media si traduca automaticamente in un incremento degli interventi assistenziali e dell'istituzionalizzazione. (Razzanelli et al., 2013). Andare a contrastare la diffusione delle malattie croniche richiede però un cambiamento significativo nelle modalità di intervento con l'adozione di un approccio proattivo alla patologia sia agendo preventivamente sugli stili di vita e sui determinanti della salute, sia intervenendo in maniera efficace nelle prime fasi della cronicità. È infatti dimostrato che approcci proattivi come il *Chronic Care Model* o pratiche di sanità di iniziativa se adottati efficacemente possono ridurre sensibilmente il numero le complicazioni di tali patologie e i conseguenti costi di trattamento per il pubblico (Stock et al. 2011). Inoltre come emerso dalle interviste e come confermato dal rapporto "Passi d'Argento" della Regione Toscana (ARS, 2013), è necessario intervenire nelle fasi iniziali della cronicità in modo da evitare l'acutizzarsi della condizione con conseguenti interventi di natura sanitaria. Un ulteriore elemento di criticità è quello relativo alla presenza di più patologie croniche contemporaneamente. In questi casi l'importanza dell'intervento proattivo è particolarmente importante in quanto la multicronicità rappresenta una condizione di particolare fragilità della persona anziana.

Quando si parla di malattie croniche e interventi proattivi è necessario introdurre il concetto di determinanti della salute e sulla loro importanza in chiave di lotta alle disuguaglianze sociali. Per determinanti della salute si intendono tutta una serie di fattori personali e sociali che incidono sullo stato di salute di una persona<sup>8</sup> (stili di vita, condizioni di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni socio economiche, culturali e ambientale, ecc.). È stato infatti dimostrato che le persone in condizioni socio-economiche svantaggiate sono maggiormente esposte al rischio di avere più patologie croniche (Barnett et al. 2012) con conseguenti ricadute sulla loro qualità di vita. Tenendo in considerazione questa informazione è importante che le politiche pubbliche sul tema dell'assistenza agli anziani si concentrino anche sulla parte di prevenzione e adozione di corretti stili di vita. È comunque importante sottolineare che la mancata adozione di corretti stili di vita da parte di alcune categorie di persone è spesso dovuta a circostanze che superano la semplice volontà degli individui e riguardano più profondamente la loro condizione di necessità.

Tuttavia, come verrà approfondito in seguito, i soggetti pubblici e in particolar modo i comuni si trovano oggi davanti un trade-off sull'allocazione delle loro già scarse risorse. Infatti il percorso di invecchiamento di una persona è rappresentabile da un continuo evolversi di bisogni tutti meritevoli di essere soddisfatti. Se da un lato, intervenire sulle fasi iniziali del bisogno permette di ritardare lo scivolamento verso la non autosufficienza, dall'altro lato è eticamente e politicamente difficile ridurre il già poco supporto che viene dato alle persone gravemente non autosufficienti.

Tuttavia, a parità di risorse e con l'attuale trend demografico, se non si interviene proattivamente sui bisogni degli anziani per ritardare al massimo l'istituzionalizzazione si arriverà presto a un'esplosione dei costi, ingestibile per le casse pubbliche, con inevitabili ripercussioni sulle famiglie in termini di equità e aumento delle disuguaglianze.

In questo contesto si inserisce la necessità di sviluppare e sperimentare innovazioni sociali al fine di creare nuove pratiche e tipologie di rapporti che intervengano nella fase precedente all'acuirsi del bisogno. In questi casi l'intervento pubblico, ai vari livelli, dovrebbe incentivare, monitorare e adottare a regime le iniziative di successo rivolte al mantenimento funzionale dell'anziano e al ritardarsi della sua istituzionalizzazione.

Riassumendo, in Italia il progressivo allungamento della vita comporta per gli anziani una maggiore probabilità di soffrire di patologie croniche e multi-cronicità, con effetti fortemente negativi sulla qualità della vita negli anni residui. Diventa quindi fondamentale agire preventivamente e intervenire nelle fasi iniziali di queste patologie in modo da prevenire l'incorrere della disabilità. Le patologie croniche sono elementi che devono essere tenuti in considerazione quando si introducono altri due concetti ad esse strettamente correlati, come quelli di fragilità (Fried et al. 2004) e non autosufficienza.

## 1.2 Distinzione tra Fragilità-Non Autosufficienza e Bisogno

L'andamento demografico della popolazione porta inevitabilmente ad interrogarci sul profilo epidemiologico della popolazione anziana.

Nell'analisi del profilo di salute è importante distinguere alcuni concetti che saranno ripresi a più battute nel corso della trattazione. Sebbene a livello scientifico i concetti di fragilità, cronicità e non autosufficienza non siano coincidenti (Fried et al., 2004) sia nella pratica che all'atto normativo la distanza tra loro risulta

---

<sup>8</sup> Per approfondimenti si veda l'articolo di Gavino Maciocco su "Salute Internazionale" reperibile al link: <http://www.saluteinternazionale.info/2009/01/i-determinanti-della-salute-una-nuova-originale-cornice-concettuale/>

essere maggiormente sfumata. Questo rientra nella più ampia difficoltà di delineare il perimetro d'azione della Long-term Care. Infatti, sebbene esista una definizione internazionalmente riconosciuta<sup>9</sup> la sua trasposizione in programmi e tipologie di sostegno appare molto variegata non solo a livello nazionale ma anche a livello locale e regionale. Infatti, se una maggiore standardizzazione è osservabile nei servizi socio-assistenziali offerti dal pubblico, si riscontra una grandissima eterogeneità geografica per quel che riguarda la disponibilità di servizi offerti dal volontariato o dall'impresa sociale (IRPET, 2014).

La cronicità è stata in parte trattata nel paragrafo precedente per questo ci concentreremo sull'analisi del concetto di fragilità e non autosufficienza. Infatti, sebbene il processo di invecchiamento sia percorso continuo di evoluzioni dei bisogni, è possibile suddividere la popolazione anziana in base a delle macro-categorie di bisogno a cui corrispondono specifiche tipologie di interventi.

Figura 1 I possibili sottogruppi della popolazione anziana



Fonte: Immagine ripresa da ARS, (2013)

L'individuazione di categorie generali è reso particolarmente difficile dalla grande varietà di casistiche in cui si concretizza il bisogno assistenziale. In ogni caso nel corso della trattazione distingueremo tre diverse tipologie di soggetti anziani:

- Gli anziani fragili, ovvero persone over 65 autosufficienti ma a rischio.
- Gli anziani lievemente non autosufficienti, ovvero le casistiche che richiedono di un supporto limitato e di natura prevalentemente sociale.
- Gli anziani non autosufficienti, che consistono nelle persone anziane che necessitano di un supporto continuativo per lo svolgimento delle loro funzioni di base.

<sup>9</sup> "The long-term care services refers to the organization and delivery of a broad range of services and assistance to people who are limited in their ability to function independently on a daily basis over an extended period of time. There are two complementary components of this definition: the care continues over a long time period, and second the care is usually provided as an integrated programme across service components. The services may be provided in a variety of settings including institutional residential or home care" (OECD, 2007)

Operare una distinzione di questo tipo ci permette di evidenziare quei gruppi (fragili e lievemente non autosufficienti) su cui è possibile intervenire significativamente con interventi di natura sociale che, per esigenze di bilancio, sono sempre meno coperti dall'intervento pubblico. Proprio per questo motivo assumono particolare interesse tutti quegli interventi che mettono a sistema le risorse del territorio e che ricadono sotto il grande cappello di quella che andremo dopa a definire come innovazione sociale.

### 1.2.1 La fragilità

L'interesse sul concetto di fragilità è cresciuto negli ultimi quindici anni di pari passo con l'attenzione al progressivo invecchiamento della popolazione. Sebbene non esista ancora una definizione univoca del fenomeno e dei relativi criteri identificativi, c'è ampio accordo nella comunità scientifica sul ritenere la fragilità uno stato biologico strettamente collegato all'avanzamento dell'età e alla progressiva perdita di riserve fisiologiche (Razzanelli et al. 2013). Le caratteristiche principali di questa condizione sono una ridotta resilienza agli stress collegati al declino cumulativo di più sistemi biologici e correlato positivamente alla disabilità, la multipatologia e il rischio di istituzionalizzazione (Fried et al. 2004).

Come ben riassunto nelle linee guida "La Fragilità dell'Anziano" della Regione Toscana (2013) esistono vari paradigmi per identificare e definire la fragilità. Il principale è il paradigma biomedico, che evidenzia gli elementi fisiologici che caratterizzano la progressiva diminuzione delle riserve funzionali e della resilienza dell'anziano (Fried et al. 2004). Un altro paradigma significativo è quello bio-psico-sociale, che vede la fragilità come uno stato dinamico sperimentato dagli anziani che hanno subito una perdita in uno o più domini funzionali (Gobbens 2010). Un ulteriore paradigma definitorio è quello del Frail Index (Rockwood et al., 2007) che vede la fragilità come situazione caotica dei sistemi fisiologici che può essere stimata analizzando le varie dimensioni del bisogno (stato funzionale, patologie, deficit fisici e cognitivi, fattori di rischio sociali). Più recentemente, in seguito allo studio longitudinale SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), Romero-Ortuno e Soraghan (2014) hanno elaborato lo SHARE - FI75+ che permette di individuare la condizione di fragilità nelle persone con più di 75 anni. Lo strumento permette stimare la mortalità a due anni e il declino funzionale della persona basandosi su pochi indicatori (Genere, età, appetito, debolezza, lentezza e attività fisica).

Dopo aver visto i principali paradigmi utilizzati per identificare la fragilità è opportuno introdurre una delle definizioni operative più diffuse. Facciamo riferimento a quella proposta da Fried et al. (2001), che identifica la fragilità al verificarsi di almeno tre dei seguenti parametri:

- Perdita di peso (4,5 Kg nell'ultimo anno)
- Facile affaticabilità (almeno 3 giorni/settimana)
- Riduzione della forza muscolare (hand-grip)
- Ridotta attività fisica
- Riduzione della velocità di cammino (più di 7 secondi per percorrere percorso noto di 5 metri)

A prescindere dalla specifica definizione operativa utilizzata, il dibattito intorno alla fragilità dell'anziano ha avuto il merito di spostare l'attenzione da un approccio centrato sulla singola patologia o problematica, a una visione maggiormente integrata del bisogno (Regione Toscana, 2013). Tuttavia è importante sottolineare come il dibattito si concentri prevalentemente sugli aspetti di natura medica/biologica della fragilità escludendone tutti gli aspetti "sociali". Questo ha delle importanti conseguenze sulle tipologie di intervento proposte in contrasto alla fragilità. Infatti, avendo un approccio clinico alla fragilità, le misure che vengono solitamente suggerite per prevenire questa condizione sono principalmente di tipo nutrizionale (per contrastare la perdita di peso) e legate all'attività fisica (per mantenere il tono muscolare). L'approccio biomedico presenta quindi delle significative criticità in quanto esclude tutta la dimensione sociale e relazionale dell'anziano, che invece gioca un ruolo importante nel contrasto al decadimento funzionale e cognitivo.

Oltre alle tipologie di intervento legate all'attività fisica e all'aspetto nutrizionale, sono anche molto diffuse pratiche per lo screening e il monitoraggio delle persone anziane fragili. In linea di massima, questi interventi si muovono su due piani distinti. Da un lato si trovano gli interventi volti a individuare e monitorare la popolazione fragile nei vari territori. A questo proposito è possibile distinguere tra l'approccio di opportunità, basato sull'ampio coinvolgimento dei medici di famiglia che segnalano potenziali situazioni di rischio, e l'approccio proattivo, che si basa invece su procedure di screening sull'intera popolazione target.

Dall'altro lato si trovano gli interventi volti a rimuovere i fattori di rischio per ritardare al massimo l'arrivo della non autosufficienza. In questo secondo gruppo di azioni rientrano tutte le azioni di carattere sociale per contrastare i fattori clinici e relazionali delle persone fragili. Uno dei problemi principali legato alla fragilità è che spesso non vi è coscienza del sopraggiungere di una fase di criticità che se non affrontata tempestivamente può portare in rapido tempo all'aggravarsi della situazione. Inoltre questi interventi sono resi ancor più complessi dalla grande casistica e varietà di fattori che determinano la fragilità di un soggetto. Questo appare evidente se ci si concentra sull'identificazione delle cause piuttosto che nell'individuazione della sua sintomatologia. Sono infatti egualmente fragili la persona con multi-cronicità in difficoltà economica, come la persona anziana, benestante che abita all'ultimo piano di un palazzo senza ascensore. In questa differenza è riassunta la criticità del progettare un sistema di protezione che sia sufficientemente flessibile per dare risposta a una casistica così ampia di bisogni.

Come evidenziato in precedenza risulta abbastanza complesso quantificare il fenomeno della fragilità in quanto è spesso precedente alla manifestazione del bisogno vero e proprio o delle patologie. Tuttavia studi che usano criteri analoghi condotti in varie parti d'Europa hanno riportato risultati sul tasso di prevalenza della fragilità abbastanza compatibili tra loro<sup>10</sup>. In Italia lo studio InCHIANTI<sup>11</sup> condotto in Toscana ha stimato un tasso di prevalenza pari a 8,8% della popolazione ultra sessantacinquenne. Un secondo studio condotto dal Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) su dieci paesi europei ha stimato un tasso di prevalenza in Italia del 14,3%.

### 1.2.2 La non-autosufficienza

Il concetto di non autosufficienza è stato oggetto di approfondimento ben prima di quello di fragilità tuttavia ancora oggi ci si trova in assenza di una definizione univoca di questa condizione. Coerentemente con la classificazione "Funzionale" adottata dall'OMS<sup>12</sup> nel 2001 le più recenti definizioni di non autosufficienza guardano la difficoltà da parte del soggetto di svolgere le attività della vita quotidiana. A questo proposito i parametri di valutazione più usati sono rappresentati dalle: attività di base della vita quotidiana (BADL)<sup>13</sup> e dalle attività strumentali della vita quotidiana (IADL)<sup>14</sup>.

Le prime comprendono le attività necessarie per vivere in un ambiente domestico senza bisogno di un'assistenza periodica o continuativa (ARS, 2013). Le BADL comprendono quindi funzioni come muoversi da una stanza all'altra, provvedere alla propria igiene, vestirsi, mangiare e andare in bagno.

Dall'altro lato, le IADL comprendono attività più complesse, che possono essere svolte anche all'esterno dell'abitazione. Queste attività comprendono l'utilizzo del telefono, prendere le medicine, fare la spesa, cucinare, pagare le bollette, spostarsi con i mezzi pubblici e fare il bucato. Le IADL sono particolarmente importanti ai fini della nostra ricerca perché maggiormente connesse a situazioni di lieve non-

---

<sup>10</sup> Si veda Regione Toscana (2013) per maggiori approfondimenti.

<sup>11</sup> Si veda Ferrucci et al. (2000) oppure il sito: "inchantistudy.net"

<sup>12</sup> Si veda: "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)" WHO 2001

<sup>13</sup> Basic Activity of Daily Life (BADL)

<sup>14</sup> Instrumental Activity of Daily Life (IADL)



autosufficienza e fragilità. Inoltre, seppur con minore intensità rispetto alle BADL, lo svolgimento di tali attività risulta comunque necessario per la piena autonomia di una persona.

Oltre all'analisi "funzionale" del bisogno le recenti procedure di valutazione della non autosufficienza tendono a considerare anche elementi di natura clinica, psicologica, economica e sociale. È infatti giusto distinguere le varie componenti della non autosufficienza tra quelle di natura fisica (gravi impedimenti fisici nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana) e quelle di natura psichica (gravi disturbi del comportamento o grave deterioramento delle funzioni cognitive). Si è quindi affermata una concezione multidimensionale della non-autosufficienza, che permette una rappresentazione più puntuale e graduata del bisogno. È infatti possibile identificare vari livelli di intensità del bisogno e conseguentemente delineare interventi diversi a seconda della gravità e della tipologia di bisogno. È quindi grazie alla sua natura multidimensionale che è possibile distinguere tra lieve non autosufficienza e non autosufficienza acuta.

In termini generali, nel corso degli anni si sono sviluppati in Italia, sebbene con la solita eterogeneità geografica, molteplici strumenti di sostegno delle persone non autosufficienti. In particolare si è raggiunta una certa standardizzazione nei servizi reali offerti dal pubblico per la non autosufficienza, con la suddivisione dei servizi tra domiciliari, semiresidenziali e residenziali (queste categorie saranno analizzate più dettagliatamente nei paragrafi successivi). Si deve ricordare tuttavia che buona parte del sostegno alla non autosufficienza viene erogato tramite trasferimenti monetari di varia provenienza, e che spesso si sovrappongono tra loro. Inoltre, la tendenza generale attualmente in atto, confermata anche dalle interviste, è quella di un progressivo spostamento degli interventi verso le fasi più acute della non autosufficienza. Per quel che riguarda la lieve non autosufficienza, si riscontra una parziale sovrapposizione con le risposte offerte per la fragilità, in particolar modo dove le risposte adottate sono principalmente di natura sociale.

Per quantificare il fenomeno della non autosufficienza in Italia è possibile fare affidamento al tasso di prevalenza consolidato in letteratura pari al 18,5% (Sebastiani et al. 2005). Applicando questo tasso alla popolazione over 65 (Rotolo, 2014) si stima che in Italia ci siano circa 2'275'784 persone anziane non autosufficienti di cui circa il 97.57% è inserito in uno dei vari programmi di long-term care presenti nel territorio nazionale.

Per sintetizzare, in termini di bisogni espressi i concetti di fragilità e non autosufficienza non sono sovrapponibili, nonostante l'ampia casistica che li contraddistingue. È tuttavia possibile trovare alcuni punti di contatto tra non autosufficienza lieve e fragilità per quel che riguarda la natura sociale degli interventi adottati. Resta inoltre da sottolineare le diverse tipologie di approccio con cui possono essere affrontati i concetti di fragilità e non autosufficienza. Entrambi infatti si prestano a essere analizzati sia con un approccio clinico, rivolto alla gestione di un processo biologico, sia con un approccio sociale che tende invece a far risaltare le componenti relazionali e psicologiche delle persone anziane. Sebbene questi approcci dovrebbero essere sempre complementari tra loro, la distribuzione delle risorse economiche e delle competenze tra i vari livelli dello stato tendono spesso a far risaltare maggiormente i fattori di natura clinica e biologica. Tuttavia, in questa ricerca ci concentreremo sulla componente sociale della fragilità e della lieve non autosufficienza pur riconoscendo l'importanza della componente sanitaria. A questo proposito, per fare risaltare gli elementi sociali sarebbe forse più opportuno parlare di vulnerabilità invece che di fragilità, che assume sempre più una caratterizzazione clinica. In questo testo tuttavia si continuerà a fare riferimento alla fragilità cercando di far risaltare il più possibile gli elementi sociali che contraddistinguono questo concetto.

### 1.3 La struttura attuale del welfare

### 1.3.1 La spesa italiana per il Welfare e la Long-term care

Nel 2011 l'Italia ha destinato circa il 29,7% del proprio PIL per la protezione sociale posizionandosi al settimo posto tra i 28 paesi dell'Unione Europea (Istat, 2014b). Tuttavia, ciò che caratterizza l'Italia è la particolare allocazione di tali risorse tra le vari capitoli della protezione sociale. In particolare pesa molto la quota delle pensioni che assorbono circa il 52,1% delle risorse complessive a fronte di una media UE del 39,9%. La seconda voce di spesa è rappresentata dalla sanità a cui sono destinate circa il 24,9% delle risorse complessive. Il forte squilibrio allocativo a favore delle pensioni tende poi a ripercuotersi sulle altre funzioni di spesa, come le politiche abitative o quelle per la famiglia, che risultano particolarmente sotto finanziate rispetto alla media europea (Istat, 2014b).

Tuttavia, si deve notare che analizzare la spesa per le politiche sociali rapportandola ai grandi aggregati nazionali (come il PIL o la spesa pubblica) rischia di essere fuorviante rispetto alla comprensione delle dinamiche del sistema del welfare (Fosti et al. 2013). In particolare la troppa aggregazione tende ad appiattire la grande articolazione degli interventi sociali nel nostro paese, che si dividono tra un molteplicità di soggetti ai vari livelli dello stato. Guardando ai dati della spesa aggregati, non si riesce quindi a cogliere il grande ruolo che hanno i trasferimenti statali per i servizi di long-term care, così come la relativa importanza dei comuni nell'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali.

Nel tentativo di superare questo limite informativo (Rotolo, 2014) si è cercato di ricostruire la spesa pubblica complessiva per il welfare tramite l'analisi dei flussi e delle fonti di finanziamento per i vari interventi. I risultati ottenuti per gli anni 2009-2010 sono coerenti con quelli enunciati in precedenza. Attraverso questa procedura è stato possibile evidenziare come si ripartisca la spesa tra le varie categorie di intervento e tra i vari livelli dello stato. Questo esercizio risulta fondamentale per stimare il peso delle attività di long-term care e di supporto agli anziani in quanto sono spesso a cavallo delle tradizionali classificazione di spesa. Attraverso l'analisi di Rotolo (2014) è stato possibile stimare come le politiche per la non autosufficienza assorbano solamente il 7,9% delle risorse complessive per il welfare. Inoltre è interessante osservare come delle risorse messe a disposizione per la non autosufficienza circa il 90% sia gestito a livello centrale (tra stato e enti come l'INPS) mentre soltanto il 10% delle risorse sia a disposizione degli enti locali.

Questo ultimo dato non deve però fare sottovalutare l'importanza degli enti locali nei processi di Long-term care. Infatti, spetta ai comuni gestire la fondamentale rete di servizi reali per i cittadini in un sistema fortemente squilibrato verso strumenti di sostegno di natura monetaria. Sono proprio i comuni che si occupano delle delicate fasi di presa in carico del bisogno e di supporto alle famiglie nell'orientamento ai servizi presenti nel territorio. Il supporto economico non è la sola cosa che deve essere garantita dal servizio pubblico, in quanto la libertà di scelta nella fruizione dei servizi territoriali deve essere accompagnata da una maggiore consapevolezza e una reale capacità di scelta (Pasquinelli e Rusmini 2013).

Per questo motivo risulta interessante analizzare la dinamica di spesa dei comuni in quanto rappresentano la prima interfaccia tra il bisogno del cittadino e i servizi presenti sul territorio. Nel 2011 le risorse da loro destinate alle politiche sociali territoriali ammontano a circa 7,27 miliardi di euro<sup>15</sup> in lieve calo rispetto ai valori registrati nel 2010. Si noti che circa il 62,5% di questa cifra è finanziato tramite risorse proprie dei comuni a fronte di un 30% proveniente da fondi regionali e nazionali. In termini pro capite la spesa sociale dei comuni è passata da 117,8 euro per abitante nel 2010 a 115,7 nel 2011 (ISTAT, 2014 a). Questo dato segna una significativa inversione di tendenza. Infatti, per la prima volta dal 2003, si è registrata una diminuzione delle risorse comunali dopo anni di lievi ma progressivi aumenti.

---

<sup>15</sup> Il dato è calcolato al netto della quota sanitaria, a carico del sistema sanitario nazionale, e delle compartecipazioni degli utenti.

Siamo quindi in una situazione di grande incertezza per quel che riguarda le risorse a disposizione per i servizi di long-term care nonostante una dinamica demografica chiaramente avversa. Inoltre, si deve sottolineare come l'attuale crisi economica stia aumentando le difficoltà delle famiglie che rappresentano da sempre la base dell'assistenza agli anziani sia in termini di tempo che di risorse. Si stima che la spesa out-of-pocket delle famiglie si aggiri intorno al 6% della spesa complessiva per la long-term care (Rotolo, 2014).

### 1.3.2 Welfare tre pilastri

Come accennato nel paragrafo precedente il sistema di welfare italiano si basa storicamente su tre pilastri:

- L'assistenza sanitaria, fornita dal Sistema Sanitario Nazionale finanziato tramite la fiscalità generale;
- Il sistema previdenziale, basato principalmente sui contributi dei lavoratori viene gestito dall'INPS, che assicura l'erogazione di prestazioni previdenziali e di sostegno al reddito;
- L'assistenza sociale, principalmente demandata agli enti locali.

Questo sistema si deve confrontare quotidianamente con un contesto profondamente diverso da quello per cui era stato concepito nel secondo dopoguerra (IRPET, 2014). Rispetto ad allora si sono fortemente modificate elementi come: il rapporto tra popolazione attiva e inattiva, il tasso di crescita dell'economia, le strutture familiari e le dinamiche del mercato del lavoro. Questi profondi mutamenti nelle condizioni socio economiche generano sempre maggiore tensione in un sistema del welfare che si trova a fronteggiare la crescita di nuovi bisogni e maggiori vincoli di bilancio. Questi elementi di criticità risultano particolarmente evidenti per quel che riguarda gli interventi per la long-term care e per il sostegno della popolazione anziana.

Da molti anni si discute sulla necessità di riformare la struttura del welfare italiano per renderlo maggiormente conforme alle mutate condizioni demografiche e socio economiche. Tuttavia l'agenda politica non si è mai interessata di una seria e strutturata riforma del sistema del welfare, nonostante le più importanti linee di intervento siano note sin dalla Relazione della Commissione Onofri<sup>16</sup> nel 1997. Le cause di questa mancanza di iniziativa sono probabilmente da riscontrare nei grandi interessi economici che ruotano nel settore e nell'alto costo politico che tale riforma potrebbe comportare, soprattutto se attuata in un contesto di stringenti vincoli di bilancio e di limitata crescita economica.

Da qui in avanti ci concentreremo sull'analisi della componente long-term care all'interno del sistema del welfare a tre pilastri. Si noti tuttavia che le criticità riscontrate nell'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti sono particolarmente rappresentative delle problematiche del sistema di welfare in generale. Nello specifico, come sottolineato da (IRPET, 2014), la questione dell'assistenza agli anziani è emblematica del bisogno di riforma del welfare Italiano in quanto:

- Riproduce, con numeri non trascurabili, lo scarto crescente tra la domanda di cura e la disponibilità di risorse sia pubbliche che private;
- Non può prescindere da una risposta pubblica strutturata senza la quale è ragionevole aspettarsi elevati costi sociali;
- La risposta ai bisogni crescenti (sia di intensità che di nuova emersione) richiede un ripensamento sia delle modalità organizzative, che del più generale patto intergenerazionale.

---

<sup>16</sup> Gli interventi promossi dalla commissione sono: 1) separazione tra previdenza e assistenza; 2) unificare e razionalizzare i canali di redistribuzione monetaria; 3) Potenziare il ruolo degli enti decentrati; 4) Ridefinire e uniformare i criteri di misura e accertamento dei mezzi.

Allo stato attuale gli strumenti di supporto connessi alla long-term care coinvolgono tutti e tre i pilastri del welfare con una notevole articolazione negli interventi sia in termini di risorse gestite che dei livelli di governo coinvolti.

In termini generali il pilastro previdenziale, tramite l'INPS, si occupa di erogare vari trasferimenti monetari alle persone anziane e non autosufficienti. Lo strumento principale per tale fine è l'Indennità di accompagnamento. Come sarà specificato meglio in seguito, si tratta di una cifra fissa di denaro che viene erogata alle persone che soddisfino dei requisiti minimi di invalidità. Le maggiori criticità di questo strumento risiedono nella mancata modulazione dell'importo al variare del reddito del beneficiario o dell'intensità del bisogno.

Al pilastro sanitario spetta l'erogazione della componente sanitaria delle prestazioni socio sanitarie richieste dai soggetti. Nello specifico questo supporto si rivela particolarmente importante nei casi avuti di non autosufficienza, con conseguente necessità di ricoveri in strutture residenziali, o nei casi di multicronicità negli anziani ancora autosufficienti. Inoltre, la spesa sanitaria è stata spesso usata dalle regioni come strumento per promuovere l'equità territoriale per gli interventi sulla non autosufficienza (IRPET, 2014).

Al pilastro assistenziale, principalmente in mano agli enti locali, spetta invece il compito di erogare le prestazioni sociali sia in forma diretta, tramite servizi reali, che indirettamente, tramite trasferimenti monetari o titoli di acquisto). In termini di flussi di finanziamento il Pilastro assistenziale si caratterizza per un'elevata frammentazione degli interventi derivante dal mix di caratteristiche sanitarie e sociali dei bisogni espressi (Rotolo 2014). La componente sanitaria è finanziata prevalentemente tramite il Sistema Sanitario Nazionale, e eventuali compartecipazioni da parte dell'utenza. A questo proposito, la diversa ripartizione dei fondi e l'autonomia gestionale e di programmazione lasciata alle regioni se da un lato si avvicina al principio di sussidiarietà dall'altro tende ad aumentare le differenze territoriali per quel che riguarda gli interventi di Long-term care. Per quel che riguarda le prestazioni sociali la L328/00 ha istituito il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) che raccoglieva tutti i precedenti fondi nazionali per le politiche sociali. Questo fondo, finanziato tramite la fiscalità generale, è ripartito tra gli enti locali dalle regioni. Tuttavia si è osservata una progressiva riduzione delle risorse destinate annualmente a questo fondo dal Governo. Ad oggi infatti il pilastro assistenziale è finanziato principalmente dai comuni con risorse proprie. Ad oggi infatti la spesa sociale dei comuni è finanziata per circa il 62,5% da risorse proprie a fronte del 30% derivante dai vari fondi nazionali e regionali di natura sociale (ISTAT, 2014 a).

All'interno della struttura generale dei vari pilastri agli utenti spettano alcuni oneri non trascurabili. Oltre all'eventuale compartecipazione alla spesa, ricade spesso sulle famiglie l'onere di trasformare i trasferimenti monetari ricevuti in risposte adeguate al proprio bisogno specifico. Infatti, la struttura dei servizi per la long-term care che sarà presentata nel prossimo paragrafo risulta molto più complessa rispetto a quello che traspare dalla semplice rappresentazione del sistema del welfare italiano.

### 1.3.3 I servizi per la Long-term care

Sebbene sia possibile individuare alcune categorie generali di servizi per la long-term care e l'assistenza agli anziani, risulta molto complesso capire quale sia il grado di copertura territoriale di questi servizi.

A differenza del settore sanitario, in cui sono stati definiti dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da garantire su tutto il territorio nazionale, le prestazioni sociali non sono riconosciute come veri e propri diritti soggettivi ma come semplici interessi legittimi. La conseguenza è che un utente non potrà pretendere l'erogazione delle prestazioni sociali di cui ha bisogno ma sarà condizionato dalle esigenze di bilancio delle

amministrazioni locali e alle disponibilità finanziarie del proprio nucleo familiare (Fosti et al. 2012). A questo proposito il riconoscimento di tali prestazioni come diritti soggettivi era stata prevista inizialmente dalla Legge 328/00 con i “Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni assistenziali”. Tuttavia, il percorso attuativo (Pesaresi, 2008) di questi livelli essenziali non si è tradotto in una trasposizione normativa chiara. La conseguenza di questa mancata applicazione ha comportato la mancata identificazione di un insieme di servizi riscontrabile in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Inoltre, (IRPET, 2014) le regioni stanno gradualmente introducendo nei loro ordinamenti, in mancanza di una norma nazionale, dei veri e propri livelli base di assistenza. Questo processo ha avuto luogo nel tentativo di assicurare una maggiore equità orizzontale nell’accesso ai servizi, o in altri termini di garantire le medesime possibilità di accesso su tutto il territorio regionale.

Un ulteriore elemento che rende particolarmente difficile delineare ex ante i servizi per la long-term care presenti nel nostro paese deriva dalla forte eterogeneità geografica e dal fatto che in regioni diverse si trovano servizi e organizzazioni diverse. Inoltre, la grande eterogeneità geografica è accentuata dal fatto che molto spesso è l’offerta di servizi presente su un territorio a determinare e moltiplicare la domanda di prestazioni sociali (Oasi 2012). Questo elemento risulta particolarmente importante in un contesto come quello italiano in cui grande parte della spesa socio-assistenziale è affidata ai singoli cittadini e alle famiglie.

Recentemente tuttavia sono stati effettuati importanti passi avanti verso l’armonizzazione e la classificazione degli interventi sociali. Un importante passo avanti è individuabile nell’istituzione del Casellario dell’Assistenza che rappresenta “l’anagrafe generale delle posizioni assistenziali e delle relative prestazioni, condivisa tra tutte le amministrazioni centrali dello Stato, gli enti locali, le organizzazioni non profit e gli organismi gestori di forme di previdenza e assistenza obbligatorie che forniscono obbligatoriamente i dati e le informazioni contenute nei propri archivi e banche dati, per la realizzazione di una base conoscitiva per la migliore gestione della rete dell’assistenza sociale, dei servizi e delle risorse.” (art. 13 comma 2 decreto-legge n.78/10).

Nello specifico il Casellario, che sarà istituito presso l’INPS, permette di incrociare le informazioni possedute dai vari enti dello Stato in modo da avere per ciascun utente, una scheda rappresentativa della sua situazione economica e del suo bisogno sociale<sup>17</sup>. Tramite l’integrazione di queste informazioni sarà possibile sia operare un riparto più equo delle risorse sia ottenere, da parte degli enti locali, una programmazione dei servizi più equilibrata rispetto ai bisogni. Inoltre, sarà possibile incrociare il dato con l’ISEE della persona in modo da rafforzare il contrasto alla fruizione illegittima delle prestazioni erogate.

Al fine di ottenere una classificazione omogenea sul territorio nazionale, le prestazioni sociali sono state suddivise in due macro gruppi:

- Le prestazioni sociali; ovvero “... tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia”. (Decreto del ministero del Lavoro e delle politiche sociali n.206/2014 art 1 comma b)
- Le prestazioni sociali agevolate; cioè “prestazioni sociali non destinate alla generalità dei soggetti, ma limitate a coloro in possesso di particolari requisiti di natura economica, ovvero prestazioni sociali non limitate dal possesso di tali requisiti, ma comunque collegate nella misura o nel costo a

---

<sup>17</sup> Il Casellario è infatti composto dai seguenti componenti: 1) la banca dati delle prestazioni agevolate; 2) la banca dati delle prestazioni sociali; 3) la banca dati delle valutazioni multidimensionali, nel caso in cui alle prestazioni sociali sia associata una presa in carico da parte dei servizi sociali professionali. E’ inoltre possibile integrare questi dati con gli ISEE in modo da avere un profilo dettagliato del nucleo familiare di cui l’utente è parte.

determinate situazioni economiche, fermo restando il diritto ad usufruire delle prestazioni e dei servizi assicurati a tutti dalla Costituzione e dalle altre disposizioni vigenti” (Decreto del ministero del Lavoro e delle politiche sociali n.206/2014 art 1 comma c).

Questa prima classificazione, concentrandosi sul possesso o meno di alcuni requisiti del beneficiario, non permette di avere solamente un quadro di insieme sulla tipologia delle varie prestazioni erogate. Una distinzione più funzionale per la ricerca (Rotolo, 2014) individua due diverse tipologie di prestazioni:

- Prestazioni indirette, che vengono erogate tramite trasferimenti monetari, forniti principalmente dai vari enti dello stato (principalmente dall’INPS o dagli enti locali);
- Prestazioni dirette, che consistono nell’erogazione di servizi reali (generalmente forniti dalle Asl o dai comuni a seconda della composizione socio-sanitaria del bisogno espresso).

Nello specifico, per quel che riguarda le prestazioni monetarie erogate per la long-term care in Italia si deve distinguere tra quelle erogate a livello centrale, come l’indennità di accompagnamento<sup>18</sup>, e quelli elargiti a livello locale, come l’assegno di cura (Rotolo, 2014). I trasferimenti monetari possono essere vincolati o meno all’acquisto di determinati servizi. A questo proposito si vede la distinzione tra i Voucher, spendibili solo per prestazioni erogate da *care giver* professionali, e i buoni socio-sanitari erogati direttamente alle famiglie<sup>19</sup>. Ai trasferimenti monetari si devono poi sommare anche i vari interventi sul lato delle agevolazioni fiscali che rappresentano comunque un risparmio significativo per le famiglie e una minore entrata per le casse pubbliche.

Il linea generale, il sistema italiano è sempre stato caratterizzato da una forte propensione ai trasferimenti (Barbabella et al. 2013) monetari rispetto allo sviluppo e all’erogazione di servizi diretti per la fragilità e la non-autosufficienza. Questa impostazione ha non pochi difetti, in particolare per gli effetti negativi in termini di disuguaglianza. In alcuni casi, si veda l’indennità di accompagnamento, il sostegno non è modulato in base all’intensità di bisogno o alle disponibilità economiche del beneficiario. Inoltre in molti casi vi è una sovrapposizione degli interventi con lo stesso soggetto beneficiario di più prestazioni monetarie per lo stesso bisogno. Queste tipologie di problemi potrebbero trovare una parziale risposta con la piena attuazione del Casellario dell’Assistenza. Attraverso questo strumento i comuni potranno valutare più adeguatamente la condizione economica delle famiglie osservando ad esempio se un utente è beneficiario o meno di erogazioni INPS.

Nonostante la positiva introduzione del Casellario dell’Assistenza, un sistema fortemente orientato ai trasferimenti monetari, come quello italiano, mantiene dei significativi problemi di equità territoriale. Infatti l’efficacia del trasferimento monetario nel soddisfare il bisogno dipende sostanzialmente da una serie di fattori culturali e geografici del beneficiario. L’offerta di servizi non è omogenea sul territorio nazionale e, inoltre, l’onere di individuare la soluzione più adeguata al bisogno ricade sulla famiglia il cui livello culturale incide fortemente sull’effettiva possibilità di trovare una soluzione adeguata.

In prima approssimazione la tabella sottostante riporta le principali tipologie di trasferimenti monetari individuate nel Casellario dell’Assistenza<sup>20</sup> che influiscono sulla Long-term care.

Tabella 1 | I principali trasferimenti per long-term care previsti dal Casellario dell’Assistenza

<b>Contributi a carico dei Comuni</b>
Contributi economici per l’alloggio

<sup>18</sup> Si veda la Legge 18/1980

<sup>19</sup> Decreto del ministro del Lavoro e delle politiche sociali 16 dicembre 2014 n.206

<sup>20</sup> Si veda la Tabella 1 allegata al Decreto del ministro del Lavoro e delle politiche sociali 16 dicembre 2014 n.206

Contributi economici per cure o prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarietà e dell'autonomia personale (Voucher, Assegno di cura, Buono socio-sanitario e Assegnazioni per progetti)
Contributi e integrazioni a rette per accesso ai centri diurni
Contributi e integrazioni a rette per accesso ai servizi semi-residenziali
Contributi e integrazioni a rette per accesso ai servizi residenziali
Contributi per servizi alla persona
Contributi economici per il servizio di mobilità e trasporto
Contributi economici per l'accoglienza di adulti e anziani
<b>Prestazioni INPS</b>
Indennità di accompagnamento
Pensione sociale
Assegno sociale
Maggiorazione mensile pensione
Maggiorazione sociale
Permessi retribuiti Legge 104/92 (permessi per la cura e l'assistenza dei portatori di handicap)
Congedo straordinario L. 388/2000 (Congedo straordinario retribuito per la cura e l'assistenza dei portatori di handicap)
<b>Agevolazioni tributarie</b>
Deduzione delle spese mediche e di quelle di assistenza specifica necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione
Detrazione per spese relative a mezzi necessari all'accompagnamento e a facilitare l'autosufficienza dei soggetti disabili
Detrazione per addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

Fonte: Estratti dall'allegato n.1 del Decreto 16 dicembre 2014 n.206 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Per quel che riguarda l'erogazione di servizi reali, le principali funzioni sono demandate agli enti locali. Questi ultimi occupano della strutturazione dei servizi territoriali coerentemente alle normative regionali. Spetta invece alle varie Aziende Sanitarie Locali (ASL) il compito di fornire la componente sanitaria dei servizi di assistenza alle persone anziane e non autosufficienti. Tra comuni e ASL c'è sempre un certo grado di collaborazione che è volto a garantire l'integrazione socio-sanitaria delle prestazioni. Inoltre, si deve notare che sempre più i comuni si avvalgono di cooperative sociali o soggetti terzi per l'erogazione diretta del servizio. Questo trend trova la sua ragione d'essere nella necessità da parte degli enti locali di contenere i costi dei servizi in un contesto di stringenti vincoli di bilancio.

In termini generali, seppure ci sia una certa variabilità sul territorio nazionale, le principali tipologie di servizi erogati dai comuni e dalle ASL per la long-term care possono essere riassunte in:

- Servizi di assistenza domiciliare, orientati a mantenere l'utente nel proprio contesto domestico. Questa tipologia di interventi si divide in due categorie ben distinte. Da un lato c'è l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) caratterizzata da un'alta componente sanitaria e generalmente fornite dalle ASL con il supporto dei comuni. Dall'altro lato ci sono i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD o AD) che sono caratterizzati da una risposta prevalentemente sociale. Questi servizi sono erogati generalmente dal comune direttamente con propri operatori o tramite soggetti terzi convenzionati;
- I servizi semiresidenziali, volti ad accogliere per alcune ore al giorno gli utenti in un contesto protetto. Gli utenti di queste strutture sono generalmente persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti che hanno bisogni di natura sociale. Queste strutture sono concepite per fornire un sostegno sia alle famiglie che agli anziani evitando l'isolamento delle persone e contrastando il decadimento fisico e cognitivo;
- I servizi residenziali, volti ad accogliere permanentemente gli utenti. Le strutture di questo tipo possono essere rivolte sia a persone non autosufficienti, si tratta in quel caso di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), sia a persone autosufficienti, si parla allora di Residenze Assistenziali (RA). Nel caso delle RSA, che rappresentano la maggioranza delle strutture, il servizio offerto è composto da una componente alberghiera, a carico dell'utente, e una componente sanitaria, solitamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale;
- Servizi di pronto intervento sociale, orientati a fornire risposte concrete a situazioni improvvise di elevato bisogno. Si tratta quindi di una prima risposta a una situazione di emergenza sociale che solitamente intercorrono a seguito di un evento traumatico. Una volta gestita la fase di emergenza l'utente viene avviato ai tradizionali percorsi di presa in carico.

Come già citato in precedenza per le prestazioni monetarie, i criteri di accesso e selezione ai servizi reali erogati dagli enti locali variano notevolmente a seconda del comune e della regione.

Inoltre, come nel caso dell'assistenza domiciliare, i servizi residenziali e semiresidenziali sono generalmente affidati a privati convenzionati selezionati tramite appalti.

Al fianco delle tradizionali categorie di servizi citate in precedenza è possibile individuare altre tipologie di servizi reali erogati dai comuni nel contesto della Long-term care. Questa tipologia di servizi assume una funzione complementare rispetto a quelli citati in precedenza.

Rientrano in queste tipologie i servizi di supporto al care giving informale (Rotolo, 2014) e quelli orientati al monitoraggio e alla prevenzione della non autosufficienza. In merito alla prima tipologia si osserva un crescente interesse da parte del regolatore regionale e comunale per interventi volti all'emersione del lavoro sommerso e all'aumento delle competenze professionali delle assistenti familiari (IRPET, 2014). I primi interventi in materia sono stati gli assegni di cura vincolati alla regolarizzazione dell'assistente familiare. Più recentemente le regioni e i comuni si sono orientati alla creazione di sportelli dedicati all'incontro tra domanda e offerta di assistenti familiari. La logica di fondo di questi servizi sta nel fornire percorsi di qualificazione alle assistenti familiari e un'offerta di servizi più strutturata alle famiglie.

La seconda tipologia di servizi complementari, che agiscono indirettamente sulla Long-term care, sono quelli che cercano di intervenire proattivamente sulle persone anziane nella fase precedente alla manifestazione del bisogno. All'interno di questa tipologia di servizi rientrano quelli rivolti allo screening e al monitoraggio della popolazione anziana fragile. In senso più ampio possono rientrare in questa categoria anche tutte quelle tipologie di interventi che agiscono sui determinanti della salute e che sono più operativamente classificabili sotto l'ombrello della sanità d'iniziativa.

Queste due tipologie di servizi complementari saranno trattate maggiormente nei capitoli successivi. Si può immediatamente sottolineare come queste due tipologie di interventi siano particolarmente importanti in



un contesto di crescente domanda di servizi. Questo risulta ancora più vero se si considera la diffusione delle malattie croniche.

Per riassumere sinteticamente le varie tipologie di servizi per la long-term care si fa riferimento ai servizi presenti nel Casellario dell'assistenza.

Tabella 2: Interventi reali per la long-term care previsti nel Casellario dell'assistenza

<b>Interventi e servizi reali</b>
Assistenza domiciliare socio-assistenziale
A.D.I. – Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
Trasporto sociale
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
Servizi di accoglienza di adulti e anziani
Servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di auto aiuto
Telesoccorso e Teleassistenza
Attività ricreative o di socializzazione
<b>Servizi erogati attraverso strutture</b>
Strutture semiresidenziali (Centri diurni e Centri organizzati per attività ricreative)
Strutture residenziali (Struttura familiare, strutture comunitarie e centri estivi o invernali con pernottamento)
Edilizia pubblica residenziale

Fonte: Estratti dall'allegato n.1 del Decreto 16 dicembre 2014 n.206 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Una volta elencate brevemente le varie tipologie di servizi erogati è opportuno soffermarci maggiormente su quelle di maggiore interesse per il proseguo della ricerca. In particolare affronteremo più nel dettaglio:

- L'Assistenza Domiciliare Integrata e il Servizio di Assistenza Domiciliare, per quel che riguarda la domiciliarità;
- Strutture residenziali, di tipo familiare o comunitarie, e strutture semiresidenziali come i centri diurni;
- Indennità di accompagnamento e trasferimenti comunali, per quel che riguarda le prestazioni indirette a favore della non autosufficienza;
- Il ruolo degli assistenti familiari.

#### 1.3.4 I Servizi domiciliari

Come accennato in precedenza all'interno di questa categoria è possibile separare l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), di carattere prevalentemente sociosanitario erogata dalle ASL, e il Servizio di Assistenza domiciliare (SAD), erogato dai comuni e rivolto agli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL). È importante evidenziare che questo studio si concentra sui bisogni assistenziali della popolazione anziana fragile e lievemente non autosufficiente. La scelta di questo gruppo target influenza necessariamente la scelta dei servizi da prendere in considerazione che saranno

caratterizzati dalla prevalenza di risposte sociali con una bassa componente sanitaria. Risulta chiaro quindi che nel corso dello studio tenderemo a privilegiare l'analisi della SAD escludendo l'insieme di risposte fornite dall'ADI. Tuttavia è interessante evidenziare alcuni trend presenti sul territorio nazionale in merito a questa tipologia di servizi. Come riportato da Barbabella et al. (2013) e IRPET (2014) tra il 2005 e il 2011 si è osservata una generalizzata crescita della copertura ADI in quasi tutte le regioni Italiane ad eccezione del Molise e del Friuli-Venezia Giulia. A fronte della crescita complessiva dell'utenza si riscontra una progressiva riduzione dell'intensità di cura (espressa in ore anno per utente) (IRPET, 2014) che si distribuisce in modo molto variabile sul territorio nazionale con una media di ore complessive significativamente inferiore ad altri paesi europei.

Per quel che riguarda la SAD sembra confermarsi l'affermazione di due trend ben definiti. In primo luogo si osserva un progressivo calo della percentuale di utenti tra gli over sessantacinquenni che tra il 2006 e il 2010 è passata dal 1,85 all'1,44% (Barbabella et al. 2013). In secondo luogo si registra un lieve aumento della spesa media per utente anziano che è passata da 1.646 euro nel 2006 a 2.037 nel 2011. Le ragioni di questi cambiamenti sono principalmente due. Da un lato la grande disponibilità di assistenti familiari ha da sempre contenuto la domanda dei servizi pubblici (Gori, Pelliccia 2013). Dall'altro lato la costante riduzione delle risorse a disposizione dei comuni, in seguito ai vincoli di finanza pubblica e ai tagli imposti dallo stato centrale, ha comportato ridimensionamenti significativi nelle ore erogate complessivamente dai comuni. Un dato ulteriore che merita attenzione riguarda la copertura geografica del servizio. Come nel caso più generale dei servizi socio sanitari anche la SAD presenta profonde differenze geografiche con i comuni del nord Italia coperti per il 93% seguiti a buona distanza da quelli del centro (84%) e del Sud (78%). Stante l'attuale situazione non sorprende che molti comuni abbiano avviato ripensamenti sulla struttura del servizio concentrandosi maggiormente su servizi rivolti a fasce più acute della non-autosufficienza.

#### 1.3.5 I servizi residenziali e semiresidenziali

Per quel che riguarda i servizi residenziali e semiresidenziali l'elenco delle prestazioni sociali del Regolamento attuativo del Casellario dell'Assistenza individua varie tipologie di strutture. Per quel che riguarda le strutture semiresidenziali per l'assistenza agli anziani si fa riferimento ai centri diurni per persone con disabilità, disagio mentale e altre categorie di disagio. Con riferimento alle strutture residenziali viene fatta un'importante distinzione in base alla grandezza della struttura, individuando: strutture familiari di piccole dimensione, che riproducono contesti familiari, e strutture comunitarie con un numero di posti (superiore ai 6-10) e caratterizzate dalla presenza di operatori assistenziali e socio-sanitari. Stante all'indagine Istat "presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari" ha attestato che al 31 dicembre 2011 erano attivi 12'033 strutture residenziali socio-assistenziali o socio-sanitarie per una disponibilità complessiva di posti letto pari a 386'803 unità. Anche in questo caso si notano grandi disparità geografiche con il 67% dei posti letto concentrati nel nord Italia (9,5 ogni 100 abitanti) a fronte del 7% nel sud (tre posti letto ogni mille abitanti). La popolazione anziana rappresenta il bacino di utenza principale delle strutture residenziali essendo il 76% degli ospiti complessivi. Di questi circa il 25% è costituito da anziani autosufficienti mentre la restante parte afferisce al gruppo della non autosufficienza. Storicamente i servizi residenziali nel nostro paese hanno visto una crescita piuttosto lenta e a macchia di leopardo fino alla fine del decennio scorso (Gori, Pelliccia 2013). Dal 2009 in poi si è assistito a una stabilizzazione dell'offerta. Dal 2009 al 2011 la quota di anziani non autosufficienti ricoverati è passata da 18,44 anziani ogni mille nel 2009 ai 18 del 2011 (ISTAT 2013), mentre il dato calcolato sulla totalità degli anziani è passato da 24,66 del 2009 ai circa 23 del 2011.

#### 1.3. 6 I trasferimenti monetari

Come accennato in precedenza i trasferimenti monetari per la long-term care possono provenire sia dal livello centrale che dagli enti locali. A questi poi si devono aggiungere le agevolazioni fiscali che hanno avuto particolare diffusione negli ultimi anni.

L'INPS, grazie all'erogazione dell'indennità di accompagnamento, rappresenta il soggetto principale nell'erogazione di prestazioni monetarie per la non autosufficienza. Nello specifico l'indennità di accompagnamento viene rilasciata sia agli anziani over 65 non autosufficienti sia a persone disabili a prescindere dall'età anagrafica. Le persone che fanno richiesta sono valutate da un team, di cui fa parte un medico dell'INPS, che ne attesta o meno l'effettiva non autosufficienza. Il Trasferimento consiste in una somma fissa, 508 euro nel 2015, che viene erogata ai soggetti considerati idonei. Tuttavia, non considerando né l'intensità del bisogno né il reddito del beneficiario questo strumento risulta particolarmente inefficiente per far fronte ai bisogni degli utenti. C'è una sostanziale omogeneità di giudizio nel sostenere la necessità di modifica di questo strumento in modo da renderlo più flessibile e più confacente ai bisogni individuali. Negli ultimi anni si è assistito a un progressivo rallentamento nella spesa complessiva per le indennità di accompagnamento (Barbabella et al. 2013). Questo fenomeno è probabilmente dovuto all'inasprimento delle procedure di concessione e verifica introdotte nel 2009<sup>21</sup>.

Nonostante l'indennità di accompagnamento rappresenti il principale strumento di intervento, l'INPS possiede altri canali di intervento per intervenire nell'assistenza agli anziani. A questo proposito, facendo riferimento al Casellario delle prestazioni sociali, si possono individuare esempi come la pensione sociale<sup>22</sup> o i vari interventi sui nuclei familiari svantaggiati.

Sebbene l'INPS rappresenti di gran lunga il principale erogatore di prestazioni monetarie, anche i comuni hanno la possibilità di erogare aiuti monetari sotto forma di voucher o assegni di varia natura<sup>23</sup>. Nello specifico si tratta di meccanismi per sostenere gli utenti e le rispettive famiglie nelle cure a domicilio o per compartecipare alla spesa delle strutture residenziali (Rotolo, 2014). Le modalità con cui vengono selezionati beneficiari viene solitamente affidata a un'Unità di Valutazione Multidimensionale che, a differenza del caso dell'indennità di accompagnamento, tiene in considerazione le varie dimensioni del bisogno (intensità del bisogno, reddito, condizione familiare, presenza di *care giver* amicali o informali, ecc). Per quel che riguarda questi trasferimenti operati dai comuni e dalle regioni, la vivacità che aveva caratterizzato il decennio scorso è stata messa a dura prova negli ultimi anni dalla riduzione dei trasferimenti statali e dai vincoli di bilancio pubblico sempre più stringenti. Inoltre, in termini generali, gli strumenti di supporto monetari risultano sempre più esposti ai tagli degli enti locali in quanto sono più facilmente reversibili rispetto ai servizi diretti alla persona (Gori, Pelliccia 2013).

Per i trasferimenti monetari locali, come l'assegno di cura, si è assistito alla stessa tendenza registrata nel caso dell'assistenza domiciliare (IRPET, 2014). Nello specifico, a fronte di una domanda che cresce più velocemente delle risorse disponibili, si è assistito all'allargamento dell'utenza complessiva, accompagnato simultaneamente dalla riduzione dell'intensità del sostegno erogato. La principale ragione di questa dinamica risiede nel fatto che ridurre il contributo medio risulta politicamente più spendibile della riduzione dell'utenza.

Si noti comunque che la tipologia, l'importo e le modalità di assegnazione di tali supporti economici variano notevolmente da comune a comune e da regione a regione.

Per tirare le fila della situazione generale dei servizi di long-term care si fa riferimento a Gori e Pelliccia (2013) che sintetizzano l'andamento dell'intervento pubblico in quattro punti:

---

<sup>21</sup> Si veda la Legge 133/2008 art. 80

<sup>22</sup> La pensione sociale è una prestazione assistenziale riconosciuta agli ultra sessantacinquenni sprovvisti di reddito o con reddito inferiore ai limiti di legge.

<sup>23</sup> Per maggiori dettagli sulle varie tipologie di trasferimenti si veda la tabella 1 allegata al Decreto del ministero del Lavoro e delle politiche sociali del 16 dicembre 2014 n. 206

- La diffusione dei servizi domiciliari prosegue solo in alcune aree d'Italia e a vantaggio dell'ADI per livelli più acuti di non autosufficienza;
- Si ferma l'incremento di offerta residenziale;
- Difficoltà degli enti locali a mantenere i livelli raggiunti di trasferimenti monetari e assegni di cura;
- Irrigidimento delle procedure per la concessione dell'indennità di accompagnamento.

Prima di analizzare più nel dettaglio la divisione di competenze tra i vari livelli dello stato è necessario soffermarsi sul ruolo fondamentale svolto dagli assistenti familiari nell'assistenza agli anziani ed ai non autosufficienti.

### 1.3.6 Assistenti familiari

Le assistenti familiari (badanti) rappresentano un elemento fondamentale del sistema di assistenza alle persone anziane. Negli ultimi anni le politiche regionali e locali hanno guardato con sempre maggiore interesse al miglioramento del mercato degli assistenti familiari. In particolare, gli interventi più diffusi hanno riguardato: l'emersione del lavoro sommerso, un incremento delle competenze degli assistenti familiari e l'avvicinamento al mondo dei servizi (IRPET, 2014). Il tema della qualificazione degli assistenti familiari è di particolare importanza. Infatti se da un lato la presenza di un supporto domiciliare permette all'anziano di restare nel proprio contesto domestico, dall'altro lato un supporto non qualificato rischia di non supportare adeguatamente l'anziano fragile con conseguente aggravio della sua condizione.

Dopo una crescita costante del numero degli assistenti domestici regolari negli ultimi anni, la crisi economica ha coinciso con una contrazione non marginale del mercato regolare. Questo appare ancora più evidente se si considera che una buona parte delle regolarizzazioni avvenute con la sanatoria del 2009 hanno interessato lavoratori occupati in altre attività (Pasquinelli e Rusmini, 2013).

A causare questa contrazione del mercato regolare hanno contribuito diversi fattori come la riduzione delle risorse destinate ai servizi territoriali, le difficoltà economiche delle famiglie e la recente maggiore propensione delle donne italiane a occuparsi dell'assistenza domiciliare. Tutti questi fattori hanno comportato un incremento dei *care giver* familiari, un incremento del lavoro a ore rispetto alla co-residenza e un ritorno degli assistenti familiari nel mercato sommerso. In particolare l'aumento dei *care giver* familiari risulta particolarmente interessante negli anni della crisi. Come accennato in precedenza le famiglie colpite dalla crisi hanno cercato il più possibile di ridurre le spese di assistenza facendosi carico in prima persona dei bisogni dei familiari anziani.

I più recenti interventi pubblici sul mercato dell'assistenza familiare si sono concentrati a livello regionale e locale. In particolare questi interventi hanno cercato di offrire alle famiglie e alle badanti pacchetti integrati di servizi coinvolgendo vari attori pubblici e privati come: centri per l'impiego, patronati, enti di formazione e cooperative (IRPET, 2014). In particolare i tentativi messi in campo fino ad oggi sono stati articolati su quattro direttrici principali<sup>24</sup>:

- Sostegni economici alle famiglie subordinati alla regolarizzazione del rapporto di lavoro. Il contributo erogato tende solitamente a coprire gli oneri previdenziali altrimenti a carico del datore di lavoro. Tuttavia, nonostante l'incentivo economico, molte famiglie continuano a preferire i vantaggi di un rapporto deregolato basato sul passaparola.
- Attivazioni di percorsi formativi per le assistenti familiari. Inizialmente erano previsti percorsi formativi molto lunghi (dalle 100 alle 400 ore) da svolgere prevalentemente in aula che permettevano di abbreviare gli eventuali successivi corsi di formazione (per diventare ASA o OSS).

---

<sup>24</sup> Per maggiori informazioni si veda Pasquinelli e Rusmini 2013.

Più recentemente si sono sviluppati servizi di formazione “on the Job” affiancando sul luogo di lavoro le assistenti familiari con operatori specializzati dei servizi domiciliari.

- Presenza di registri o albi regionali delle assistenti familiari. Questi strumenti permettono alle famiglie di selezionare degli assistenti familiari che soddisfino dei requisiti minimi di qualità. Tuttavia questi strumenti hanno dimostrato di avere un'efficacia limitata sia nel fare emergere il lavoro sommerso che nel qualificare l'offerta.
- Creazione di sistemi strutturati per l'incontro tra domanda e offerta. Negli ultimi anni si sono andati moltiplicando iniziative di questo tipo sebbene con modelli organizzativi differenti. In particolare si sono affermati: il modello informativo (che prevede la semplice segnalazione di nominativi alle famiglie); il modello di matching (che abbina l'assistente familiare alla famiglia in seguito a un'analisi del bisogno); e il modello integrato (che oltre alle funzioni dei modelli precedenti si occupa anche di seguire la famiglia anche durante il rapporto di lavoro).

Inoltre, come ben sottolineato da Pasquinelli e Rusmini (2013), in questi ultimi anni si è cercato di superare il concetto di modello di assistenza individuale e isolata dal resto della comunità. Questo atteggiamento critico ha prodotto alcune interessanti sperimentazioni come: la badante di condominio, il mutualismo solidale, esperienze di lavoro somministrato o la creazione di imprese di piattaforma tra domanda e offerta. Tutte queste esperienze, seppur innovative, presentano importanti criticità e non risolvono del tutto la natura individuale dell'assistenza domiciliare.

#### 1.4 Divisione della LTC per i vari livelli di competenza

Come accennato in precedenza il settore della long-term care è un ambito di intervento in cui non è presente una corrispondenza precisa tra attori, funzioni e canali di finanziamento. Infatti come sottolineato da Fosti et al. (2012) “le principali funzioni (finanziamento programmazione, committenza e produzione) sono disperse tra una pluralità di attori, non necessariamente gerarchicamente ordinati tra di loro”.

Infatti, la ripartizione delle competenze spesso non avviene seguendo dei criteri gerarchici, ma in base all'origine del finanziamento utilizzato (regionale/comunale/nazionale), oppure in base alla natura dei bisogni. In particolare, se si tratta di un bisogno di natura sanitaria si fa riferimento al Sistema Sanitario Nazionale e alle ASL, mentre se si tratta di un bisogno puramente sociale si fa riferimento alle competenze degli enti locali. Questa separazione in base alla natura del bisogno diventa più complessa nel caso ci si trovi davanti a dei bisogni articolati che presentano sia componenti sanitarie che sociali. A fronte della crescente diffusione di tali bisogni le amministrazioni pubbliche hanno iniziato un percorso di progressiva integrazione dei servizi socio-sanitari in modo da garantire l'unicità del percorso di cura. Questo percorso se da un lato risulta funzionale a una migliore fruizione del servizio da parte dell'utente, dall'altro lato complica maggiormente la ripartizione di competenze tra i vari soggetti pubblici coinvolti.

Nonostante i limiti citati in precedenza, qui di seguito vengono elencate sinteticamente le principali competenze in chiave long-term care analizzando ciascun livello di governo separatamente. In particolare verranno presi in considerazione:

- Il livello centrale, rappresentato dallo stato e dai vari istituti pubblici nazionali;
- Il livello regionale;
- Il Livello locale;
- Il ruolo dei privati

##### 1.4.1 Livello centrale

Il livello centrale dello stato agisce sulle politiche socio-assistenziali primariamente tramite il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e tramite il Ministero della Salute. Il governo centrale ha un certo peso nella definizione delle priorità e della pianificazione strategica. Tuttavia, sebbene il governo abbia una limitata

capacità di indirizzo programmatico, ad eccezione delle linee di indirizzo ministeriali, il livello centrale dello stato ha un peso estremamente significativo per quel che riguarda il finanziamento delle prestazioni sociali nel loro complesso. In particolare questo avviene tramite due canali privilegiati: i trasferimenti previdenziale e la spesa sanitaria.

Infatti, per la parte di finanziamento un ruolo fondamentale è ricoperto dall'INPS che tramite l'indennità d'accompagnamento eroga una buona parte dei contributi sociali in Italia (Fosti et al., 2012). Inoltre, all'INPS spetta in parte anche il compito di valutazione dei bisogni. Infatti, per l'eventuale erogazione dell'indennità di accompagnamento, spetta ai medici dell'INPS verificare la sussistenza dei criteri minimi dei beneficiari.

Si deve notare tuttavia che a differenza di quanto accade nel settore sanitario, il livello centrale non ha ancora dato attuazione ai Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali (Rotolo, 2014). Questi se attuati, oltre a garantire una maggiore equità territoriale per quel che riguarda l'accesso alle prestazioni sociali, rappresenterebbero un importante strumento di programmazione nelle mani del livello centrale.

#### 1.4.2 Livello regionale

In seguito alla riforma del titolo quinto della costituzione avvenuta nel 2001, sono stati attribuiti alle regioni importanti compiti che prima erano attribuiti allo stato (Rotolo, 2014). In particolare, alle regioni spetta sia il compito di definire le linee di indirizzo del settore sociale e sanitario sia di partecipare alla pianificazione dei servizi erogati. Queste funzioni portano solitamente all'elaborazione di documenti di programmazione strategica come i Piani Socio-Sanitari Integrati Regionali. Inoltre le regioni possono intervenire incisivamente tramite gli strumenti normativi regionali. Infatti, sempre più regioni utilizzano le leggi regionali per regolamentare i meccanismi di accreditamento dei soggetti privati, i percorsi di presa in carico degli anziani e la tipologia di servizi che devono essere offerti sul territorio regionale. In altre parole le regioni stanno gradualmente introducendo, seppur in modo indiretto, dei livelli essenziali di assistenza sui rispettivi territori. Nel dettaglio, le regioni per raggiungere questo obiettivo per i servizi di long-term care hanno attuato una serie abbastanza omogenea di interventi riconducibili a specifiche categorie (Gori, Pelliccia, Tidoli 2010), come:

- Rendere omogenei la disponibilità dei servizi nei vari territori che è attuabile o tramite la revisione dei criteri di assegnazione delle risorse o introducendo degli standard qualitativi per l'offerta di servizi;
- Assicurare determinate risposte a chiunque si trovi nella medesima condizione di bisogno sul territorio regionale. Questo può essere fatto misurando l'intensità dei bisogni con una stessa scala di valutazione multidimensionale su tutto il territorio e prevedendo dei percorsi di accesso ai servizi uguali in tutta la regione;
- Incrementare l'equità nella distribuzione delle risorse senza modificare l'impianto esistente. Si tratta quindi di ridurre le differenze territoriali attraverso i margini di manovra già concessi dagli attuali sistemi di distribuzione delle risorse.

Tuttavia, si deve notare che l'autonomia organizzativa concessa alle regioni in assenza di livelli essenziali fissati a livello nazionale ha comportato grandi squilibri geografici tra le regioni. Infatti sebbene si cerchi una maggiore omogeneità interna al territorio regionale, la grande eterogeneità dei servizi presente sul territorio nazionale è di gran lunga maggiore rispetto alla già famosa frammentazione dei sistemi sanitari regionali.

A livello regionale, oltre ai fondi sociali regionali, si gestiscono poi i canali di finanziamento che afferiscono alle regioni per il funzionamento del SSN. A questo proposito le regioni possono indirizzare fortemente la

scelta dei servizi semplicemente tramite lo stanziamento di fondi a determinati programmi invece che ad altri. Questo risulta particolarmente importante nel caso dei servizi socio-sanitari per le persone anziane. Infatti in questi casi la scelta della regione di indirizzare o meno parte dei fondi a disposizione su servizi di long-term care indirizza i comuni su quali servizi dovranno essere potenziati e sui quali dirottare maggiore risorse.

Come fatto notare da Fosti et al. (2012) sebbene la Costituzione attribuisca un ruolo primario alle regioni nella definizione delle politiche sociali la differenza di budget con l'INPS fa sì che in realtà vi sia uno squilibrio molto forte tra i poteri formali attribuiti alle regioni e la loro effettiva disponibilità di risorse. Inoltre si deve notare che c'è una marcata differenziazione in termini di organizzazione e obiettivi programmatici.

#### 1.4.3 Livello locale

I comuni sono comunemente considerati i depositari delle principali funzioni di tutela sociale. Ai comuni spetta infatti sia l'organizzazione e l'erogazione (insieme alle ASL) dei servizi socio-assistenziali sia una parte importante di programmazione.

La legge n.-328 del 2000 ha rappresentato una significativa riforma del sistema del welfare italiano sancendo l'attribuzione di compiti importanti agli enti locali in una logica di maggiore sussidiarietà. La successiva riforma del titolo quinto del 2001, tuttavia, ha generato non poca incertezza attribuendo gli stessi compiti di programmazione al livello regionale. L'obiettivo originale della riforma del 2000 era quello di creare una maggiore integrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali tramite un maggior coinvolgimento dei comuni nella fase di programmazione (Rotolo, 2014). Nello specifico era stata prevista la realizzazione di "piani di zona" ovvero dei documenti di programmazione per gli interventi sociali e socio sanitari. La copertura geografica di questi piani doveva essere coincidente con quella delle ASL locali in modo da garantire una maggiore integrazione socio sanitaria e, allo stesso tempo metter insieme i piccoli comuni che per dimensione non sarebbero stati in grado di provvedere all'erogazione dei servizi. Inoltre è proprio con questa norma che si attribuiscono funzioni chiave agli enti locali per quel che riguarda i servizi sociali.

Spetta infatti ai comuni la parte della concreta organizzazione dei servizi sociali territoriali, sia nella fase di segretariato sociale, sia nell'erogazione dei servizi. Questi, come detto in precedenza, possono essere trasferimenti monetari oppure servizi reali erogati direttamente o esternalizzati a soggetti privati. Inoltre i comuni sono tenuti a partecipare alle azioni di coordinamento con le ASL al fine di ottenere un certo grado di integrazione di natura socio sanitari. Inoltre, i comuni, attraverso gli assistenti sociali e altre figure professionali, si occupano sia della fase di valutazione del bisogno sia della presa in carico dell'utente con la definizione dei percorsi di assistenza più adeguati.

Anche in questo caso, le numerose funzioni attribuite ai comuni se confrontate con il volume di risorse gestite dagli enti locali fanno capire come il nostro sistema di assistenza sia principalmente basato sui trasferimenti monetari provenienti dai livelli centrali dello stato. Tuttavia, i comuni rimangono attori fondamentali nel sistema assistenziale italiano.

#### 1.4.4 Il ruolo dei privati

In questo paragrafo ci limiteremo a analizzare il ruolo del terzo settore escludendo invece le famiglie e le assistenti domestiche. Questa esclusione non vuole in alcun modo sminuire il ruolo fondamentale svolto dalle famiglie e dalle assistenti familiari nell'assistenza agli anziani. L'obiettivo del paragrafo è semplicemente quello di evidenziare il ruolo del terzo settore nell'erogazione dei servizi per la Long-term

care. Non viene inoltre considerato il privato *“for profit”* in quanto il mercato delle prestazioni sociali rivolte alla lieve non autosufficienza non appare ancora sufficientemente sviluppato.

In chiave storica, si osserva che negli anni novanta si progressivamente affermata la tendenza a esternalizzare l'erogazione dei servizi a soggetti privati e del terzo settore. La separazione tra responsabilità organizzativa ed erogazione dei servizi, tipica del welfare mix, ha permesso di flessibilizzare parte dei servizi e di ottenere significativi risparmi nei bilanci pubblici, principalmente grazie alla riduzione del costo del lavoro (IRPET, 2014). Coerentemente all'aumento della domanda, si è avuto un forte aumento dell'offerta privata di servizi rivolti alle persone anziane che venivano finanziati principalmente tramite il pubblico. In questo contesto il terzo settore è stato visto dal legislatore prevalentemente come un erogatore sostitutivo *“a basso costo”* invece che come opportunità per aumentare l'offerta di servizi a parità di risorse. In questa fase quindi al termine sussidiarietà viene preferito il concetto di esternalizzazione dei servizi.

Più recentemente il dibattito di policy si è concentrato sulle modalità per un maggior coinvolgimento strutturato dei soggetti e delle risorse private (IRPET, 2014). Le argomentazioni a favore di tale coinvolgimento variano a seconda dell'approccio teorico utilizzato, vedendo queste risorse private alternativamente come aggiuntive o sostitutive all'intervento pubblico. Inoltre, negli ultimi anni il settore pubblico ha iniziato a guardare al terzo settore non solo come erogatori a basso costo di servizi ma anche come possibili risorse da coinvolgere nelle fasi di programmazione e definizione dei servizi. I meccanismi di co-progettazione pubblico-privata dei servizi permettono infatti al pubblico sia di aggregare l'offerta del terzo settore, solitamente molto frastagliata, sia di attingere a idee innovative provenienti dalla sfera privata (IRPET, 2014). Il crescente ruolo dei soggetti privati è però oggetto di forte dibattito. I detrattori sottolineano come l'azione privata, senza un forte coordinamento pubblico, potrebbe comportare una sempre maggiore differenziazione geografica e una crescente disparità tra i soggetti beneficiari con evidenti conseguenze in termini di disuguaglianza. Dall'altro lato, i sostenitori evidenziano i benefici che potrebbero scaturire dal superamento della divisione tradizionale tra stato e mercato a favore di una maggiore partecipazione della società a civile verso forme di innovazione sociale e la realizzazione di un welfare di comunità (Ferrera, Maino, 2012). Seguendo questa seconda interpretazione, (Magatti, Lodigiani 2013) allo stato spetterebbe il ruolo di garante dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e di coordinatore delle risorse pubbliche e private per l'offerta di eventuali servizi integrativi. Inoltre spetterebbe al legislatore elaborare dei meccanismi che incentivino l'utente privato a incanalare le proprie risorse verso meccanismi alternativi di assicurazione sociale. Nello specifico si tratterebbe di realizzare compiutamente il modello di *“quasi mercato”* in cui a fronte di un reale diritto di scelta da parte degli utenti corrisponde un'offerta privata capace di arricchire l'offerta pubblica. In ogni caso, a prescindere dalle modalità di coinvolgimento, il ruolo dei soggetti privati e della società civile risulta fondamentale nella realizzazione di possibili innovazioni sociali. Infatti, come vedremo meglio in seguito, (Fosti G, Notarnicola, 2014) le innovazioni sociali nascono spesso dall'azione, non necessariamente regolamentata, di attori privati. Come sottolineato da Fosti e Notarnicola l'obiettivo delle innovazioni sociali non è quello di incrementare l'efficienza stante un'offerta di servizi quanto quello di proporre risposte più efficaci ai bisogni anche attraverso nuove collaborazioni tra i soggetti siano essi pubblici o privati.

All'interno del terzo settore, il volontariato e le associazioni svolgono un ruolo fondamentale nel sistema generale di assistenza sociale e sanitaria. In particolare, a questa parte del terzo settore viene solitamente attribuito un ruolo integrativo e di supporto alla gestione di particolari tipologie di servizi, come ad esempio gli accompagnamenti o le attività di socializzazione (Carboni, Elia e Tola, 2012). Dall'altro lato le cooperative sociali sono generalmente chiamate a svolgere l'erogazione diretta delle prestazioni sia in regime di convenzione con il pubblico sia per il mercato privato.

Nonostante esista un proficuo rapporto di collaborazione tra le cooperative sociali e il resto del terzo settore non è raro l'emergere di tensioni. In particolare, si riscontra spesso tra le associazioni un forte senso



identitario che può limitare l'efficace messa a rete delle risorse. Inoltre realtà associative particolarmente strutturate hanno mostrato la tendenza a proporsi per la gestione diretta di alcuni servizi perdendo in parte l'originaria missione di supporto.

L'importanza del settore non profit per l'assistenza agli anziani è dimostrata anche dai numeri. Per quel che riguarda i settori sanitari e assistenziali si è verificata una crescita significativa che in termini di addetti è stimabile nel 14,8% dal 2001, mentre il numero delle istituzioni non profit è cresciuto dal 1999 del 13,4% nella sanità e del 29,5% nell'assistenza sociale. Inoltre con riferimento alle sole strutture che offrono prevalentemente servizi di assistenza sociale per gli anziani e disabili (in forma residenziale e non residenziale) nel 2011 circa il 71,7% di queste strutture era gestito da istituzioni non profit a fronte di un 22,2 % gestito da imprese e il 6,1% da istituzioni pubbliche (ISTAT, 2014b).

Tuttavia alcune caratteristiche del fenomeno mostrano delle importanti fragilità. A livello geografico esistono infatti grossi squilibri con una concentrazione di istituzioni non profit nel sud Italia molto inferiore rispetto al centro nord (in medi 48,8 istituzioni ogni centomila abitanti nel sud a fronte delle 66,5 nel centro nord) (ISTAT, 2014b). Esiste poi una grande frammentazione delle organizzazioni operanti nella sanità e nell'assistenza sociale. In entrambi i settori infatti la classe modale e quella con soggetti con meno di 5.000 euro di entrate l'anno a fronte di una classe mediana che si colloca tra 10.000 e i 30.000 euro. Un ulteriore elemento di fragilità è la forte dipendenza dalle commesse pubbliche. Le istituzioni non profit operanti nella sanità e nell'assistenza hanno nella entrate pubbliche la loro quota principale di finanziamento (65,5% per la sanità e 52,4 % nell'assistenza).

## 1.5 Innovazione sociale

Negli ultimi anni il tema dell'Innovazione sociale ha attratto l'interesse di molti attori stimolando il dibattito tra ricercatori, policy maker e operatori sociali. Il termine innovazione sociale ha quindi iniziato a diffondersi tra il grande pubblico ed a ricevere forme di legittimazione da parte della pubblica amministrazione, si pensi a questo proposito al bando Smart city and Social Innovation del MIUR. A livello internazionale ed Europeo si sono moltiplicate le iniziative volte a raccogliere e premiare le migliori pratiche negli svariati ambiti di applicazione delle innovazioni sociali.

Questa crescente attenzione verso il fenomeni di innovazione sociale è coincisa con il verificarsi della crisi economica e la ridotta capacità di fornire risposte sociali da parte delle autorità pubbliche. In questo contesto è fiorito il concetto di innovazione sociale, inteso come nuove modalità di fornire risposte ai bisogni sociali. Il successo di queste pratiche è in parte dovuto al diretto coinvolgimento dei beneficiari e degli attori del terzo settore, mobilitati nel tentativo di rispondere più efficacemente ai bisogni, in un contesto di forte difficoltà per gli stati e i servizi sociali tradizionali. I soggetti pubblici hanno infatti visto con crescente entusiasmo le pratiche di innovazione sociale, intuendone il potenziale, sia per fornire servizi più efficaci, sia per coinvolgere nuove risorse capaci di sopperire alle minori disponibilità pubbliche derivanti dai forti vincoli di finanza pubblica.

Ma in cosa consiste l'innovazione sociale? In termini generali, si tratta di pratiche innovative che si pongono di rispondere a dei bisogni sociali precisi, anche tramite la definizione di nuove modalità di coinvolgimento dei numerosi attori presenti in un dato territorio. Una delle prime definizioni operative adottate di innovazione sociale è quella fornita da Murray, Caulier-Grice e Mulgan (2010) che identifica le innovazioni sociali come *“new ideas (products, services and models) that simultaneously meet social needs and create new social relationships or collaborations. In other words, they are innovations that are both good for society and enhance society's capacity to act”*.

Tuttavia, nonostante il successo di questa definizione, e il crescente apprezzamento internazionale verso l'innovazione sociale, non esiste ancora una definizione universalmente riconosciuta del fenomeno o

tantomeno un'analisi sistematica sugli aspetti teorici o gli impatti dell'innovazione sociale. Infatti, questo concetto può assumere significati diversi, e spesso contrastanti, a seconda delle prospettive utilizzate. L'innovazione sociale è infatti oggetto di interesse di vari ambiti di ricerca come ad esempio: gli studi sui processi innovativi, le ricerche sui modelli organizzativi e di gestione, le analisi sullo sviluppo sostenibile o negli studi di economia urbana come aspetto di competitività territoriale e sviluppo locale (Howaldt, Butzin, Domanski and Kaletka, 2014).

Ad alimentare la poca chiarezza sul fenomeno ha inoltre contribuito l'utilizzo spesso improprio che viene fatto dell'espressione "Innovazione sociale". Non essendoci infatti chiari standard di classificazione, questa espressione è stata usata come "buzzword" per caratterizzare semplicisticamente una grande varietà di progetti, accumulati da un'attenzione al sociale e da eventuali aspetti innovativi. In particolare, vi è stata una tendenza abbastanza generalizzata nel grande pubblico ad associare le innovazioni sociali, quasi esclusivamente al fenomeno delle start-up, trascurando completamente gli altri attori e le varie dimensioni del fenomeno.

Per cercare di fare maggiore chiarezza su questo concetto, numerose organizzazioni internazionali<sup>25</sup> e la stessa Unione Europea hanno avviato numerosi programmi di ricerca sul tema dell'innovazione sociale. Tra questi risultano particolarmente interessanti i progetti europei "TEPSIE: Growing Social Innovation"<sup>26</sup> e il recente "SI-Drive"<sup>27</sup>, che hanno visto la collaborazione di numerosi centri di ricerca a livello mondiale.

Per capire meglio in cosa consista il fenomeno partiamo dalle definizioni utilizzate in questi studi. La prima ricerca identifica le innovazioni sociali come "*new approaches to addressing social needs. They are social in their means and in their ends. They engage and mobilise the beneficiaries and help to transform social relations by improving beneficiaries' access to power and resources.*" (TEPSIE, 2014)

Questa definizione focalizzando l'attenzione sul prodotto, il processo e l'*empowerment* degli utenti, evidenzia alcuni aspetti interessanti che verranno ripresi anche nel corso della presente ricerca:

- L'aspetto della novità: le innovazioni sociali devono essere nuove relativamente al contesto in cui vengono applicate. Non devono essere quindi innovative in assoluto ma essere nuove per il contesto e gli attori specifici che la implementano;
- Risolvere un obiettivo sociale: le innovazioni sociali nascono con l'obiettivo e la volontà di rispondere a uno specifico bisogno sociale. Questa è la prima finalità e l'elemento chiave che permette di distinguere tra un'innovazione sociale e una semplice innovazione che presenta impatti sociali;
- Essere messi in pratica: le innovazioni sociali in quanto tali presuppongono la loro applicazione pratica, coerentemente con la distinzione generale tra invenzioni e innovazioni.
- Coinvolgere e attivare i beneficiari: I beneficiari delle innovazioni sociali sono coinvolti attivamente nello sviluppo o nella *governance* del progetto. L'*engagement* dei beneficiari serve sia a garantire la legittimità dell'obiettivo sociale, sia a coinvolgere direttamente i destinatari nella soluzione dei loro problemi.
- Agire sulle relazioni sociali: Le innovazioni sociali si pongono l'obiettivo di modificare le relazioni sociali migliorando le capacità e l'accessibilità dei beneficiari a specifiche risorse. (TEPSIE, 2014)

Leggermente diversa è la *working definition* adottata dallo studio SI-Drive, che identifica le innovazioni sociali come "*.. a new combination or figuration of practices in areas of social action, prompted by certain*

---

<sup>25</sup> A titolo di esempio si vedano i lavori condotti da NESTA e The Young Foundation.

<sup>26</sup> Si veda: <http://www.tepsie.eu/>

<sup>27</sup> Si veda: <http://www.si-drive.eu/>

*actors or constellations of actors with the goal of better coping with needs and problems than is possible by use of existing practices. An innovation is therefore social to the extent that it varies social action, and is socially accepted and diffused in society (be it throughout society, larger parts, or only in certain societal sub-areas affected).*" (Howaldt, Butzin, Domanski and Kaletka, 2014)

Secondo questa prospettiva quindi l'elemento chiave delle innovazioni sociali risiede nella capacità di creare nuove combinazioni di pratiche sociali, anche già esistenti, in modo da rispondere più efficacemente a un bisogno sociale esistente. Nello specifico dalla ricerca teorica condotta all'interno del progetto "SI-Drive" emergono alcune caratteristiche centrali dei progetti di innovazione sociale e della loro capacità di produrre un cambiamento sociale effettivo:

- L'economia sociale e la società civile sono i principali ambiti in cui si sviluppano le innovazioni sociali;
- I costumi e le pratiche sociali sono fortemente connesse alla dimensione locale. Qualsiasi definizione di innovazione sociale deve comprendere il contesto locale, considerando le sue istituzioni e le relazioni che intercorrono tra i vari attori del territorio;
- Le innovazioni sociali si basano sulle relazioni sociali degli attori locali e sulla loro capacità di mobilitare risorse aggiuntive per la soluzione di un problema sociale;
- La creazione di efficaci collaborazioni tra i vari settori (pubblico/economico/terzo settore/cittadini) è un requisito necessario per sviluppare a pieno il potenziale delle innovazioni sociali. (Howaldt, Butzin, Domanski and Kaletka, 2014)

Secondo questa prospettiva assumono quindi particolare importanza il ruolo del territorio (inteso come contesto istituzionale e relazionale) e la collaborazione dei vari attori presenti a livello locale. A questo proposito risulta importante fare una precisazione per quel che riguarda il rapporto tra impresa sociale e innovazione sociale. Sebbene l'innovazione sociale si concentri nella combinazione di attività e risorse per sviluppare nuove pratiche sociali, non è detto che questo processo assuma un forma imprenditoriale o si basi su meccanismi di mercato. Le imprese sociali possono comunque rappresentare degli attori importanti nella realizzazione di innovazioni sociali, sebbene è importante non focalizzarci eccessivamente sulla forma organizzativa in quanto l'impresa sociale può non implicare aspetti innovativi.

Con il crescente coinvolgimento degli attori del terzo settore nell'erogazione di prestazioni assistenziali, si osserva un crescente interessamento al tema dell'innovazione sociale anche nel campo dell'assistenza agli anziani. Inoltre, dato il profilo demografico di molti stati membri, anche l'Unione Europea ha individuato nel sostegno agli anziani, sia con pratiche di invecchiamento attivo che di vera e propria assistenza, uno settore di primario interesse<sup>28</sup>.

Nel corso di questa ricerca cercheremo quindi di far emergere quali siano i principali trend di innovazione sociale nel campo dell'assistenza agli anziani. In particolare, la volontà è quella di far emergere come i fenomeni di innovazione sociale potrebbero modificare l'offerta futura di servizi assistenziali nel territorio fiorentino e regionale. Coerentemente con le considerazioni fatte in precedenza, l'analisi si concentrerà in particolare sul ruolo della comunità, l'importanza di creare collaborazioni tra i vari attori e le nuove modalità di rispondere ai bisogni assistenziali delle persone anziane. Inoltre, come emerge dallo studio della letteratura, particolare attenzione deve essere data alle peculiarità del contesto locale, considerando le sue istituzioni (formali e informali) e gli attori coinvolti nei processi assistenziali. L'analisi del contesto locale sarà approfondita nel prossimo capitolo.

---

<sup>28</sup> Si veda a questo proposito "COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing "

## Capitolo due: La struttura dei servizi assistenziali per gli anziani in Toscana e nel Comune di Firenze

### 2.1 Struttura generale del sistema per l'assistenza agli anziani fragili e alla lieve Non autosufficienza.

Nel precedente capitolo sono stati analizzati i trend demografici a livello nazionale e le principali distinzioni tra i concetti di fragilità e non autosufficienza. In questo capitolo ci concentreremo invece sull'analisi del contesto regionale e fiorentino sia da un punto di vista demografico che di servizi presenti sul territorio. In particolare si cercherà di evidenziare le istituzioni, formali e informali, che portano alla formalizzazione di una determinata offerta di servizi, così come i vari attori coinvolti nell'assistenza agli anziani. Nella prima parte del capitolo sarà presentata un'analisi del contesto demografico di riferimento cercando di effettuare una prima stima del target group di riferimento composto da anziani fragili e anziani lievemente non autosufficienti. Dopo aver effettuato la stima del target group, il capitolo si concentra nel descrivere le principali caratteristiche della normativa regionale per quel che riguarda l'assistenza agli anziani. L'offerta di servizi, pubblici e privati, rivolti agli anziani fragili e alla lieve non autosufficienza viene analizzata nel paragrafo successivo in modo da fornire un quadro abbastanza dettagliato dei servizi presenti sul territorio. L'ultimo elemento trattato nel capitolo riguarda l'accessibilità ai servizi da parte delle categorie più vulnerabili della popolazione, in particolare alla luce della recente riforma Isee.

Prima di entrare nella descrizione della popolazione toscana e fiorentina, è fondamentale dare alcuni riferimenti in merito al contesto geografico di riferimento. Al momento della scrittura di questa ricerca si riscontra una situazione di parziale incertezza dovuta alla contemporanea riorganizzazione sia del sistema sanitario regionale<sup>29</sup> che dei servizi sociali professionali del Comune di Firenze.

Il tratto principale della riforma del sistema sanitario regionale è riscontrabile nella forte spinta all'accorpamento organizzativo. Il nuovo sistema regionale sarà infatti basato sul concetto di area vasta con tre grandi dipartimenti interaziendali che andranno a coordinare le precedenti dodici Aziende Sanitarie Locali (ASL) per quel che riguarda le funzioni di programmazione operativa. Nonostante la riorganizzazione al vertice, le zone-distretto resteranno gli ambiti territoriali di riferimento per quel che riguarda l'integrazione socio-sanitaria<sup>30</sup> da effettuare insieme ai comuni, singoli o associati. In particolare, per quel che riguarda l'integrazione socio-sanitaria l'ordinamento regionale (Art 71 bis e ss legge n.40/05) prevede la possibilità da parte dei comuni di costituire dei consorzi pubblici con le ASL per garantire una maggiore e più efficace erogazione dei servizi. Tali consorzi prendono il nome di Società della Salute (SdS), e si occupano di:

- Indirizzo e programmazione strategica;
- Programmazione operativa e attuazione della pianificazione strategica;
- Organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad altra integrazione sanitaria;
- Organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;
- Controllo, monitoraggio e valutazione rispetto agli obiettivi programmati.

Per quel che riguarda il territorio fiorentino (ex Provincia di Firenze), si fa riferimento prevalentemente alla ASL 10 per quel che riguarda la componente sanitaria e a quattro SdS per la componente socio-sanitaria

---

<sup>29</sup> Si veda la Legge Regionale n. 28/2015

<sup>30</sup> Si veda l'art. n.7 della Legge Regionale n. 28/2015

(Firenze, Firenze Nord-ovest, Firenze Sud-Est e Mugello). A queste si aggiunge anche la SdS di Empoli che però fa riferimento a una diversa Azienda Sanitaria Locale (ASL 11).

Nello specifico questa ricerca si concentrerà sulla SdS di Firenze in quanto per estensione coincide con il Comune di Firenze. Tuttavia, nonostante non coincidano con l'unità geografica di riferimento, anche le SdS Firenze Nord-Ovest e Firenze Sud-Est sono state prese in considerazione durante la ricerca data la stretta contiguità territoriale. La scelta di focalizzare la ricerca sul territorio fiorentino, e della SdS di Firenze in particolare, è dovuta a un insieme di motivi. In primo luogo Firenze ha uno dei tassi di invecchiamento più alti d'Italia e risulta coerente anche con gli altri trend demografici descritti nel primo capitolo. In secondo luogo, la SdS di Firenze è strutturalmente interessante in quanto partecipata esclusivamente dalla ASL 10 e dal Comune di Firenze, cosa questa che facilita notevolmente l'attribuzione di competenze tra i due soggetti. In terzo luogo Firenze rappresenta il primo centro urbano della regione sia come popolazione complessiva che come popolazione anziana. Per dare un riferimento dimensionale, Firenze è una città di 375'479 persone la cui popolazione è suddivisa su cinque quartieri. Un'ulteriore motivazione di carattere pratico è da riscontrare nella disponibilità di dati della SdS di Firenze.

Un secondo elemento di incertezza nel contesto di ricerca è dovuto alla riorganizzazione del Servizio sociale professionale del Comune di Firenze volta a garantire una maggiore uniformità di risposte nelle varie zone della città. In termini generali questa ristrutturazione prevede che i servizi non siano più organizzati per aree territoriali (quartieri), ma accentrate a livello comunale per macro-aree di intervento, come ad esempio minori, adulti e disagio sociale.

Questi elementi forniti per dare una prima contestualizzazione della struttura regionale saranno poi ripresi e approfonditi nel corso dei prossimi paragrafi.

## 2.2 Il Contesto demografico della Toscana e del Comune di Firenze

Nel capitolo precedente sono stati illustrati i principali trend demografici a livello nazionale in modo da contestualizzare adeguatamente le diverse dinamiche che influiscono sulle condizioni degli anziani. Questa sezione illustrerà brevemente le principali caratteristiche relative all'invecchiamento in Toscana e in particolare nell'area fiorentina. Verranno inoltre illustrati alcuni dati che risultano particolarmente interessanti nel contesto toscano per quel che riguarda il progressivo fenomeno di invecchiamento della popolazione. I dati utilizzati nella ricerca sono stati reperiti prevalentemente da studi condotti dalla Società della Salute di Firenze e dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. A questo proposito, sebbene i dati siano tra loro coerenti, è possibile che non vi sia una perfetta coincidenza.

### 2.2.1 Il contesto demografico

A conferma del trend nazionale, la popolazione toscana ha visto una moderata ma costante crescita tra il 2002 e il 2013. Tale crescita è stata interamente sostenuta dalle dinamiche migratorie, interne ed estere, che hanno compensato tassi regionali di crescita naturale fortemente negativi (in media -2,78%) (ISTAT 2015 b). Inoltre, il calo della popolazione naturale è avvenuto in un contesto regionale storicamente caratterizzato da un'elevata percentuale di popolazione anziana.

La Toscana, infatti, si distingue nel panorama italiano per essere una regione in cui le dinamiche di invecchiamento sono particolarmente accentuate. Dopo la Liguria e il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana è la regione che presenta la più alta percentuale di persone over 65 (24,44%) e la più alta percentuale di grandi anziani over 85 (3,87%) (ARS, 2013). Questo primo dato indicativo viene confermato anche da un elevato indice di vecchiaia, che sintetizza il numero di anziani over 65 sono presenti nella popolazione per ogni 100

giovani sotto i 14 anni. Nel 2014 l'indice di vecchiaia toscano è stato pari a 190,1 di gran lunga superiore alla media italiana che si attesta intorno a 151,4 (ISTAT, 2015 c).

Facendo riferimento ai dati ARS (2013), il contesto fiorentino appare caratterizzato da una popolazione significativamente più anziana rispetto alle medie regionale e nazionale come dimostrato dall'indice di vecchiaia che risulta pari a 212,69. In altri termini, la popolazione anziana a Firenze rappresenta circa 25,85% della popolazione, percentuale questa che è rimasta sostanzialmente stabile nel corso degli ultimi dieci anni. Di particolare interesse risulta poi la quota di grandi anziani che nel Comune di Firenze si attesta intorno al 4,67%, in crescita rispetto al 2003 in cui era stimata al 3,32%. Inoltre, stando alle previsioni demografiche dell'Osservatorio della SdS di Firenze l'indice di vecchiaia dovrebbe aumentare arrivando a quota 218 nel 2025 a indicare un possibile aumento del carico assistenziale richiesto nel prossimo futuro.

Altro dato significativo sia a livello regionale che comunale è quello relativo all'indice di dipendenza, cioè il rapporto tra le persone che anagraficamente sono fuori dal mercato del lavoro e quelle che invece ne fanno parte. In altri termini, l'indice di dipendenza, scomposto tra giovanile e senile, indica come l'onere del sostegno economico sia ripartito a livello intergenerazionale. Anche in questo caso la Toscana, e Firenze in particolare, mostrano dei dati significativamente superiori alla media nazionale. Nel 2013, l'indice di dipendenza era stimabile a livello nazionale intorno al 54,3 (SdS Firenze, 2015) mentre raggiungeva quota 58,6 in Toscana e 63,1 a Firenze, con circa 43 anziani per ogni 100 individui in età attiva. Questi semplici indicatori mostrano con chiarezza come sia necessario in una città come Firenze ripensare in chiave strategica il sistema degli interventi assistenziali per le persone anziane.

Tuttavia, come accennato nel capitolo precedente, i dati sul progressivo invecchiamento della popolazione possono essere anche interpretati come un incremento della qualità della vita che determina un positivo allungamento della vita media delle persone. A questo proposito, in Toscana la speranza di vita a 65 anni è cresciuta costantemente per entrambi i sessi dal 1995 a oggi, attestandosi a 22,27 anni per le donne e 18,77 anni per gli uomini nel 2011 e rispettivamente a 22,52 e 19,02 per le anziane e gli anziani fiorentini. Questo dato, di per se estremamente positivo, evidenzia però l'importanza di trasformare l'aumento dell'aspettativa di vita in un parallelo incremento degli anni di vita sana e attiva. In altri termini si deve evitare che gli anni conquistati dal progresso medico-scientifico si trasformino in anni di non autosufficienza dell'anziano (Razzanelli et al. 2013).

Diminuire gli anni di non autosufficienza appare ancora più importante considerando che il rapporto tra il numero grandi anziani e potenziali *care giver* è andato progressivamente aumentando<sup>31</sup> negli scorsi anni, a indicare una conseguente riduzione della disponibilità assistenziale delle famiglie. Inoltre è importante sottolineare che dei circa 97 mila anziani residenti a Firenze nel 2013, più della metà (circa 52 800) ha almeno 75 anni. Questo dato è significativo in quanto proprio dopo i 75 anni aumenta statisticamente l'incidenza della fragilità e la probabilità di perdere progressivamente la propria autonomia ARS (2013).

Parallelamente al progressivo invecchiamento della popolazione regionale si osserva, come avviene a livello nazionale, una semplificazione delle strutture familiari che tendono a assottigliarsi con una riduzione media del numero di persone. In particolare, si riscontra a livello regionale una crescita delle famiglie con almeno un anziano, passate da 546 mila nel 2000 a 629 nel 2012 (Faraoni e Toigo, 2014). Di queste ultime, più della metà (396 mila) sono composte esclusivamente da persone anziane, dato che però risulta essere in lieve calo negli ultimi anni. Relativamente a questo fenomeno è interessante sollevare alcuni elementi di riflessione. In primo luogo, come evidenziato dal Profilo sociale regionale 2014 della Regione Toscana, le cause che hanno determinato questa riduzione potrebbero essere ritrovate nella maggiore permanenza o del ritorno dei figli nei nuclei familiari d'origine, oppure nella inclusione dell'anziano nel nucleo familiare dei figli dovuto a motivazioni economiche o assistenziali. Un ulteriore elemento che merita di essere

---

<sup>31</sup> L'indice di supporto ai grandi anziani è dal 8,34 nel 2003 a 12,13 nel 2013 (ARS 2013)

approfondito è quello relativo all'interpretazione della condizione di solitudine abitativa delle persone anziane. Questo dato infatti può prestarsi a differenti interpretazioni ed essere determinato da cause in forte contrasto tra loro. Se infatti da un lato la solitudine abitativa può essere intesa come un indicatore dell'elevata autonomia della persona anziana<sup>32</sup>, dall'altro lato può evidenziare una maggiore esposizione a fenomeni di isolamento relazionale e sociale.

A livello toscano sono circa 233 mila le famiglie unipersonali di anziani dato che se confermato indicherebbe che circa il 26% della popolazione anziana in Toscana vive in condizioni di solitudine (Faraoni e Toigo, 2014). Per quel che riguarda il territorio fiorentino circa un terzo della popolazione anziana (31.936 su 97.108 persone) vive solo, sebbene si riscontrino significative differenze di genere in particolare per quel che riguarda gli over 75 (SdS Firenze, 2015). Si deve notare tuttavia come questi dati vengano in parte ridimensionati da un'indagine campionaria condotta nel 2012 dall'Agenzia Regionale di Sanità su un campione significativo di persone over 65 a livello regionale. Nello specifico dai dati emerge che soltanto il 17% (ARS, 2013) delle persone intervistate ha dichiarato di abitare da solo, indicando uno scostamento significativo dai dati ufficiali le cui cause possono essere forse riscontrate nel mercato informale dell'assistenza familiare.

In termini generali, è fondamentale sottolineare come l'abitare soli non rappresenti "di per se un rischio" per il declino funzionale della persona anziana ma anzi possa essere interpretato come un indicatore del buono stato di salute della persona anziana. Vivere soli infatti può portare l'anziano a mantenere più a lungo le proprie funzioni a seguito del costante esercizio (Hábert et al. 1996). Tuttavia, affinché questa condizione si realizzi è auspicabile che l'anziano sia comunque supportato e monitorato da una rete amicale o familiare che, nel rispetto della sua autonomia, ne prevenga l'isolamento sociale e relazionale. Infatti, l'isolamento relazionale, oltre a determinare depressione o deterioramento delle capacità cognitive incidendo fortemente sulla perdita di autonomia della persona anziana, rappresenta uno dei problemi maggiormente percepiti dalla popolazione anziana colpendone circa il 24% a livello regionale (ARS, 2013). Questo aspetto relativo al bisogno relazionale delle persone anziane sarà ripreso e approfondito nel terzo capitolo.

### 2.2.2 Prima stima del gruppo target

Nel paragrafo precedente sono state descritti i principali trend demografici che impattano sulla popolazione anziana. In questo paragrafo ci concentreremo invece su una prima quantificazione del target group nel territorio fiorentino. Il paragrafo cercherà quindi di dare una prima dimensione numerica al fenomeno degli anziani fragili e lievemente non autosufficienti, rimandando ai paragrafi seguenti una maggiore caratterizzazione degli elementi multidimensionali del bisogno.

Nel 2013 la popolazione anziana (over 65) residente nel Comune di Firenze era pari a 97.108 unità. Mentre nel primo capitolo ci siamo limitati ad analizzare in termini generali i concetti di non autosufficienza e di fragilità, risulta ora necessario fornirne una definizione più precisa e contestualizzata in modo da poter procedere a una loro prima quantificazione.

L'azione del regolatore regionale ha evidenziato la chiara tendenza a dividere in modo netto le varie fasi del bisogno, sia tra non autosufficienza e fragilità che tra i vari livelli che caratterizzano la condizione di non autosufficienza. Questo approccio ha il vantaggio di fornire una prima chiara tassonomia del bisogno, nonostante nella pratica sia spesso molto complesso inquadrare in modo preciso le specificità dei bisogni individuali. Per quel che riguarda la distinzione tra fragilità e non autosufficienza, è possibile fare

---

<sup>32</sup> Come indicato da Hábert (1996) vivere soli può essere associato a una riduzione significativa del rischio di declino funzionale. Secondo questa interpretazione, il vivere soli non rappresenta un fattore di rischio per l'anziano ma anzi un indicatore della buona salute della persona anziana.

riferimento a specifici atti normativi. La Toscana infatti è una tra le prime regioni ad aver avviato un percorso strutturato sulla fragilità, dotandosi di una definizione operativa di fragilità e avviando programmi sperimentali per il monitoraggio delle persone fragili. Per classificare gli anziani fragili facciamo quindi riferimento al documento “La fragilità dell’anziano Linea guida del Consiglio Sanitario Regionale” (2013) nel quale vengono indicati i criteri di individuazione della fragilità e le relative aree d’intervento.

Stando alle linee guida la fragilità viene quindi confermata nell’anziano se sono presenti almeno tre delle seguenti condizioni:

- perdita di peso involontaria ( $\geq 5\%$  negli ultimi 12 mesi);
- facile affaticabilità riferita nello svolgimento delle attività quotidiane;
- riduzione dell’attività fisica nella sua frequenza settimanale;
- riduzione nella velocità del cammino (SPPB-test della marcia  $\leq 3$ );
- riduzione della forza muscolare (SPPB-test della sedia  $\leq 2$ ).

Questa definizione è strettamente collegata a quella fornita da Fried et al. (2001) e che viene sempre più assunta come la definizione base di fragilità. Tuttavia, negli ultimi dieci anni sono stati condotti nel territorio toscano varie stime della popolazione fragile usando dei meccanismi di analisi che si basano sul questionario Sherbrooke<sup>33</sup> validato sulla popolazione anziana della Toscana.

Questa precisazione si rende necessaria in quanto la quantificazione della popolazione fragile varia significativamente al variare della definizione usata. Nella tabella sottostante sono infatti riportati gli indici di prevalenza che risultano dai principali studi internazionali.

Tabella 3 Gli indici di prevalenza della fragilità di alcuni studi internazionali individuati da ARS (2011)

Definizione di Fragilità	Fonte	Popolazione di Riferimento	Fragilità		
			% Maschi	% Femmine	% Totale
Fried	Fried et al (2001)	5.317 ultra65enni	4,9	7,3	6,9
Fried	Jürschik et al. (2011)	323 ultra75enni	7,1	9,7	8,5
Fried	Avila-Funes et al. (2008)	6.078 ultra65enni	4,3	8,7	7,0
Fried	Cesari et al. (2006)	923 ultra65enni	-	-	8,8
Fried	Santos-Eggimann et al. (2009)	7.510 ultra65enni (10 paesi) 833 ultra 65enni (Italia) tra	11,0	21,0	17,0

<sup>33</sup> Il questionario Sharebrooke postale (Håbert et al. 1996) permette di identificare il rischio di perdita di autonomia attraverso una serie di domande. Il questionario modificato utilizzato dall’ARS si basa sul sette domande che determina il punteggio cumulato del test. I fattori di rischio identificati sono:

1. Non vivere soli;
2. Assumere quattro o più medicine al giorno;
3. Avere problemi di vista;
4. Essere caduti nell’ultimo anno;
5. Essere stati ricoverati nell’ultimo anno;
6. Avere problemi di memoria;
7. Avere difficoltà a camminare per 400 metri.



		gli autosufficienti (Italia)	-	-	23,0
			-	-	14,3
Fried	Syddall et al. (2009)	638 60-74enni (320 M+ 318 F)	4,1	8,5	-
Indice di Fragilità	BISS (2009)	Ultra 65enni			
		Altissimo Rischio	13,2	15,2	14,4
		Alto rischio	33,8	33,8	33,8

Fonte (ARS, 2011)

Per avere una prima stima degli anziani fiorentini non istituzionalizzati che si trovano in una condizione di fragilità, facciamo riferimento all'indice di prevalenza della popolazione fragile identificato dallo studio Biss<sup>34</sup> (14,4%) condotto dall'Agenzia Regionale di Sanità nel 2009.

Se si applica questo indice al contesto fiorentino è quindi possibile stimare il numero di persone fragili presente sul territorio fiorentino

Tabella 4 Stima della popolazione anziana fragile

A) Anziani over 65 residenti nel Comune di Firenze*	97.108
B) Anziani ricoverati in RSA *	2.293
C) Anziani over 65 non istituzionalizzati e residenti nel comune di Firenze (A.-B)	94.815
D) Indice di prevalenza dello studio Biss	14,4%
<b>E) Anziani Fragili nel Comune di Firenze (C*D)</b>	<b>13.653</b>

Note \* dati aggiornati al 31/12/2013

Fonte Elaborazione su dati BISS (ARS, 2009) e Sds Firenze 2015

Una volta effettuata la stima della popolazione fragile nel territorio fiorentino, cerchiamo di effettuare una prima quantificazione anche della popolazione anziana non autosufficiente. Il legislatore regionale<sup>35</sup>, con una prolifica azione normativa, ha introdotto una classificazione formale della non autosufficienza sulla base dell'intensità del bisogno. Nello specifico la non autosufficienza viene suddivisa in cinque classi di Isogravità che, ordinate in modo crescente, tengono conto della abilità funzionali, cognitive e socio-ambientali degli utenti. L'analisi del bisogno viene effettuata da un'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che, a norma di legge<sup>36</sup>, è composta da un medico di distretto, un assistente sociale e un infermiere professionale. L'UVM può poi essere integrata dal medico di famiglia e da professionalità specialistiche a seconda del caso specifico. Inoltre, la valutazione multidimensionale viene effettuata secondo una procedura codificata<sup>37</sup> che, tramite una serie di test e indicatori, tiene conto delle dimensioni:

<sup>34</sup> Si noti che è stato scelto lo studio BISS (ARS, 2009) in quanto focalizzato sull'intero territorio e confermato da altri dati dell'ARS

<sup>35</sup> Per approfondimenti si veda il DDRT n 1354/2010

<sup>36</sup> Si veda art. 11 Legge Regionale n. 66/08

<sup>37</sup> Per maggiori informazioni si veda l'allegato A della Delibera Giunta Regione Toscana 1354 del 2010

- Clinico-Funzionale (Basic Activities of Daily Life, Instrumental Activities of Daily Life, scheda clinica, scheda infermieristica)
- Cognitivo-Comportamentale (Test di Pfeiffer, disturbi dell'umore);
- Socio-Ambientale (valutazione rete assistenziale, valutazione economica di base, valutazione condizione abitativa)

In base all'esito dell'UVM la persona non autosufficiente viene classificata in uno dei cinque livelli di isogravit  le cui caratteristiche principali sono riassunte nella tabella sottostante.

Tabella 5 Descrizione delle tipologie di pazienti per ciascun livello di Isogravit 

Primo livello	Persone pienamente collaboranti, senza problemi di memoria n� disturbi del comportamento, che necessitano di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attivit� di base della vita quotidiana;
Secondo livello	Persone che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attivit� di base della vita quotidiana, presentano un leggero decadimento cognitivo e/o moderati disturbi del comportamento che riduce la loro collaborativit� nell'assistenza; oppure persone pienamente collaboranti che per� necessitano di moderato aiuto per compiere le attivit� di base della vita quotidiana;
Terzo livello	Persone che oltre ad avere bisogno di un aiuto lieve e non continuo per compiere le attivit� di base della vita quotidiana, presentano un grave decadimento della funzione cognitiva o gravi disturbi del comportamento che rendono l'assistenza pi� difficile; oppure persone che necessitano di un aiuto fisico di livello intermedio per compiere le attivit� di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave o che presentano un livello moderato nei disturbi del comportamento;
Quarto livello	Persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attivit� di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un grave o moderato decadimento della funzione cognitiva e che presentano disturbi del comportamento di livello moderato; oppure persone che necessitano di assistenza pesante o totale nello svolgimento delle attivit� di base della vita quotidiana, come nel caso di uno stato vegetativo persistente;
Quinto livello	Persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attivit� di base della vita quotidiana, per niente collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave, ma soprattutto di gravi disturbi del comportamento che richiedono peraltro sorveglianza continua.

Fonte ARS (2009)

A margine di questa sintetica descrizione, si pu  osservare che questa rigida tassonomia del bisogno mal si concilia con la natura complessa e articolata dei bisogni individuali. Tuttavia, nonostante alcune rigidit , tale classificazione presenta importanti vantaggi metodologici per un'efficace classificazione dei bisogni.

Una volta affrontata la parte definitoria   possibile passare a una prima quantificazione delle persone non autosufficienti nel territorio fiorentino. A questo fine   possibile fare riferimento alle stime condotte dall'Agenzia Regionale di Sanit  per il 2014.

Tabella 6 Stima della popolazione anziana non autosufficiente divisa per zone e livelli di isogravit 

Zona di residenza	Livelli di Isogravit�					
	Livello1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5	Tot
SdS	1.507	998	2.100	3.288	1.031	8.936

Fiorentina						
SdS FI N.O.	744	453	931	1.450	429	4.020
SdS FI S.E.	620	379	807	1.249	374	3.440
Mugello	217	135	293	452	137	1.242
Tot AUSL 10 Firenze	3.088	1.965	4.131	6.439	1971	17.638
Toscana	13.367	8.323	17.521	27.357	8.231	75.105

Fonte Dati da ARS 2013

Le stime fornite da ARS sembrano essere coerenti con quelle relative alle Indennità di accompagnamento erogate dall'INPS. A questo proposito se confrontiamo i dati forniti dall'ISTAT, relativamente alle indennità di accompagnamento erogate nel 2011, con quelli forniti dall'ARS nello stesso anno si nota una quasi totale sovrapposizione.

Tabella 7 Confronto dati ARS su persone non autosufficienti nella Provincia di Firenze con dati ISTAT relativi ai beneficiari dell'Indennità di accompagnamento

<b>Totale Non Autosufficienti stimati da ARS nella Provincia di Firenze</b>	<b>19.110</b>
Stime ARS non autosufficienti AUSL 10 Firenze	16.075
Stime ARS non autosufficienti zona distretto Empoli	3.035
<b>Beneficiari over 65 di pensioni di invalidità e/o Indennità di accompagnamento residenti nella Provincia di Firenze</b>	<b>20.719</b>

Fonte Dati ARS Marsupio e ISTAT

Si può quindi affermare con ragionevole precisione che le persone non autosufficienti residenti nel Comune di Firenze sono quindi 8.936. Da questa prima stima indicativa risulta che il gruppo target della ricerca, composta da anziani fragili e lievemente non autosufficienti, può essere stimato in circa 16.158 persone di cui 13.653 anziani fragili e 2.505 anziani lievemente non autosufficienti (isogravità 1 e 2).

In termini generali è interessante notare che, sul totale della popolazione non autosufficiente (8.936 persone), 6.419 presentino un'isogravità maggiore o uguale a 3, cioè necessitano di elevato bisogno assistenziale nello svolgimento delle attività base della vita quotidiana (BADL). Ridurre l'incidenza della grave non autosufficienza, con i relativi costi, dovrebbe quindi rappresentare una priorità per l'amministrazione regionale. Questo elemento appare ancora più significativo se si considera che la popolazione non autosufficiente dovrebbe aumentare in Toscana di circa il 21% entro il 2030 (IRPET, 2014).

Inoltre, come accennato in precedenza, la dimensione e le caratteristiche del gruppo target possono variare a seconda delle definizioni utilizzate di fragilità. Infatti, l'indagine campionaria "Passi d'Argento"<sup>38</sup> (ARS, 2013) ha stimato che il 19% degli intervistati risulta essere a rischio di disabilità nelle attività di base della vita quotidiana avendo già perso l'autonomia in almeno due attività strumentali della vita quotidiana

<sup>38</sup> L'indagine realizzata da ARS nel territorio toscano ha coinvolto un campione stratificato di 3037 persone con più di 65 anni provenienti da 3 Aziende sanitarie e 8 zone-distretto o Società della Salute.

(IADL)<sup>39</sup>. Volendo interpretare la condizione di fragilità in termini più estensivi, si potrebbe stimare il target group della ricerca applicando questa percentuale alla popolazione fiorentina over 65. Il risultato ottenuto sarebbe pari a 18.015 unità, dato non troppo distante dalla stima adottata in questa ricerca.

Un ulteriore elemento che merita di essere preso in considerazione è quello che riguarda la popolazione anziana che risiede sola nel Comune di Firenze. Infatti, come evidenziato anche in precedenza, se da un lato abitare soli rappresenta un indicatore di buona salute dell'anziano dall'altro può indicare una maggiore esposizione a fattori negativi come l'isolamento sociale, specialmente se connesso con difficoltà di movimento, o a eventi traumatici come le cadute. Stando ai dati forniti dal Comune di Firenze (SdS Firenze, 2015), nel 2013 gli anziani soli residenti nel comune erano 31.936, ovvero il 33% sul totale degli anziani fiorentini.

Una volta individuato e quantificato il gruppo target della nostra ricerca appare necessario approfondire il quadro normativo regionale e la struttura organizzativa per quel che riguarda gli interventi assistenziali rivolti alla fragilità e la non autosufficienza.

### 2.3 Normativa regionale e ripartizione delle competenze

Dopo aver effettuato una prima stima della popolazione anziana residente a Firenze che si trova in una condizione di fragilità, risulta opportuno approfondire maggiormente il contesto normativo in particolare per quel che riguarda gli interventi rivolti alla fragilità e alla non autosufficienza.

Per quel che riguarda la produzione normativa nel campo dell'assistenza agli anziani, la Regione Toscana ha effettuato numerosi interventi che hanno ristrutturato completamente il sistema della Long-term Care. Si deve sottolineare, tuttavia, che l'attenzione del legislatore regionale è stata rivolta prevalentemente al comparto della non autosufficienza, con l'obiettivo di garantire l'uniformità delle risposte su tutto il territorio della Toscana.

A questo proposito, gli interventi principali sono rappresentati dall'istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza<sup>40</sup> e dall'attuazione del Progetto per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente<sup>41</sup>. Con l'attuazione di queste due misure la Regione ha inteso fornire un insieme di servizi e procedure volte a garantire la certezza, l'appropriatezza e la tempestività delle prestazioni alla persona. In particolare, il Progetto per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente è intervenuto in modo significativo uniformando le procedure per quel che riguarda:

- La suddivisione dei compiti tra attori territoriali, attribuendo il ruolo di indirizzo e governo alle Società della Salute o in loro sostituzione alle Conferenze di Zona dei Sindaci;
- La definizione di un percorso unitario di accesso ai servizi, con la creazione a livello di zone distretto di Punti Unici di Accesso che si occupano della presa in carico degli utenti;
- La procedure di valutazione del bisogno dell'utente da effettuarsi tramite apposite Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) attivate a livello di zona distretto. Queste unità sono composte da specifiche figure professionali ed effettuano la loro valutazione sulla base di cinque livelli omogenei per carico assistenziale (livelli di Isogravità);
- Le procedure di presa in carico con la definizione di appositi Piani di Assistenza Personalizzati redatti dalle UVM con le prestazioni più adeguate per il bisogno dell'utente.

---

<sup>39</sup> Le IADL sono attività che devono necessariamente essere svolte, seppur in maniera saltuaria, per il mantenimento della propria autonomia. Le IADL considerate per questa ricerca sono: spostarsi fuori casa, fare il bucato, cura della casa, pagare le bollette, fare la spesa, cucinare, prendere farmaci, uso del telefono.

<sup>40</sup> Istituito con la L.R. 66/08

<sup>41</sup> Attuato con la Delibera della Giunta della Regione Toscana n.370/2010

- La definizione di appositi Pacchetti di Servizi a cui corrispondono eventuali risorse del Fondo Regionale per la non autosufficienza connesse ai diversi livelli di Isogravit .

Per quel che riguarda i servizi per la non autosufficienza, si deve quindi riscontrare una significativa azione di intervento della Regione Toscana. Inoltre, questi interventi hanno cercato di accrescere l'equit  territoriale assicurando a bisogni analoghi le stesse risposte su tutto il territorio regionale (Gori, Rusmini 2014).

Si deve notare tuttavia che la Regione non ha adottato la stessa incisivit  normativa per quel che riguarda la condizione di fragilit . Sebbene infatti la Toscana sia stata una tra le prime regioni a dotarsi di apposite linee guida sulla fragilit  degli anziani, non esistono ad oggi interventi normativi significativi per il contrasto del fenomeno. A fronte di una carenza normativa si riscontra tuttavia una prolifica azione di ricerca svolta dall'Agenzia Regionale di Sanit  nel campo della fragilit . In particolare gli studi prodotti si sono concentrati nell'individuazione di un protocollo di screening e monitoraggio delle popolazione fragile (ARS, 2011). La produzione scientifica non   stata per  accompagnata da adeguati provvedimenti normativi. Questo elemento pu  dipendere da due fattori: da un lato il concetto di fragilit    ancora abbastanza recente e, trattandosi spesso di bisogni ancora inespressi, non vi   una chiara consapevolezza del fenomeno; dall'altro lato, in un contesto di scarsit  di risorse, il policy maker preferisce concentrarsi sulle fasi acute del bisogno trascurando maggiormente gli interventi preventivi e di bassa soglia come quelli rivolti alla fragilit .

Seppur non producendo effetti sul piano normativo, il concetto di fragilit    stato affrontato dal legislatore toscano all'interno degli ultimi due documenti di indirizzo programmatico del sistema sociale e sanitario della Toscana. All'interno del Piano Sanitario Regionale 2008/2010 erano infatti previsti *"interventi a favore degli anziani a rischio (fragili)"* e *"interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana"*<sup>42</sup> volti a migliorare le condizioni di vita degli anziani e a tutelarli nei periodi estivi dalle emergenze climatiche. Pi  recentemente il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012/2015 ha ripreso il concetto di fragilit  ponendosi a questo riguardo l'obiettivo di *"incentivare interventi che vadano nel senso della permanenza negli ambienti familiari, di modelli innovativi di domiciliarit  e convivenza che consentano di sostenere la perdita progressiva o traumatica di ambiti di autonomia ed anche l'incidenza delle disabilit  correlate all'et . Tali modelli saranno basati sulla gradualit  degli interventi e delle risorse partendo dalla condivisa classificazione dei bisogni e dal costo attribuito in maniera obiettivo e aggiornata a ciascuno di essi."* (PSSIR Toscana 2012/2015 paragrafo 2.2.1.8)

A questo proposito all'interno del PSSIR si attribuisce particolare importanza alle soluzioni abitative volte *"a consolidare soluzioni abitative per anziani a rischio, per prevenirne l'istituzionalizzazione, favorire il mantenimento della condizione di libert  personale, i legami familiari e solidaristici e la qualit  della vita quotidiana."* (PSSIR Toscana 2012/2015 paragrafo 2.2.1.8)

A fronte dell'obiettivo generale richiamato sopra, all'interno del PSSIR sono poi sviluppati altri quattro obiettivi specifici per il contrasto alla fragilit :

- Promuovere azioni di identificazione e valutazione degli anziani fragili ma anche azioni di promozione della salute, di cura e aiuti volte alla prevenzione della disabilit ;
- Avviare e consolidare azioni di prevenzione della fragilit  anche sostenendo interventi di supporto agli anziani fragili da effettuare con una capillare rete di interventi domiciliari in sinergia con il volontariato territoriale;
- Promuovere la diffusione di esperienze di residenzialit  sociale di natura solidale ed integrata con la comunit  locale, anche coinvolgendo in modo organico il terzo settore;

---

<sup>42</sup> Si vedano i paragrafi 5.6.2.4 e 6.2 del Piano Sanitario Regionale 2008/2010

- Promuovere l'offerta di assistenza domiciliare e di ricoveri di sollievo anche con azioni di sostegno alla domiciliarità che coinvolgano le strutture residenziali.

Per il raggiungimento di questi obiettivi il PSSIR stabilisce alcune strategie prioritarie, quali:

- Adottare procedure di screening e di valutazione multidimensionale per l'identificazione proattiva degli anziani fragili;
- Adottare protocolli di valutazione e trattamento che siano omogenei e condivisi a livello regionale;
- Attivare e rafforzare i programmi di contrasto alla sedentarietà e alla prevenzione delle cadute;
- Prevenire l'insorgere della disabilità durante i ricoveri ospedalieri;
- Promuovere interventi assistenziali di prossimità con il coinvolgimento del volontariato in modo da contrastare la solitudine e lo scivolamento verso la disabilità;
- Sviluppare le azioni di "sorveglianza attiva della persona anziana";
- Sviluppare collaborazioni con i sindacati dei pensionati per la promozione e divulgazione delle buone prassi da adottare.

Come si evince quindi, fino a questo momento l'azione di contrasto della fragilità è stata realizzata più da un punto di vista strategico che di concreta attuazione di programmi puntuali. Le principali iniziative messe in campo si limitano ad alcune sperimentazioni di interesse regionale. L'esempio più significativo riguarda la riorganizzazione dell'offerta residenziale, che grazie alla recente sperimentazione dei moduli a bassa intensità assistenziale (BIA)<sup>43</sup> dovrebbe prevedere percorsi rivolti alla fragilità e alla lieve non autosufficienza. Tuttavia l'utilizzo delle sperimentazioni, di per se positivo, si scontra però con la difficoltà di trasporre le buone pratiche sperimentali in servizi e strutture disponibili a regime.

Una volta delineati i principali interventi normativi è importante analizzare la ripartizione delle competenze in materia sociale all'interno del contesto toscano. In particolare, è necessario chiarire i soggetti coinvolti, e la loro struttura organizzativa, per quel che riguarda gli interventi socio-assistenziali alle persone anziane. A questo proposito i tre principali attori istituzionali coinvolti sono: la Regione, i Comuni e le Società della Salute (o in sua mancanza della Conferenza di Zona dei Sindaci).

Per quel che riguarda gli interventi sociali rivolti alle persone anziane, la Regione ricopre prevalentemente un ruolo di indirizzo e programmazione del sistema in modo da garantire un certo grado di uniformità degli interventi sul territorio regionale. Nello specifico la L.R. 41/2005 attribuisce alla regione le funzioni di:

- Realizzazione del Piano Sanitario e Sociale Integrato (PSSIR), ovvero il principale strumento di indirizzo delle politiche sociali e sanitarie;
- Definizione delle politiche di integrazione tra: i servizi sociali da un lato, e le politiche abitative e i servizi sanitari dall'altra;
- Ripartizione delle risorse del Fondo Regionale Sociale (FSR);
- Promozione della realizzazione dei progetti speciali di interesse regionali, con caratteristiche di sperimentazioni innovative;
- Organizzazione e coordinamento del sistema informativo regionale.

Il ruolo di indirizzo e programmazione si concretizza sia con la stesura del PSSIR, che rappresenta il documento di riferimento per le successive programmazioni zonali, sia con la ripartizione delle risorse del FSR che permette di perseguire politiche di equità territoriale.

Si deve notare inoltre, che la regione esercita un forte impatto sul sistema dei servizi sociali anche tramite la propria produzione normativa. Si prenda in considerazione a titolo di esempio la regolamentazione

---

<sup>43</sup> Si veda il punto 6,1 della deliberazione n.594 del 21 luglio 2014 approvata dalla Giunta Regionale della Toscana

regionale in merito all'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona<sup>44</sup> che influenza in maniera molto forte le modalità e i soggetti coinvolti nell'erogazione di prestazioni sociali. Ai fini della ricerca, risulta molto importante la funzione di promozione delle sperimentazioni in campo sociale. Infatti, come avremo modo di approfondire in seguito, le sperimentazioni rappresentano spesso l'unica modalità per realizzare innovazioni uscendo dagli stringenti vincoli imposti dall'accreditamento.

In questo contesto, i comuni rappresentano gli attori principali per quel che riguarda l'erogazione degli interventi sociali. Spetta infatti ai comuni la funzione di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali nonché l'erogazione delle relative prestazioni ai cittadini.

Più nel dettaglio l'ordinamento regionale<sup>45</sup> attribuisce ai comuni le seguenti funzioni:

- Definizione del percorso assistenziale personalizzato effettuato in seguito a una valutazione professionale del bisogno ad opera di un assistente sociale;
- Definizione delle condizioni di accesso alle prestazioni erogate;
- L'erogazione delle prestazioni sociali anche avvalendosi di soggetti esterni;
- La progettazione e la gestione dei servizi sociali previsti dall'ordinamento regionale<sup>46</sup>;
- Autorizzazione e vigilanza e controllo delle strutture residenziali e semiresidenziali.

I comuni quindi, attraverso le proprie strutture del servizio sociale, rappresentano l'interlocutore principale per tutti i cittadini che si trovino in una condizione di bisogno che può essere soddisfatto tramite un intervento di natura puramente sociale. Per quel che riguarda gli interventi rivolti agli anziani la normativa regionale<sup>47</sup>, che viene poi declinata attraverso i piani di zona, attribuisce la responsabilità ai comuni per gli interventi volti a:

- Promuovere la partecipazione degli anziani alla comunità locale in un'ottica di solidarietà tra generazioni;
- Prevenire i processi invalidanti, sia fisici che psicologici, nonché i fenomeni di esclusione sociale, salvaguardando l'autosufficienza e l'autonomia dell'anziano e favorendo la sua permanenza nel contesto familiare di origine ed il mantenimento di una vita di relazione attiva;
- Prevenire e limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture residenziali;
- La creazione di una rete locale di servizi ricreativi e luoghi aggregativi in cui promuovere forme di associazionismo e di inserimento sociale anche di diretta iniziativa della popolazione anziana, con il coinvolgimento della comunità locale e dei soggetti del terzo settore presenti sul territorio;
- L'offerta di forme di agevolazioni per l'accesso a trasporti, servizi culturali, ricreativi e sportivi in relazione a situazioni di reddito inadeguate;
- I servizi di assistenza domiciliare integrata per anziani non autosufficienti e affetti da patologie degenerative;
- Le strutture semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti ispirati a una logica organizzativa di tipo modulare;
- Servizi di sostegno e sollievo per i familiari conviventi di persone anziane non autosufficienti; servizi di telesoccorso e pronto intervento per le persone anziane a rischio sociosanitario.

Sebbene i Comuni siano i responsabili dell'organizzazione dei servizi puramente sociale, i servizi sociali si possono trovare a fronteggiare situazioni caratterizzate da bisogni complessi che, come si evince da alcuni degli interventi sopracitati, coinvolgono la sfera sanitaria. A questo proposito Comuni sono tenuti a collaborare con le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) per l'erogazione di servizi ad alta integrazione

---

<sup>44</sup> Si veda la l.r. 82/2009 e ss.mm.ii

<sup>45</sup> Si veda la l.r.41/2005 art. 11 e ss.mm.ii

<sup>46</sup> Si veda la l.r.41/2005 Titolo V e ss.mm.ii

<sup>47</sup> Si veda nota n 16

socio-sanitaria nonché interventi rivolti a persone gravemente non autosufficienti e finanziati dal Fondo regionale per la non autosufficienza.

Per garantire una piena integrazione degli interventi socio-sanitari nel 2008 sono state istituite nell'ordinamento regionale le Società della Salute<sup>48</sup> (SdS). Le SdS sono consorzi tra l'AUSL e i comuni appartenenti alla stessa zona distretto, costituiti per l'esercizio coordinato delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. La costituzione delle SdS avviene su base volontaria dei Comuni che insieme alle AUSL stipulano una convenzione che regola i reciproci impegni, anche finanziari, dei membri del consorzio.

Nello specifico, l'ordinamento regionale attribuisce alle Società della Salute le seguenti funzioni<sup>49</sup>:

- Indirizzo e programmazione strategica di secondo livello;
- Programmazione operativa e attuativa, con cadenza annuale, delle attività ad essa assegnate dal Piano Sanitario e Sociale Regionale Integrato (PSSIR) e dagli altri documenti programmatici della Regione;
- Organizzazione e gestione delle attività socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- Organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale come indicato nel (PSSIR);
- Controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

Fino al 2013 erano state costituite 25 Società della Salute su un totale di 34 zone distretto. Tra queste, Firenze è stata la prima a istituire la propria SdS quando nel 2004 fu realizzato il percorso di sperimentazione, poi messo a regime nel 2008. Si deve notare inoltre che l'area della ex Provincia Fiorentina contiene al proprio interno cinque diverse SdS che raccolgono i vari comuni della zona distretto. Unica eccezione è la SdS Firenze che vede tra i propri soci esclusivamente l'Azienda sanitaria e il Comune di Firenze.

Nonostante tutto, la SdS di Firenze è stata per molto tempo un semplice contenitore organizzativo senza un reale impatto nell'erogazione dei servizi. Tuttavia, a seguito delle modifiche introdotte dalla l.r. n.44/14<sup>50</sup>, è stata avviata una fase di profonda riorganizzazione che dovrebbe portare la SdS di Firenze ad assicurare la gestione unitaria, anche in forma indiretta, delle prestazioni socio- sanitarie ad alta integrazione sanitaria e di alcune attività di assistenza sociale.

In particolare, con varie delibere dell'assemblea dei soci<sup>51</sup> è stato stabilito che:

- Le attività riconducibili all'area della non autosufficienza e della disabilità saranno gestite in forma diretta dalla Società della Salute di Firenze (Area anziani e persone non autosufficienti e Area disabilità);
- Le attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale saranno gestite in forma indiretta tramite l'Asl 10 di Firenze;
- Le attività di assistenza sociale saranno gestite in forma indiretta tramite il Comune di Firenze. In particolare le attività considerate riguardano:
  - I servizi di acceso e la presa in carico da parte della rete socio-assistenziale
  - Le pratiche di presa in carico
  - Il Pronto intervento sociale
  - I servizi di prossimità a favore delle fasce deboli della popolazione
  - Servizi per favorire l'inclusione e l'autonomia
  - I programmi di sostegno al reddito

---

<sup>48</sup> Si veda l'art. 71 bis della l.r. 40/2005

<sup>49</sup> Si veda nota precedente

<sup>50</sup> Si veda l'art 15 della l.r. 44/14

<sup>51</sup> Si vedano le Delibere dell'Assemblea dei Soci della Società della Salute di Firenze n. 7 del 17/12/2014 e la n.3 del 25/03/2015



Ne consegue che, al momento della sua completa attuazione, questo percorso renderà finalmente la SdS un soggetto capace di incidere concretamente sulle prestazioni sociali erogate ai cittadini. In particolare si deve notare che con queste modifiche l'area anziani passa sotto la gestione diretta della SdS venendo sempre più accostata alla non autosufficienza. In questo caso, il rischio è che si tenda, per esigenze di bilancio, a schiacciare le prestazioni assistenziali su soglie di bisogno elevate. In altri termini, il rischio potrebbe essere quello di privilegiare, ad esempio, il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ad alta integrazione sanitaria al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) anche in quei casi in cui l'anziano non presenti specifici bisogni di natura sanitaria.

Dopo aver analizzato la struttura organizzativa del sistema sociale regionale, il prossimo paragrafo approfondirà l'offerta dei servizi nel contesto fiorentino cercando di fare risaltare i servizi che maggiormente impattano la condizione di fragilità e lieve non autosufficienza.

## 2.4 Offerta di servizi presente sul territorio

### 2.4.1 Considerazioni preliminari e percorsi di accesso

Nei paragrafi precedenti abbiamo visto che nel 2013 la popolazione anziana non autosufficiente residente a Firenze era di circa 8.936 persone a cui si devono poi sommare i 13.653 anziani fragili stimati usando l'indice di prevalenza fornito dall'ARS (2009). In questo paragrafo sarà riportata la struttura dei servizi presente sul territorio fiorentino, con particolare attenzione al ruolo del soggetto pubblico.

Prima di procedere è importante sottolineare alcune complessità che caratterizzano il settore dei servizi assistenziali. In primo luogo, l'assistenza alle persone anziane è caratterizzata da una forte complessità ed eterogeneità dei bisogni i quali tuttavia si scontrano, con un struttura di risposte fortemente codificate in una tassonomia precisa di servizi erogabili agli anziani. Infatti, nonostante siano stati fatti significativi passi avanti nella personalizzazione delle prestazioni assistenziali, si pensi a Piani di Assistenza Personalizzati (PAP), la composizione dei servizi erogati risulta ancora fortemente vincolata alle isorisorse stanziare per i singoli interventi assistenziali, le quali a loro volta sono assegnate in base a stringenti classificazioni del bisogno. Inoltre, alle criticità strutturali dell'assistenza pubblica agli anziani si devono poi sommare i vincoli di economicità e di bilancio nell'erogazione delle prestazioni assistenziali. Negli scorsi anni infatti, la carenza endemica di risorse nel settore della Long-term Care, ha portato il soggetto pubblico a coinvolgere sempre più le cooperative sociali nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, al fine di contenere i propri costi. Questa tendenza sembra avere ritrovato vigore con l'attuale contesto di finanza pubblica, portando a un maggior coinvolgimento anche del volontariato nell'erogazione diretta dei servizi. Tuttavia si deve notare che le minori risorse disponibili comportano una riduzione dei margini delle cooperative, le quali potrebbero appiattire la loro offerta sulle soglie minime richieste in termini di qualità del servizio.

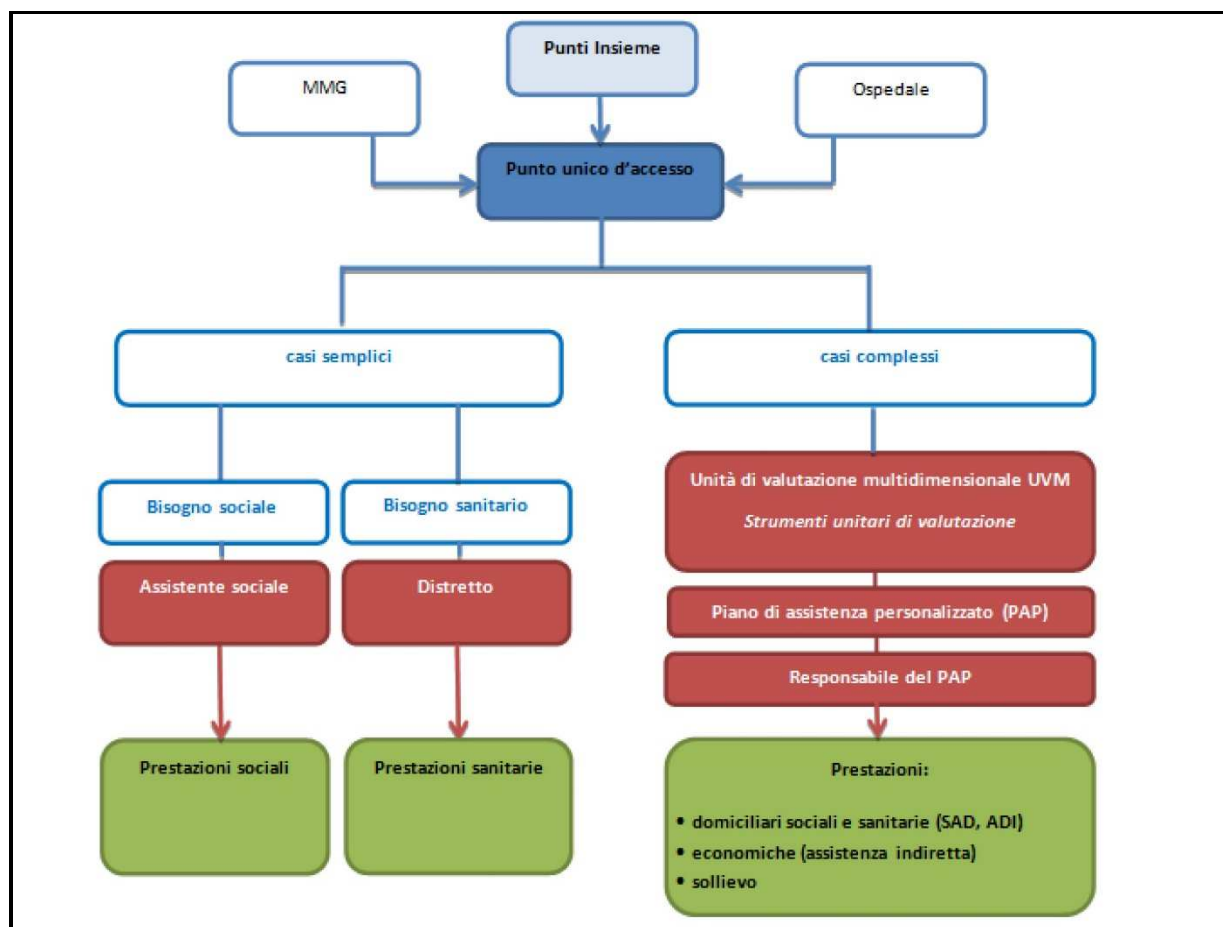
Alle complessità sopra descritte si deve poi sommare la diversa composizione del gruppo target preso in considerazione in questa ricerca. Se da un lato infatti gli anziani fragili e lievemente non autosufficienti sono accumulati dall'essere beneficiari prevalentemente di risposte di natura sociale, dall'altro questi soggetti presentano tra loro significative differenze, sia in termini di bisogni, che per quel che riguarda i percorsi di accesso ai servizi. Quest'ultimo elemento merita particolare attenzione e sarà approfondito nei paragrafi successivi.

### 2.4.2 Percorso di accesso per la non autosufficienza

In particolare per quel che riguarda l'accesso ai servizi si ha una forte distinzione tra la non autosufficienza, caratterizzata da bisogni complessi, e bisogni sociali degli anziani fragili. Dal 2009, con l'introduzione del progetto regionale per l'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, è stata avviato un percorso di integrazione socio-sanitario per quel che riguarda tutte le fasi del percorso della non

autosufficienza, dalla presa in carico al monitoraggio delle prestazioni erogate. Una rappresentazione grafica del percorso per la non autosufficienza è riportato nella figura sottostante.

Figura 2 Percorso di accesso ai servizi per gli anziani non autosufficienti in Toscana



Fonte: Gori e Rusmini (2014)

Il percorso dell'utente con un bisogno complesso avviene dunque in questo modo (SdS Firenze, 2015):

- L'accesso avviene con la segnalazione di un bisogno complesso ai presidi territoriali chiamati "Punti Insieme" o direttamente al Punto Unico d'Accesso presente in ciascuna zona distretto. Quest'ultimo, che rappresenta il livello di coordinamento del sistema di accesso dei servizi territoriali, raccoglie le segnalazioni arrivate dai Punti Insieme e attiva la procedura di valutazione del bisogno;
- La valutazione del bisogno è assegnata a un'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), composta da un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere e all'occorrenza da un geriatra o da specialisti. Il medico di famiglia è sempre invitato a partecipare alla valutazione. La valutazione viene effettuata sulla base di elementi clinici funzionali, cognitivo-comportamentali e socio-ambientali. A seguito della valutazione, qualora sia riscontrata una situazione di non autosufficienza, l'utente viene classificato in uno dei cinque livelli di isogravità descritti in precedenza. In base al livello di isogravità, a cui sono associati specifici pacchetti di prestazioni (isorisorse)<sup>52</sup>, l'UVM elabora un Piano di Assistenza Personalizzato (PAP) individuando le prestazioni

<sup>52</sup> Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (L.R. 66/2008) e il successivo "Progetto per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente" garantiscono appositi pacchetti di prestazioni a seconda del livello di isogravità

più appropriate per i bisogni dell'utente. L'UVM deve elaborare un PAP entro trenta giorni dalla segnalazione dell'utente e garantire l'erogazione dei servizi entro un massimo di novanta giorni;

- Una volta elaborato, il PAP viene trasmesso all'utente, al medico di medicina generale dell'utente e all'assistente sociale che segue il caso. Il personale amministrativo facilita le procedure organizzative del percorso. Viene inoltre individuato un responsabile del piano (case-manager), che rappresenta il referente organizzativo del piano, a cui spetta il coordinamento delle varie figure professionali coinvolte;
- La rivalutazione del PAP può essere programmata dall'UVM oppure richiesta direttamente dall'utente o dai familiari in caso di cambiamenti nelle condizioni dell'assistito.

Ai fini della ricerca è importante sottolineare che i pacchetti di prestazioni previsti per la lieve non autosufficienza (Isogravità 1-2) non sono coperti dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, risultando a carico dei comuni. Le persone classificate autosufficienti o con livelli di isogravità uno/due sono quindi reindirizzati verso i Servizi sociali professionali dei comuni che si occupano della presa in carico del soggetto.

Per quel che riguarda l'organizzazione territoriale del sistema di presa in carico delle persone non autosufficienti si osserva una strutturazione a due livelli: alla Società della Salute (SdS) spetta il compito di indirizzo e governo del sistema, mentre il ruolo di coordinamento e materialmente operativo viene assunto dal Punto Unico d'Accesso (PUA), dalle Unità di Valutazione Multidimensionale e dai Punti Insieme territoriali (PI).

Questa struttura si ritrova trasposta nel contesto fiorentino nel quale la SdS si fa carico, seppur con qualche criticità, del coordinamento del sistema, mentre a livello territoriale si trovano il PUA e cinque PI dislocati a livello di quartiere. Nel 2013 le valutazioni e rivalutazioni effettuate a Firenze dall'UVM sono state 2.608, livello leggermente inferiore rispetto al 2012, di cui 1.476 sono persone valutate per la prima volta. Come rappresentato dalla tabella sottostante, la grandissima maggioranza delle persone che richiedono una valutazione UVM sono gravemente non autosufficienti con bisogni complessi di natura socio sanitaria. Questo aspetto può trovare spiegazione nel fatto che generalmente le famiglie si rivolgono ai servizi sociali solo quando le condizioni dell'anziano sono talmente gravi da non riuscire più a provvedere da sole alle esigenze assistenziali del familiare. Anche per questo soltanto una piccola percentuale di persone (autosufficienti e lievemente non autosufficienti) valutate dall'UVM viene reindirizzata ai servizi sociali professionali per la presa in carico.

Tabella 8 Numero valutazioni e rivalutazioni dell'UVM per isogravità nel 2013

Tipo valutazione UVM	Autosufficienti	Lieve non autosufficienza (Iso 1-2)	Grave non autosufficienza (Iso 3-5)	Totale
Prima valutazione	86	151	1.239	1.476
% su prima valutazione	5,8%	10,2%	83,9%	
Rivalutazioni	22	24	1.086	1.132
Totale	108	175	2.325	2.608
% su totale	4,1%	6,7%	89,1%	

dell'utente. In particolare per gli utenti classificati con isogravità 1e 2 non sono previste coperture finanziarie del Fondo regionale per la non autosufficienza.

### 2.4.3 Percorso di accesso bisogni sociali

Gli anziani autosufficienti o lievemente non autosufficienti con bisogni non complessi possono ricorrere ai servizi sociali tramite i Servizi Integrati di Assistenza Sociale Territoriale (SIASST). Dislocati nei cinque quartieri fiorentini, i SIASST offrono nei loro presidi territoriali sia un servizio di segretariato sociale (orientamento della persona) che attività di servizio sociale professionale. Queste due tipologie di servizi, sebbene interconnesse, presentano alcune differenze.

Il servizio di segretariato sociale offerto dai SIASST si occupa prevalentemente dell'orientamento dei cittadini e della prima decodifica dei loro bisogni sociali. Più nel dettaglio l'attività di segretariato sociale si articola nelle seguenti funzioni:

- Accoglienza e orientamento del cittadino;
- Decodificazione del bisogno e della domanda espressa;
- Informazione al cittadino in merito alle prestazioni disponibili sul territorio;
- Orientamento sulle modalità di accesso ai servizi;
- Prima valutazione della richiesta di sostegno che può comportare la segnalazione del bisogno ai servizi sociali professionali.

Nei cinque Quartieri del Comune di Firenze sono attivi nove punti di segretariato sociale a cui si devono poi sommare quelli presenti negli ospedali fiorentini, volti a garantire un maggior coordinamento nelle dimissioni ospedaliere. Nel 2013 si sono rivolte al segretariato sociale 4.452 persone di cui il 38,7% rappresentato da persone anziane (SdS Firenze 2015). Si deve notare che a seguito della riforma nella presa in carico delle persone non autosufficienti si è assistito a una riduzione degli utenti del segretariato sociale (-20,5% dal 2010). Gli anziani che si sono rivolti ai punti di segretariato sociale nel 2013 sono stati 1.726, di questi il 44,8% per ricevere informazioni mentre il restante 55,2% ha visto inoltrare una richiesta ai servizi sociali professionali (SdS Firenze 2015).

Le attività di servizio sociale professionale sono svolte nei Centri sociali dei SIASST fiorentini. In questi presidi territoriali gli utenti in condizione di bisogno entrano in contatto con un assistente sociale che valuta le loro problematiche ed elabora un PAP. Le prestazioni erogate dai servizi sociali possono essere distinte in:

- Prestazioni professionali, ovvero connesse alle sole attività svolte dall'assistente sociale, come ad esempio colloqui o visite a domicilio;
- Prestazioni esterne, ovvero gli interventi socio-assistenziali, come contributi o servizi di assistenza domiciliare, attivati dall'assistente sociale per fare fronte alle situazioni di bisogno.

Nel 2013 gli utenti presi in carico dai servizi sociali professionali sono stati 12.564, di cui circa il 64% ha usufruito di una prestazione esterna. In questo contesto, gli utenti anziani rappresentano una quota significativa sia per quel che riguarda il numero di utenti totali (42,5%) sia per il numero di prestazioni esterne (50,3%). Maggiori dettagli sui servizi erogati agli anziani sono riportati nel paragrafo seguente.

In questo paragrafo si è cercato di riassumere i tratti principali che caratterizzano i percorsi di presa in carico della non autosufficienza e dei bisogni sociali delle persone anziane. Questi percorsi rappresentano molto bene la separazione netta che si osserva in termini di prestazioni tra fragilità e lieve non autosufficienza, da un lato, e grave non autosufficienza dall'altro. A livello regionale negli ultimi anni è stata presa la decisione di concentrare la maggior parte delle risorse nel cercare di dare risposta alle fasi più acute del bisogno. Questa scelta se da un lato appare condivisibile in un contesto di risorse limitate, apre

però l'interrogativo sul come riuscire a dare risposta ai bisogni più lievi in un'ottica di mantenimento dell'autosufficienza.

In questo contesto appare fondamentale analizzare il ruolo dei vari attori sul territorio cercando di individuare come si stia modificando la loro funzione e la tipologia di bisogni di cui si fanno carico. Questo risulta ancora più importante in un momento in cui si assiste a profonde modifiche sia dell'architettura dei servizi sociali professionali sia dell'intera organizzazione del sistema sanitario regionale.

Prima di addentrarci nell'analisi dei servizi per la fragilità e la lieve non autosufficienza nel territorio fiorentino, è importante evidenziare come la progressiva perdita di autonomia sia un percorso che non riguarda esclusivamente la persona anziana, ma che coinvolge profondamente la sua rete familiare. Sarebbe quindi un errore, circoscrivere l'analisi alle singole esigenze assistenziali degli anziani non tenendo conto delle sottostanti reti familiari e dei loro bisogni. Spetta infatti alle famiglie la maggior parte del carico assistenziale dell'anziano, sia in termini di costi diretti che di costi indiretti. Nonostante i bisogni dei *care giver* familiari siano sempre più riconosciuti a livello di opinione pubblica, molti soggetti, pubblici e privati, percepiscono ancora nella rete familiare esclusivamente il ruolo di fornitore di prestazioni assistenziali. Questa visione, come vedremo nel paragrafo successivo, si ritrova anche parzialmente nell'impostazione dei servizi sociali del Comune di Firenze che vedono l'intervento pubblico come puramente integrativo le prestazioni e delle risorse familiari.

Nel corso del prossimo paragrafo ci concentreremo quindi sull'analisi dell'offerta dei servizi presenti sul territorio fiorentino con particolare attenzione per i servizi rivolti alla fragilità e alla lieve non autosufficienza.

## 2.5 I servizi pubblici

Come emerge dai dati forniti dal Comune di Firenze per il 2013 gli anziani in carico al servizio sociale professionale sono 5.347 di cui 4.046 hanno usufruito di almeno una prestazione sociale esterna. In altri termini le persone anziane rappresentano circa il 43% degli utenti complessivi presi in carico dai servizi sociali.

Tuttavia, prima di analizzare le prestazioni per la fragilità e la lieve non autosufficienza offerte dal Comune di Firenze, è bene sottolineare come sia in atto una profonda riorganizzazione sia del sistema sociale territoriale, volta garantire una maggiore uniformità delle risposte, che delle funzioni della Società della Salute come gestore unitario delle prestazioni a maggior integrazione socio-sanitaria<sup>53</sup>.

Inoltre si deve subito notare come anche i servizi sociali del Comune abbiano seguito il trend regionale concentrandosi sempre più sulle fasi acute del bisogno. Infatti, dei 4.046 anziani destinatari di prestazioni sociali esterne circa il 64% (2.587 persone) è stato classificato non autosufficiente grave, a fronte di 1.459 persone considerate fragili o lievemente non autosufficienti. Questo dato ci pone davanti a una prima criticità d'analisi, in quanto i dati in possesso del Comune di Firenze non consentono di analizzare in modo disaggregato i servizi offerti in base ai vari livelli di isogravità degli utenti. In altri termini, risulta quindi impossibile individuare con precisione a quali tipologie di anziani siano state erogate specifiche tipologie di prestazioni. Per provare ad ovviare a questa criticità l'analisi si concentrerà su quelle prestazioni, come i servizi domiciliari e semiresidenziali, rivolti prevalentemente a soggetti con perdite di autonomia ancora contenute. Risultano quindi escluse dall'analisi le prestazioni ad alto contenuto socio-sanitario rivolte a persone fortemente non autosufficienti, come ad esempio l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

---

<sup>53</sup> Si veda a questo proposito la Delibera dell'Assemblea dei soci della Società della Salute di Firenze n.7 del 17/12/2014

Una seconda criticità d'analisi risiede nel fatto che i dati a disposizione riportano il numero di prestazioni erogate e non il numero di utenti complessivi. Si noti infatti che il totale delle prestazioni solitamente non coincide con il numero di utenti in quanto una singola persona può essere beneficiaria di più prestazioni sociali. Per ovviare a questo limite saranno utilizzate le stime sull'utenza elaborate dal Comune di Firenze. Il numero delle prestazioni erogate dovrà comunque essere considerato solo come indicatore delle principali linee di intervento del Comune.

#### 2.5.0.1 Servizi Domiciliari

Volendo quindi partire con una panoramica generale dei servizi rivolti alla domiciliarità presenti sul territorio è possibile partire dai recenti provvedimenti del Comune di Firenze e della SdS Fiorentina<sup>54</sup>. Questi interventi hanno rivisto i regolamenti dei servizi rivolti alla domiciliarità specificando nel dettaglio le tipologie di prestazioni per favorire la permanenza della persona anziana nel proprio contesto domestico.

I servizi individuati dal recente regolamento sono;

- Servizio di Assistenza Domiciliare socioassistenziale (SAD)
- Contributo per l'assistenza domiciliare indiretta
- Contributi per assistenti familiari
- Contributi a sostegno delle cure familiari
- Centri diurni
- Pasti a domicilio
- Pedicure a domicilio
- Telesoccorso e teleassistenza.

Come avviene in molte parti d'Italia l'erogazione materiale delle prestazioni è affidata per motivi economici alle cooperative sociali. Inoltre, si osserva un sempre maggior coinvolgimento del mondo dell'associazionismo nell'erogazione di alcune tipologie di servizi, come ad esempio i pasti a domicilio. I servizi che rimangono ad oggi ancora parzialmente gestiti direttamente dal Comune sono i centri diurni e il pronto sociale domiciliare, un servizio di risposta assistenziale nelle condizioni di emergenza.

Per avere un'idea del peso di ogni singolo servizio, la tabella sottostante riporta il numero di prestazioni erogate tra il 2011 e il 2013 con una stima approssimativa degli utenti beneficiari delle prestazioni.

Tabella 9 Numero di prestazioni sociali pe la domiciliarità anno 2011-2013

	2011	2012	2013
<b>Prestazioni sociali domiciliari in forma diretta</b>			
Servizio di Assistenza domiciliare	1.118	1.175	1.195
Pronto sociale domiciliare	321	335	309
Telecare ^	424	453	486
Pasti a domicilio	263	238	216
Servizio podologico	154	151	146

<sup>54</sup> Si veda il "Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità o di non autosufficienza" approvato con Delibera dell'Assemblea dei soci della Società della Salute di Firenze n.10 del 30/12/2014

<b>Stima utenti *</b>	<b>1.726</b>	<b>1.811</b>	<b>Nd</b>
<b>Prestazioni sociali indirette</b>			
Contributi servizi assistenza familiare (Contributo assistenti familiari e Contributo a sostegno delle cure familiari)	466	380	539
Contributo domiciliare indiretto	10	7	7
<b>Stima utenti</b>	<b>468</b>	<b>372</b>	<b>546</b>
<b>Stima utenti totale prestazioni sociali domiciliari</b>	<b>2.139</b>	<b>2.128</b>	<b>2.100</b>

Fonte SdS Firenze (2015) DATI SDS COMUNE

Note 1 ^ il dato comprende anche anziani che acquistano privatamente il servizio, nel 2012 sono stati 273 di cui 53 non residenti; \* Si ricorda che la somma delle prestazioni non equivale al numero di utenti complessivo.

A queste prestazioni devono poi essere sommati alcuni servizi attivati in via sperimentale o caratterizzati da un minor peso assistenziale. Tra questi rientrano alcuni servizi di natura proattiva volti a promuovere corretti stili di vita anche in età avanzata. In particolare negli ultimi anni si è assistito alla crescente diffusione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) messa in atto dalla SdS di Firenze con il contributo di erogatori esterni. Questo servizio, che nel 2013 era fornito da 14 erogatori in 34 luoghi diversi, si compone di due possibili moduli rivolti a gradi diversi di disabilità. Nel corso del 2013 sono stati realizzati 82 corsi a bassa disabilità (AFA A) e 4 corsi ad alta disabilità (AFA B) che hanno visto la partecipazione complessiva di 1.132 utenti. Parallelamente alla diffusione dell'AFA la SdS di Firenze e il Comune di Firenze, in collaborazione con il mondo dell'associazionismo, sono stati impegnati nella realizzazione di altri progetti volti a promuovere l'adozione di corretti stili di vita e l'attività motoria delle persone anziane. In questo contesto esistono vari progetti<sup>55</sup> tra cui ad esempio il Progetto "Salute è Benessere" che vede il coinvolgimento attivo di diverse associazioni di volontariato presenti sul territorio. Altri progetti sperimentali nel campo dei servizi domiciliari saranno approfonditi maggiormente nei capitoli successivi della ricerca.

#### 2.5.0.2 Servizi semiresidenziali e residenziali per anziani fragili

Per quel che riguarda i servizi semiresidenziali e in particolare i centri diurni si deve sottolineare come i dati sottostanti includono anche gli utenti dei centri sociali gestiti da soggetti privati. Tuttavia, per quel che riguarda gli anziani autosufficienti, si osserva che gli utenti si concentrano per il 98% nei tre centri diurni gestiti direttamente dal Comune di Firenze.

Tabella 10 Numero di utenti per tipologia di centro diurno.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Centri diurni per autosufficienti	159	141	134
Centri diurni per non autosufficienti	175	174	165
<i>Di cui con contributo del Comune</i>	116	114	124
<i>Di cui in strutture private</i>	145	133	121
<b>Totale utenti centri diurni</b>	<b>334</b>	<b>315</b>	<b>299</b>

Fonte SdS Firenze (2015)

<sup>55</sup> Si vedano a questo proposito i progetti "Verdepassi" e "Bibliopassi" promossi dal Comune di Firenze in collaborazione con la SdS di Firenze.

Contestualmente ai servizi domiciliari e semiresidenziali per persone autosufficienti, sarebbe opportuno considerare anche quei servizi residenziali, come le Residenze socio-Assistenziali (RA) o le strutture riabilitative temporanee, orientati a soddisfare i bisogni delle persone fragili o temporaneamente non autosufficienti. In questo contesto rientrano anche i progetti volti a sperimentare forme di co-abitazione, dal cohousing ai condomini solidali, che permettono il mutuo aiuto delle persone anziane. Questa ultima tipologia di servizi sarà approfondita maggiormente nei capitoli successivi. Si noti tuttavia che il potenziale di queste iniziative è ben noto a livello regionale con vari progetti sperimentali già in atto, dal già consolidato caso del “Centro sociale di Lastra a Signa” alle recentissime sperimentazioni dei moduli residenziali a Bassa Intensità Assistenziale (BIA).

Per quel che riguarda questa tipologia I dati a disposizione sono quelli che riguardano gli utenti delle RA sia pubbliche che gestita da soggetti privati.

Tabella 11 Utenti di strutture Residenziali socio-Assistenziali nel Comune di Firenze tra il 2010 e il 2013

Anno	RA private	RA gestite dal Comune	Totale utenti
2013	202	37	239
2012	210	41	251
2011	215	36	251
2010	228	35	263

Fonte SdS Firenze (2015)

Facendo quindi un breve calcolo è possibile stimare che gli utenti complessivi delle prestazioni domiciliari e semi-residenziali erogate dal comune nel 2013 siano stati approssimativamente 2.400, a fronte di 2.441 persone ricoverate all'interno di Residenze Sanitarie Assistenziali, pubbliche e private, di cui 1.195 con un contributo alla quota sociale della struttura. Se quindi sembrerebbe esserci una prevalenza di interventi sul lato della domiciliarità si deve notare che in termini di risorse la situazione appare ribaltata. Nel Primo Piano Attuativo 2015<sup>56</sup> della SdS di Firenze il budget previsto per i servizi domiciliari per anziani e disabili si aggira intorno ai 3.122.960 euro a fronte di una spesa prevista per i contributi alle rette in strutture residenziali e centri diurni per anziani pari a circa 9.117.665 euro.

Una volta fornita una panoramica d'insieme dei principali servizi presenti nel Comune di Firenze può essere opportuno delineare maggiormente alcune delle prestazioni relative alla domiciliarità.

### 2.5.1 Prestazioni sociali domiciliari erogate in forma diretta

Per Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) si intendono tutte le prestazioni assistenziali mirate alla cura della persona nelle sue funzioni quotidiane e di cura dell'ambiente domestico, comprese se necessarie piccole riparazioni e azioni di risanamento ambientale. Il SAD rappresenta il principale strumento di sostegno alla domiciliarità messo in atto dal Comune con 1.195 beneficiari. Tuttavia, è importante sottolineare che tale servizio abbia una natura puramente integrativa rispetto alle capacità e alle risorse assistenziali messe in campo dall'utente e dalla sua rete familiare. Questo aspetto viene confermato dal fatto che all'interno di un PAP può essere assegnato, salvo casi eccezionali, un massimo di 18 ore settimanali di assistenza domiciliare. Per quello che riguarda la tipologia specifica di utenti si osserva che il numero di beneficiari tende a crescere con l'età. Inoltre, sui 1.195 utenti poco più del 50% (612 persone) sono classificati come non autosufficienti gravi. Per quel che riguarda l'erogazione materiale del servizio il

<sup>56</sup> Si veda la Delibera della Giunta Esecutiva della Società della Salute di Firenze n.9 del 29 aprile 2015



Comune di Firenze si avvale delle cooperative sociali con una spesa prevista dalla procedura di affidamento<sup>57</sup> pari a 2.053.067 euro.

Nei casi di particolare urgenza o in attesa che venga elaborato un PAP, i servizi sociali attivano il servizio di Pronto sociale domiciliare. Questa tipologia di servizi serve a fornire una risposta tempestiva e flessibile a situazioni di bisogno particolarmente urgenti o eccezionali. Di norma questa forma di intervento non può superare i trenta giorni, dopo i quali sono attivati i canali tradizionali di presa in carico. Nel 2013 gli utenti che si sono rivolti al Pronto sociale anziani sono stati 309 di cui 124 (40%) sono stati classificati non autosufficienti gravi. Questa tipologia di prestazioni viene erogata tramite operatori comunali che garantiscono una maggiore flessibilità di intervento rispetto agli operatori delle cooperative sociali. Si deve notare tuttavia che il trend in atto vede una progressiva riduzione dell'utilizzo di operatori comunali che, con la nuova riorganizzazione, saranno redistribuiti tra vari servizi senza che vengano stipulati nuovi contratti per il ruolo di operatore comunale.

Un'ulteriore prestazione sociale messa in atto dal Comune è il servizio di Telecare che fornisce teleassistenza e telesoccorso alle persone anziane residenti al proprio domicilio. Questo strumento appare particolarmente utile per mantenere un monitoraggio costante della persona anziana, garantendole la possibilità di rimanere nella propria abitazione con un maggior livello di sicurezza. Il servizio di teleassistenza è strutturato in tre moduli distinti:

- Telesoccorso, che è erogato principalmente per garantire il tempestivo soccorso dell'utente in caso di bisogno;
- Telesoccorso e Teleassistenza, che al servizio di soccorso aggiungono anche un monitoraggio settimanale delle condizioni dell'assistito, fornendo conforto e ricordando eventuali appuntamenti periodici;
- Telecare, che garantisce un controllo giornaliero delle condizioni dell'assistito e fornendo promemoria giornalieri sulla corretta assunzione dei farmaci e degli appuntamenti in agenda. L'utente può inoltre chiamare le centrali operative, le associazioni di volontariato o eventualmente altri utenti per momenti di compagnia. In casi particolari possono essere installati sensori per il monitoraggio dei principali rischi ambientali e le funzioni vitali.

Dal 2005 questi servizi sono affidati in gestione alla ASP Montedomini di Firenze che offre queste prestazioni sul mercato anche a cittadini non residenti nel Comune di Firenze a fronte di canoni mensili che variano dai 20 ai 52 euro a seconda della tipologia di servizio richiesta. Nel 2013, circa 486 anziani hanno usufruito di queste prestazioni di cui 181 hanno potuto beneficiare del contributo economico dei servizi sociali. Tuttavia, come emerso dalle interviste, il Telecare dovrebbe in tempi brevi essere oggetto di un ripensamento strutturale del servizio, volta a garantire una sempre maggiore integrazione Socio-sanitaria e in particolare con i servizi di Telemedicina.

Altri due servizi messi a disposizione dal Comune di Firenze riguardano la consegna dei pasti a domicilio e la cura del piede per anziani in condizione di precaria autonomia e solitudine. In particolare, per quel che riguarda la consegna dei pasti a domicilio, nel 2013 sono state 216 le persone che hanno beneficiato di questo servizio. Come nel caso del Telecare anche il servizio di pasti a domicilio è attualmente in una fase di ripensamento. In particolare sono state riscontrate alcune criticità relative alla mancanza di momenti di dialogo e condivisione tra gli operatori del servizio e la persona anziana. Per sopperire a questa carenza il Comune di Firenze, in collaborazione con l'associazione AUSER, ha recentemente attivato il progetto sperimentale "Care of you", che prevede la consegna del pasto ad opera di un volontario dell'associazione. La presenza del volontario permette infatti di offrire oltre al pasto anche un momento di socialità e di contrasto alla solitudine. Si deve notare tuttavia, la dimensione molto ridotta della sperimentazione che nei

---

<sup>57</sup> Si veda la Delibera Dirigenziale 2014/DD/02543 del 07/04/2014 del Comune di Firenze

mesi di agosto e settembre dovrebbero coprire solamente dodici anziani, localizzati in un singolo quartiere di Firenze, per un costo complessivo del progetto di circa 10.000 euro. Nonostante le dimensioni ridotte della sperimentazione, il progetto sembrerebbe muoversi nella giusta direzione di fornire interventi sociali di bassa soglia sfruttando al massimo le possibili economie di scopo. La sperimentazione appena citata appare particolarmente interessante anche perché evidenzia chiaramente il ruolo dell'associazionismo come erogatore diretto di servizi per conto del Comune. Questo elemento sarà approfondito maggiormente nel seguito della ricerca.

### 2.5.2 Prestazioni sociali per la domiciliarità erogate in forma indiretta

Abbiamo accennato in precedenza che una parte consistente delle risorse del Comune in campo sociale sono dirette a finanziare prestazioni sociali indirette. Guardando ai dati del 2012 forniti dalla SdS Fiorentina (SdS Firenze, 2014) risulta che sul totale delle risorse disponibili per coprire i bisogni della popolazione anziana circa il 61,8% sia stato destinato ai trasferimenti in denaro verso gli utenti, a fronte del 31,5% impiegato per erogare servizi in forma diretta. Questa evidente sproporzione viene fortemente ridimensionata, se non addirittura rovesciata, se si osserva esclusivamente il campo degli interventi indiretti per la domiciliarità. Si deve notare infatti che nel 2012 sul totale delle risorse destinate al sostegno delle persone anziane circa il 48,6% era destinato al pagamento delle rette per strutture residenziali, lasciando quindi solo un 13,2% delle risorse complessive per gli interventi indiretti per la domiciliarità.

Le forme di sostegno indirette perviste oggi dal Comune sono di tre tipi: contributi per assistenza domiciliare indiretta, contributi per assistenti familiari e contributi di sostegno alle cure familiari.

In merito alla prima tipologia di contributi, il recente regolamento<sup>58</sup> approvato dalla SdS di Firenze prevede che l'accesso a questo strumento di supporto sia vincolato ad appositi requisiti reddituali per qualsiasi tipologia di soggetto, giovane o anziano, che si trovi in una condizione di fragilità, non autosufficienza o disabilità. Il contributo erogato è vincolato all'acquisto da soggetti terzi accreditati di interventi sociali equiparabili a quelli forniti dal servizio sociale tradizionale. L'intensità del supporto varia a seconda delle attività assistenziali presenti nel PAP ma con una copertura massima fissata sulle 50 ore mensili. Questo dato risulta importante in quanto i contributi per l'assistenza domiciliare, come la SAD, devono essere considerati come interventi puramente integrativi rispetto alle risorse assistenziali personali dell'utente e della sua rete familiare.

Per quel che riguarda i contributi per assistenti familiari e i contributi per il sostegno delle cure familiari questi interventi risultano di scarso interesse per la ricerca in quanto interventi rivolti esclusivamente alla grave non autosufficienza. Infatti, come chiaramente indicato nei criteri di accesso, questi contributi sono indirizzati esclusivamente a persone che presentino dei requisiti reddituali e che risultino gravemente non autosufficienti a seguito della valutazione UVM. Nello specifico si tratta di interventi che nel 2013 hanno coinvolto 539 persone di cui quasi 400 solo per il contributo per assistenti familiari.

Si deve notare quindi, che l'impatto dei servizi sociali domiciliari erogati in forma diretta sul target group della ricerca appare ragionevolmente contenuto, essendo questi interventi orientati a fornire un supporto per le fasi più acute del bisogno.

---

<sup>58</sup> Si veda il "Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità o di non autosufficienza" approvato con Delibera dell'Assemblea dei soci della Società della Salute di Firenze n.10 del 30/12/2014

### 2.5.3 Prestazioni semiresidenziali per anziani fragili

I centri diurni rappresentano la principale risposta territoriale per quel che riguarda i servizi semiresidenziali. Nello specifico, i centri diurni sono strutture semiresidenziali che offrono sia una risposta assistenziale, educativa e relazionale ai bisogni dell'utente, sia un alleggerimento del carico assistenziale gravante sulla rete familiare. Questa tipologia di servizi permette quindi, in un ambiente protetto, di far fronte ai bisogni della persona anziana evitando di sradicarla dal proprio contesto di vita o dalla propria abitazione. Attualmente sono previste tre tipologie di centri diurni che variano a seconda della tipologia di utenza. Esistono infatti i centri diurni per:

- Anziani non autosufficienti;
- Persone affette da disturbi neuro-cognitivi;
- Anziani fragili.

In particolare, come emerso anche dalle interviste, i centri diurni per anziani fragili e autosufficienti si occupano di una casistica di bisogni molto ampia che include anche i primi livelli di non autosufficienza. In altri termini, all'interno di questa tipologia di centri diurni si trovano anche soggetti che presentano uno stato di decadimento funzionale e/o cognitivo abbastanza avanzato.

A livello comunale sono presenti numerosi centri diurni gestiti da soggetti del terzo settore che tendono però a concentrarsi quasi esclusivamente sulla non autosufficienza e sui bisogni neuro-cognitivi. Ne consegue che i tre centri diurni per autosufficienti gestiti direttamente dal Comune di Firenze accolgano circa la totalità degli utenti fragili. Nel 2013, infatti, dei circa 134 utenti fragili e lievemente non autosufficienti il 98% era inserito in uno dei centri diurni comunali.

A questa tipologia di servizi semiresidenziali sono strettamente legate alcune prestazioni di supporto quali, ad esempio, il servizio di trasporto sociale. Questo servizio è di cruciale importanza per garantire l'accesso alle prestazioni per tutti quei soggetti anziani o disabili che presentino particolari difficoltà motorie o che non dispongano di un'adeguata rete familiare. Il Trasporto sociale è storicamente una prestazione erogata dal mondo dell'associazionismo che, a fronte di agevolazioni o contributi del Comune, provvedeva all'accompagnamento degli utenti. Tuttavia, con la riduzione delle risorse comunali dovute alle ristrettezze di bilancio, molte associazioni si trovano oggi in profonda difficoltà nel gestire un servizio con alti costi di mantenimento. Questa condizione ha portato molte associazioni a ridurre la loro attività o a richiedere dei contributi agli utenti. Nel 2013, Gli utenti del trasporto sociale sono stati 161 di cui tuttavia la grande maggioranza è rappresentata da persone disabili con una quota minore di anziani.

Concludendo questo paragrafo è opportuno richiamare alcuni punti dell'offerta pubblica di servizi socio-assistenziali nel Comune di Firenze. In primo luogo è emerso come i servizi del socio-assistenziali del Comune siano prevalentemente orientati sulle fasi acute del bisogno. Questo dato è confermato dal fatto che solo il 36% degli utenti di prestazioni esterne (1.459 persone) siano stati valutati come fragili o lievemente non autosufficienti. Si tratta quindi di 1.459 soggetti presi in carico a fronte di una popolazione stimata di 2.505 persone lievemente non autosufficienti e 13.653 anziani fragili. Riguardo alla popolazione fragile è tuttavia opportuno considerare che si tratta spesso di persone che non hanno ancora manifestato un bisogno e che quindi difficilmente possono essere intercettati dai servizi sociali professionali. Si deve inoltre riscontrare le famiglie svolgono un ruolo di filtro molto importante nell'accesso ai servizi sociali. Come emerso dalle interviste, quando sono presenti reti familiari solide è più probabile che l'anziano entri in contatto con i servizi solo quando la situazione di bisogno è particolarmente acuta.

In secondo luogo, anche le risorse destinate agli interventi sociali sono prevalentemente utilizzate per i trasferimenti monetari a favore delle persone gravemente non autosufficienti. Gli interventi di natura proattiva sono prevalentemente legati alla promozione dell'attività fisica con impatti molto contenuti sulle

risorse a disposizione. Gli interventi di bassa soglia con una maggiore componente relazionale e sociale sono lasciati quasi esclusivamente al mondo associativo.

In terzo luogo, il Comune eroga direttamente solo un numero molto limitato di prestazioni (Pronto sociale domiciliare e centri diurni per autosufficienti) esternalizzando gli altri servizi alle cooperative sociali, alla ASP Montedomini e alle varie associazioni sul territorio. Queste ultime in particolare tendono ad assumere sempre più il ruolo di erogatori diretti di prestazioni socio-assistenziali. Le reti familiari e parentali sono viste come i soggetti principali dell'assistenza all'anziano, a cui possono essere riconosciuti dei meccanismi di supporto solo in caso di grave non autosufficienza e di precarie condizioni economiche. Si continua quindi a vedere separato il percorso della famiglia e quello di progressiva perdita di autonomia dell'anziano. Questa percezione porta spesso a elaborare dei servizi interamente disegnati sull'anziano senza tenere conto dei bisogni dei *care giver* familiari. Tranne alcune sperimentazioni, che approfondiremo in seguito, non sono presenti a sistema servizi volti a trasferire competenze assistenziali alle famiglie o ad aumentare il loro patrimonio informativo.

Si deve inoltre riscontrare che la struttura dei servizi fin ora descritta è in un momento di grande cambiamento essendo in atto la riorganizzazione del servizio sociale professionale e l'attribuzione alla SdS della gestione unitaria di alcune importanti aree, tra cui quella degli anziani e delle persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative.

## 2.6 Gli assistenti familiari

Il fenomeno delle collaboratrici domestiche è fortemente connesso a quello del lavoro sommerso, complicando notevolmente le stime sull'assistenza agli anziani. A livello nazionale un recente studio (Samek Lodovici et al., 2015) indica che a livello nazionale nel 2013 i collaboratori domestici che hanno ricevuto almeno un versamento contributivo sono stati 944.634 di cui il 38% occupati come badanti (361.571). Questi dati sembrano sottostimare il reale ammontare del fenomeno in quanto: 1) sono esclusi i lavoratori impiegati irregolarmente, 2) le persone qualificate come colf possono in realtà svolgere un ruolo di anche di cura o assistenza alle persone anziane.

Come riportato da Pasquinelli e Rusmini (2013), le stime più accurate indicano che sarebbero attive in Italia circa 830.000 bandati di cui un 26% di straniera senza permesso di soggiorno, un 30,5% regolarmente residente ma senza contratto e un 43,5% regolarmente assunto. Ne deriva che le badanti regolarmente registrate risultano essere meno della metà di quelle operanti in realtà. Riportando questo dato nel contesto toscano si osserva (Faraoni, 2014 b) che sono regolarmente impiegati ai fini INPS 79.000 lavoratori domestici di cui l'80% di origine straniera. Stando ai dati INPS le badanti rappresentano il 47% dei contratti a fronte di un 53% di collaboratori domestici senza compiti formali di assistenza (colf). Si deve comunque osservare che dal 1995 a oggi il numero dei collaboratori domestici con contratti regolari è aumentato in modo significativo. Solo negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione dei contratti elemento che deve probabilmente essere collegato all'emergere della crisi economica.

Facendo tuttavia riferimento allo studio dell'ARS "Passi d'argento" (ARS, 2013) è possibile fare una stima delle badanti-collaboratori domestici effettivamente impiegati. In base a un'analisi campionaria lo studio stima che in Toscana circa il 17% della popolazione anziana con problemi nelle IADL sia supportata da una badante mentre questa percentuale sale al 38% per i soggetti con difficoltà nelle BADL.

Come riportato nella tabella sottostante è possibile stimare che vi siano almeno 99.364 anziani che ricevono aiuto da badanti o assistenti familiari.

Tabella 12 Stima della popolazione anziana con problematiche nelle attività della vita quotidiana supportati da un assistente familiari

Popolazione toscana over 65 (A)	916.640
---------------------------------	---------

Popolazione Over 65 con problemi nelle IADL (B)	28%
Popolazione Over 65 con problemi nelle BADL (C)	16%
Percentuale di persone non autonome nelle BADL assistite da una badante (D)	38%
Percentuale di persone non autonome nelle IADL assistite da una badante (E)	17%
<b>Anziani supportati da Assistenti familiari <math>((A*B)*E)+((A*C)*D)</math></b>	<b>99.363,78</b>

Fonte Elaborazione su dati ARS (2013) e ARS (2013b)

Si deve notare tuttavia che questo dato presenta alcune criticità. In primo luogo nello studio passi d'argento non viene accennata la distinzione tra colf e badante cosa che potrebbe aver comportato alcune distorsioni nelle risposte. Inoltre il dato deve essere analizzato sapendo che non raramente una badante può trovarsi a supportare più di un anziano, soprattutto nei casi di lieve mancanza di autonomia. Ne segue che la portata della stima effettuata possa risultare leggermente ridimensionata da queste considerazioni. Tuttavia, il risultato che emerge risulta comunque superiore ai valori ufficiali dell'INPS.

Applicando la stessa procedura alla popolazione anziana Fiorentina si stima che siano attive circa 10.526 badanti a fronte di una popolazione anziana di 97.108 persone. Si deve inoltre notare che sebbene gli assistenti domestici e le badanti svolgano un ruolo di primaria importanza nell'assistenza all'anziano buona parte del carico assistenziale è ancora oggi ricoperto dalla rete familiare.

In questi anni molte regioni sono intervenute nel settore delle assistenti familiari muovendosi su quattro direttrici principali (Pasquinelli e Rusmini 2013):

- Creazione di uno specifico contributo economico per le famiglie;
- Creazione di profili formativi, programmi di tutoring e certificazione delle competenze;
- Realizzazione di un sistema strutturato di per facilitare l'incontro tra domanda e offerta;
- Stesura di appositi registri territoriali delle assistenti familiari.

La Regione Toscana ha agito su tutte e quattro le dimensioni nell'ambito del più vasto piano riguardante la non autosufficienza (Gori e Rusmini 2014). In particolare il Progetto per l'assistenza continuativa della persona non autosufficiente del 2010 ha introdotto appositi strumenti di sostegno economico rivolti alle famiglie con anziani gravemente non autosufficienti. Inoltre, sempre nel 2010, la Regione ha attivato l'ampio progetto "Sistema integrato di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari" volto a favorire l'emersione del lavoro sommerso, la qualificazione delle assistenti familiari e meccanismi di facilitazione tra domanda e offerta. Nonostante il modello regionale si presenti maggiormente integrato rispetto ad altri contesti regionali (Gori e Rusmini 2014) all'atto pratico non mancano alcuni elementi di criticità. A questo proposito risulta fondamentale potenziare i rendere efficaci i servizi di supporto alle famiglie che, come sottolineato da Pasquinelli e Rusmini (2013) si sentono spesso abbandonate alla ricerca di un assistente familiare. In questo contesto avere servizi che accompagnino le famiglie nel percorso di selezione e assunzione di una persona risulta particolarmente rilevante per la famiglie più vulnerabili e con minor risorse. A questo proposito la Regione Toscana ha attivato la sperimentazione "Pronto Badante" nelle cinque zone distretto della provincia Fiorentina con la finalità di supportare gli anziani che per la prima volta si trovano in condizione di bisogno. Nello specifico il progetto si pone l'obiettivo di fornire, entro 48 ore dalla segnalazione, un primo contatto con gli operatori del servizio che provvederanno a fornire tutte le principali informazioni ed eventualmente un buono lavoro di 300 euro per coprire i primi interventi di un assistente familiare. Nonostante il successo del progetto, come emerso dalle interviste, molte utenti si aspettavano un sostegno maggiormente rivolto all'individuazione e alla regolarizzazione di un assistente familiare.

## 2.7 Il terzo settore

Il terzo settore rappresenta un insieme di attori fondamentali per l'architettura complessiva dei servizi assistenziali alle persone anziane. Come è noto infatti, la carenza di risorse e i crescenti vincoli di bilancio hanno progressivamente portato i comuni a esternalizzare al terzo settore l'erogazione molte prestazioni socio-assistenziali. Anche nel contesto fiorentino si è assistito a questo avvicendamento, con il terzo settore divenuto oggi cruciale per l'erogazione di importanti prestazioni assistenziali come ad esempio il Servizio di Assistenza Domiciliare.

Nonostante sia ormai riconosciuta l'importanza del terzo settore nell'assistenza agli anziani, risulta ancora difficile stimare il numero preciso delle persone che si avvalgono dei servizi offerti da questa grande varietà di soggetti. Infatti, il terzo settore si trova da un lato a soddisfare la domanda pubblica di prestazioni socio-assistenziali che vengono attivate dai servizi sociali, mentre dall'altro si trova a offrire servizi sul mercato privato dell'assistenza. Risulta quindi particolarmente complesso effettuare una stima verosimile dei soggetti che hanno beneficiato delle prestazioni del terzo settore.

Non potendo stimare il numero di utenti, una prima indicazione del peso del terzo settore riguardo ai servizi socio-assistenziali nel territorio toscano e fiorentino può essere ritrovata nel numero di soggetti attivi sul territorio. A questo proposito esistono due fonti principali, da un lato i registri e gli albi regionali del terzo settore<sup>59</sup>, mentre dall'altro il censimento delle istituzioni non profit condotto da Istat nel 2011.

In base ai dati forniti dalla Regione Toscana (Faraoni 2014 a) nel 2013 i soggetti del terzo settore formalmente riconosciuti nel territorio regionale erano circa 5.900, di cui il 55% associazioni di volontariato, il 35% di associazioni di promozione sociale e solo il 10% di cooperative sociali.

Per quel che riguarda le associazioni di volontariato formalmente riconosciute a livello toscano, il loro numero si aggira intorno alle 3.227 unità. Tra queste i settori di attività prevalenti sono quelli socio-sanitari, con circa il 34% attivo nel settore sociale, il 33% nella sanità e il 7% nel campo strettamente socio-sanitario. In merito alle associazioni di promozione sociale, in Toscana sono formalmente registrate circa 2.039 associazioni di cui tuttavia soltanto il 22% si occupa di temi connessi al sociale. Per ultimo l'albo regionale delle cooperative sociali riporta la presenza di 601 cooperative, di cui circa un 54% di Tipo A, un 41% di Tipo B, e un 5% di consorzi di cooperative sociali. Stando ai dati formali, il contesto toscano evidenzia la presenza di un forte tessuto associativo che si traduce in un indice pari a 1,6 realtà ogni 10'000 abitanti. In questo contesto Firenze mostra valori leggermente inferiori alla media regionale (1,4), in particolare per quel che riguarda le associazioni di volontariato con un indice di 7,2 contro una media regionale dell'8,7 (Faraoni 2014 a).

A fronte delle realtà formalmente registrate si osservano i dati emersi del Censimento delle istituzioni non profit condotto da Istat nel 2011, che mostrano un terzo settore molto più ampio e dinamico rispetto a quello formalizzato nei registri regionali. Si osserva infatti che nel 2011 erano attive in Toscana 23.899 organizzazioni, ovvero un numero circa quattro volte superiore rispetto a quelle iscritte nei registri regionali. La grande discrepanza tra le due fonti è da imputare prevalentemente alla grande diffusione delle associazioni non riconosciute che rappresentano circa il 68% del totale e che non sono incluse nei registri regionali. Inoltre in merito ai settori di attività, i dati Istat indicano che soltanto l'11% delle organizzazioni (2.658) censite si occupa di assistenza sociale e sanitaria.

Scendendo più nel dettaglio del contesto fiorentino, come evidenziato dalla tabella sottostante, non sorprende che le organizzazioni più numerose siano le Associazioni non riconosciute seguite dalle associazioni riconosciute, più strutturate e organizzate.

---

<sup>59</sup> Nel caso toscano si fa riferimento a: il Registro regionale delle associazioni di volontariato, il Registro regionale delle associazioni di promozione sociale e il Registro regionale delle cooperative sociali.

Tabella 13 Numero delle associazioni non profit nella Provincia di Firenze secondo il Censimento delle Istituzioni Non Profit.

<b>Dati Provincia di Firenze 2011</b>					
	<b>Organizzazioni totali</b>	<b>% su organizzazioni totali</b>	<b>Attive in sanità e assistenza sociale</b>	<b>% riga</b>	<b>% colonna</b>
<b>Coop sociali</b>	147	2,3%	80	54,4%	11,9%
<b>Ass. Riconosciuta</b>	1.470	22,6%	234	15,9%	34,8%
<b>Fondazione</b>	169	2,6%	31	18,3%	4,6%
<b>Ente ecclesiastico</b>	117	1,8%	26	22,2%	3,9%
<b>Soc. Mutuo Soccorso</b>	41	0,6%	12	29,3%	1,8%
<b>Ass. Non riconosciuta</b>	4.409	67,8%	280	6,4%	41,6%
<b>Comitato</b>	65	1%	4	6,2%	0,6%
<b>Tot</b>	6.497	100%	673	10,4%	100%

Fonte Elaborazioni dati ISTAT (2011)

Dai dati Istat sul contesto fiorentino emerge quindi un forte peso delle associazioni, sia riconosciute che non, nel settore dell'assistenza sociale, mentre le cooperative rappresentano solo il 12% delle organizzazioni attive nel settore. Tuttavia, si deve notare che molte associazioni nel campo dell'assistenza sociale si trovano oggi ad essere inattive o in una condizione di profonda difficoltà (Carboni, Elia e Tola, 2012) dovuta a una profonda modificazione del ruolo dell'associazionismo nell'erogazione dei servizi. Infatti come emerge dal rapporto CESVOT (Carboni, Elia e Tola, 2012) sui servizi alla non autosufficienza, le realtà associative maggiormente inserite nel sistema dei servizi socio assistenziale sono quelle maggiormente strutturate che possono sopportare i procedimenti di accreditamento richiesti dalla normativa regionale<sup>60</sup>. Queste associazioni possono spesso contare su una struttura regionale o nazionale che permette loro sia di essere maggiormente riconosciute dagli utenti sia di essere viste come interlocutori più affidabili da parte dei servizi sociali. Infatti, la maggiore capacità organizzativa di queste associazioni è coerente con la trasformazione funzionale dell'associazionismo sociale, che vede le associazioni non come soggetti sussidiari all'azione pubblica ma come veri e propri erogatori di servizi alla persona. Questo trasformazione può essere ricondotta, da un lato, alla necessità delle pubbliche amministrazioni di scaricare sul mondo dell'associazionismo i servizi ad alto contenuto relazionale che non erano più in grado di erogare per carenza di risorse. Dall'altro lato, associazioni hanno visto in questa dinamica un modo per legittimare il loro operato e per consolidare la loro identità.

Questo cambiamento funzionale si è concretizzato anche in una maggiore professionalizzazione degli operatori/volontari a cui non è più richiesto esclusivamente la disponibilità di tempo ma anche specifiche competenze in modo da soddisfare gli standard qualitativi richiesti. Tutti questi elementi riducono considerevolmente il numero delle associazioni effettivamente attive sul territorio. Un ulteriore elemento di difficoltà per le piccole associazioni può essere riscontrato nel calo generalizzato dei volontari in atto da alcuni anni (Carboni, Elia e Tola, 2012).

Si deve poi riscontrare una separazione abbastanza netta per quello che riguarda le aree di bisogno coperte dalle cooperative sociali e dalle associazioni. In particolare si osserva che, da un lato, le cooperative sociali si occupano principalmente di bisogni complessi legati alla grave non autosufficienza e che richiedono una particolare formazione degli operatori. Dall'altro lato, il mondo dell'associazionismo risulta particolarmente attivo nel presidiare il settore della fragilità piuttosto che quello della non autosufficienza. Questo avviene

<sup>60</sup> Si veda la Legge Regionale della Toscana n. 82 del 28/12/2009

sia perché le capacità richieste sono relativamente a basso contenuto specialistico, sia perché vi sono scarsi margini operativi in cui le cooperative si possono inserire.

Questa segmentazione degli interventi appare evidente se si considerano le differenze tra l'assistenza domiciliare portata avanti dalle coop sociali e l'assistenza domiciliare leggera delle associazioni. Quest'ultima infatti si caratterizza per essere di tipo puramente relazionale ovvero pensata per rispondere al problema della solitudine e dell'emarginazione sociale. Le associazioni non usano generalmente né Operatori Socio Assistenziali (OSA) né Operatori Socio Sanitari (OSS) che sono invece presenti nelle cooperative sociali. Il volontario non interviene né sull'igiene della persona né sull'ambiente domestico (Carboni, Elia e Tola, 2012).

Le associazioni si sono quindi ritagliate la loro area di intervento nella zona grigia tra fragilità e lieve non autosufficienza. Il grande valore aggiunto delle associazioni di volontariato consiste nella capacità di creare dei rapporti di fiducia con le persone anziane che permettono di incidere significativamente sulle azioni di monitoraggio e prevenzione, ritardando in questo modo lo scivolamento verso condizioni di non autosufficienza.

A questo proposito, un ragionamento deve essere fatto per due strutture particolarmente significative: le Reti di solidarietà e i Centri anziani del Comune.

Le Reti di solidarietà sono organizzazioni ibride di volontari nate nel 1997. Le reti sono infatti organizzazioni senza un preciso status giuridico, che operano in base a dei protocolli d'intesa siglati con i singoli quartieri, con la finalità di favorire una maggiore collaborazione tra le varie associazioni territoriali in modo da rispondere più efficacemente ai bisogni dei cittadini. Le associazioni presenti sul territorio possono aderire alle reti rendendosi disponibili a intervenire nei casi di bisogno che vengono segnalati. Le reti quindi svolgono sia un'importante funzione di ascolto dei bisogni che di monitoraggio delle risorse attive sul territorio. Infatti, quando vengono contattate da un cittadino o da un assistente sociale possono fornire le informazioni sulle associazioni attive su territorio e attivarsi cercando coinvolgere le associazioni per fornire una risposta. Le reti di solidarietà rappresentano quindi una realtà interessante per la loro capacità di avere il polso della situazione e per la loro azione di orientamento dei cittadini verso le risposte associative territoriali. Tuttavia, nonostante molti elementi interessanti, si devono riscontrare alcune profonde criticità. In primo luogo, l'organizzazione basata sul quartiere ha generato dei modelli di rete profondamente diversi da quartiere a quartiere. In secondo luogo non appare esserci una condivisione sul ruolo stesso delle reti che secondo le intenzioni del Comune dovrebbero limitarsi ad essere un'area di ascolto e raccordo tra le associazioni e la pubblica amministrazione.

Una seconda realtà particolarmente interessante nel contesto cittadino è rappresentata dai Centri anziani del Comune di Firenze. Si tratta di un ampio numero di associazioni composte da anziani pienamente autosufficienti che offrono servizi ricreativi, formativi e culturali per i loro soci. I Centri anziani sono quindi dei luoghi di aggregazione in cui le persone anziane possono coltivare la loro vita relazionale evitando l'isolamento. Inoltre, sebbene le attività cambino da associazione a associazione, all'interno di molti Centri anziani vengono realizzati numerose iniziative volte alla promozione dei corretti stili di vita, all'alfabetizzazione informatica e più in generale all'informazione della persona anziana. Attualmente, nei vari quartieri della città, sono attivi circa 26 Centri anziani, sebbene il numero di associati vari molto da centro a centro. Pur essendo totalmente indipendenti queste associazioni ricevono un sostegno importante da parte del Comune di Firenze, che fornisce loro una sede e partecipa al pagamento delle utenze. Sebbene queste associazioni rappresentino un importante aggregatore sociale e un valido strumento di contrasto all'isolamento, le potenzialità dei Centri anziani non sembrano essere sfruttate a pieno in una logica attivazione e messa a rete delle risorse sociali. I centri anziani potrebbero infatti rappresentare i luoghi ideali per programmi di monitoraggio e mutuo sostegno tra anziani. Tuttavia, come emerso più volte dalle interviste, i precedenti tentativi di integrazione con i servizi sociali si sono rivelati particolarmente



complessi. In particolare, un progetto volto a includere nei Centri anziani alcuni utenti dei Centri diurni, quindi con bisogni assistenziali più complessi, non ha portato i risultati sperati lasciando queste persone in uno stato di isolamento. Per sfruttare maggiormente le potenzialità dei centri anziani appare necessario modificare le modalità di intervento al fine di renderli uno strumento di contrasto alla perdita di autonomia ancora più efficace.

Dopo aver delineato in questo paragrafo la struttura dei servizi socio assistenziali presenti nel territorio fiorentino, la prossima sezione si concentrerà nel rappresentare in modo dinamico alcune criticità emerse dalla realizzazione delle interviste.

## 2.8 Gli attori coinvolti nell'assistenza agli anziani: interazioni e spunti di riflessione

Come emerso nel precedente capitolo, il sistema dei servizi assistenziali nel territorio fiorentino sta subendo importanti trasformazioni, sia nella struttura organizzativa che nelle funzioni ricoperte dai vari soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani. Per cercare di cogliere maggiormente queste trasformazioni e le modalità che regolano i rapporti tra i vari soggetti, sono stati interpellati numerosi attori chiave nell'assistenza agli anziani. Nello specifico sono state realizzate 32 interviste semi-strutturate a personalità selezionate<sup>61</sup> in modo da rappresentare la grande varietà di soggetti coinvolti nei vari aspetti dell'assistenza all'anziano. In particolare le categorie di soggetti intervistati comprendono:

- Servizi sociali professionali del Comune di Firenze e di comuni limitrofi (4 interviste);
- Realtà associative e del volontariato (14 interviste);
- Cooperative sociali (6 interviste);
- Amministratori e quadri dirigenti del Comune di Firenze (3 interviste);
- Ricercatori, esperti e docenti universitari (5 interviste)<sup>62</sup>.

Tramite la realizzazione di queste interviste è stato possibile delineare con maggiore dettaglio le criticità percepite dai vari attori all'interno dell'attuale struttura di servizi assistenziali agli anziani. Inoltre, grazie al coinvolgimento degli intervistati, è stato possibile far emergere alcuni aspetti relativi alle modalità di collaborazione tra il terzo settore e il soggetto pubblico.

Nello specifico, il seguente paragrafo si concentrerà prima sull'analisi delle specificità dei servizi sociali professionali e delle modalità di interazione con il terzo settore. Successivamente, il paragrafo affronterà le particolarità del mondo dell'associazionismo e delle cooperative sociali.

### 2.8.1 I servizi sociali professionali e le interazioni con il terzo settore.

In questa sezione, ci concentreremo nel riportare il lavoro di sintesi e interpretazione svolto a seguito delle numerose interviste effettuate in merito alle criticità riscontrate nel sistema di servizi assistenziali gestiti dal settore pubblico.

In prima battuta si deve ricordare che al momento della stesura della presente ricerca si osserva una situazione di incertezza dettata sia dalla recente autonomia di spesa della Società della Salute, sia dalla riorganizzazione dei servizi sociali professionali. Nei vari incontri effettuati, gli operatori sociali intervistati hanno indicato varie possibili motivazioni e spunti di riflessione sul mutamento avvenuto nei servizi sociali. In primo luogo, è stato sottolineato come una riorganizzazione dei servizi fosse necessaria per garantire una maggiore uniformità di risposta a livello cittadino. È stato riscontrato infatti, che le prestazioni erogate variano spesso tra un assistente sociale e l'altro anche in presenza di bisogno analoghi. Per questo motivo, gli operatori pubblici intervistati hanno indicato la necessità di una riforma in modo da assicurare un

---

<sup>61</sup> Per maggiori dettagli sui criteri di selezione e sulla metodologia di indagine si rimanda al capitolo tre.

<sup>62</sup> Si rimanda all'appendice per maggiori dettagli.

sistema di risposte coerente tra i vari quartieri della città. Queste motivazioni, del tutto condivisibili, offrono una spiegazione dell'obiettivo della riforma organizzativa del servizio sociale professionale, ma non permettono di chiarire le ragioni sottostanti alla scelta di orientare l'azione comunale verso le fasi acute del bisogno.

A questo proposito, è stato sottolineato da vari soggetti interpellati nel corso della ricerca che l'orientamento dei servizi verso i bisogni assistenziali più complessi sembra maggiormente dettato da esigenze di bilancio, più che dalla volontà di aumentare l'appropriatezza degli interventi. Concentrarsi su bisogni ben codificabili, così come avviene in sanità, permette infatti di standardizzare le risposte con evidenti vantaggi per il gestore del servizio. Infatti, solo per fare un esempio, si pensi ai vantaggi nella programmazione delle risposte o alla maggiore completezza nei contratti di affidamento del servizio alle cooperative. Strutturare un sistema di risposte abbastanza rigido può essere funzionale e efficiente nel contrastare le fasi acute, ma risulta totalmente inadeguato per agire preventivamente e nelle fasi iniziali, dove i bisogni sono sfumati e poco schematizzabili.

In una fase di carenza di risorse, concentrarsi nel dare risposta alle fasi acute del bisogno è comunque una scelta comprensibile sebbene molto ancorata a una logica di intervento difensivo. A questo proposito, dalle interviste con gli operatori pubblici, è emerso che molto spesso gli anziani entrano in contatto con i servizi sociali professionali solamente nelle fasi acute del bisogno, o in altri termini, quando le famiglie non riescono più a far fronte da sole a situazioni di bisogno particolarmente strutturate. Quest'ultimo elemento però si può prestare a interpretazioni ambivalenti. Se da un lato l'accesso ai servizi nelle fasi avanzate del bisogno può rappresentare una logica giustificazione per concentrare le risposte su questa tipologia di bisogni, dall'altro può essere anche una possibile conseguenza della mancanza di interventi di prevenzione e di sostegno, anche alle famiglie, nelle fasi iniziali del bisogno. A questo proposito infatti, la quasi totalità dei soggetti interpellati sembrano concordi nell'affermare come gli interventi rivolti alla fragilità assumano un ruolo di relativa marginalità rispetto alle altre aree di intervento. Inoltre, queste azioni sembrano spesso mancare di una progettualità integrata e di ampio respiro, la cui realizzazione viene poi delegata quasi esclusivamente al mondo dell'associazionismo che si trasforma in questo modo in un erogatore di servizi.

Un'ulteriore criticità dei servizi sociali professionali riscontrata dagli intervistati, riguarda la modalità stessa di erogazione delle prestazioni rivolte alla domiciliarità e alle fasi meno acute del bisogno. L'attuale sistema di risposte assistenziali sembra infatti essere caratterizzato da un insieme frammentato di risposte specifiche, come ad esempio l'igiene personale o la consegna dei pasti, che garantiscono un supporto solo per qualche ora la settimana. Manca quindi un'assistenza più continuativa che permetta l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e reale supporto con l'operatore. La presenza di una figura di riferimento, che sia fisicamente presente per l'assistito, è stata indicata da vari intervistati, sia del terzo settore che dei servizi sociali, come uno degli elementi fondamentali per un servizio socio-assistenziale di qualità. L'importanza della presenza di una figura costante è forse uno di motivi che contribuisce a spiegare anche la grande diffusione degli assistenti familiari. La mancanza di una persona di riferimento, fisicamente presente per l'assistito, ha probabilmente contribuito a generare delle aspettative errate sul ruolo dell'assistenti sociali, il cui compito è sì quello di seguire il percorso assistenziale dell'anziano ma senza un contatto costante con l'assistito. La mancanza di una figura con queste caratteristiche risulta essere una lacuna particolarmente significativa per i *care giver* familiari che in alcuni casi, come emerso dalle interviste, necessiterebbero di poter contare su figure stabili capaci di fornire loro risposte o ascolto. Questo aspetto risulta molto importante in quanto i servizi attualmente rivolti alle famiglie si limitano a fornire esclusivamente un contributo economico che, seppur utile, non trasferisce loro alcuna competenza per sostenere più adeguatamente l'anziano, sia a livello pratico che sul piano psicologico e sociale.

A questo proposito, le persone intervistate all'intero dei servizi sociali hanno visto con particolare dispiacere e preoccupazione la progressiva riduzione degli operatori socio assistenziali del Comune dettata

dalle esigenze di bilancio. Questi operatori, a differenza di quelli delle cooperative sociali, sono infatti caratterizzati da una maggiore attenzione all'aspetto relazionale e da una gestione del tempo più flessibile. Queste caratteristiche sono state per anni un valore aggiunto della risposta pubblica nell'istaurare un rapporto di fiducia con l'anziano e i suoi familiari e nel gestire più efficacemente le fasi cruciali della presa in carico, come ad esempio l'aggancio dell'utente da parte dei servizi. Possono infatti servire settimane per entrare in contatto con l'utente e a volte gli operatori delle cooperative non hanno la disponibilità di tempo necessarie. Attualmente però gli operatori pubblici sono impiegati esclusivamente per il servizio di Pronto Sociale e per esigenze di bilancio sembra che non siano previste nuove assunzioni allo scadere degli attuali contratti.

Il quadro che emerge dalle interviste con i vari soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani sembra confermare l'analisi normativa fatta nel capitolo precedente, in cui si indicava un progressivo e costante arretramento del settore pubblico nell'erogazione diretta delle prestazioni assistenziali. In particolare, se da un lato i servizi di assistenza più strutturati sono a carico delle cooperative sociali e della Asp Montedomini, dall'altro lato le associazioni di volontariato si stanno facendo carico sempre più di quella gamma di prestazioni volte a dare assistenza leggera e relazionale. Da questo punto di vista risulta interessante osservare come dalle interviste si delinea un insieme di relazioni complesse tra il mondo del terzo settore e l'operatore pubblico, caratterizzato da collaborazione ma anche da alcuni elementi di conflittualità.

Per quel che riguarda il variegato mondo dell'associazionismo, la relazione con il Comune e i servizi sociali è molto variegata. Se da un lato le associazioni rappresentano una risorsa ormai fondamentale per l'erogazione di determinate prestazioni, dal trasporto sociale alla spesa a domicilio, dall'altro lato è emerso dalle interviste una certa difficoltà da parte dei servizi nel fare affidamento sulle associazioni per l'erogazione di prestazioni stabili nel tempo. Inoltre, se da un lato il comune sostiene molte realtà, fornendo loro canoni agevolati o altre forme di supporto, dall'altro lato le associazioni sentono su di loro la crescente pressione del comune che richiede sempre maggior supporto nell'erogazione dei servizi. Tuttavia, è opportuno sottolineare come la progressiva trasformazione del ruolo dell'associazionismo sia vissuta in modo molto diverso, e a volte conflittuale, tra le varie associazioni<sup>63</sup>. Se infatti alcune percepiscono in questo nuovo rapporto l'occasione per migliorare i propri servizi ed affermare la propria identità, altre ancora evidenziano il rischio di una deresponsabilizzazione del soggetto pubblico. È interessante notare come le maggiori difficoltà di collaborazione tra i servizi sociali e le associazioni siano concentrate nel mondo dell'associazionismo formale, alla forte ricerca di una propria identità, rispetto alle associazioni o gruppi informali.

Per quel che riguarda la relazione tra il pubblico e le cooperative sociali, dall'insieme delle interviste sono emersi principalmente due spunti di riflessione riguardanti: il sistema di accreditamento e le competenze relazionali degli operatori delle cooperative. In particolare, le cooperative sociali vedono nel sistema di accreditamento un insieme di vincoli eccessivamente stringenti, che portano a dei servizi standardizzati, e non permettendo dei margini di innovazione alle cooperative. Dall'altro lato, molti intervistati, sia all'interno che all'esterno del settore pubblico, hanno sottolineato come gli operatori delle cooperative, pur disponendo di un'elevata professionalità, presentino delle competenze meno orientate a curare gli aspetti relazionali dell'anziano. Riguardo a quest'ultimo punto, è stato ripetutamente fatto notare dagli intervistati che il soggetto pubblico non ha mai richiesto alle cooperative di curare l'aspetto socio-relazionale dell'anziano, con evidenti ripercussioni sulle tipologie di competenze richieste agli operatori delle cooperative sociali. Sollecitati su questo aspetto, alcuni intervistati del settore pubblico hanno evidenziato come questa mancata richiesta non sia una questione di scarsa attenzione del pubblico all'aspetto relazionale, quanto invece una situazione derivante dalla carenza di risorse.

---

<sup>63</sup> Per maggiori approfondimenti si rimanda a Carboni, Elia e Tola (2012)

Passando alle difficoltà riscontrate dal terzo settore relativamente al sistema di accreditamento, molti intervistati hanno infatti sottolineato che, seppur necessario per gestire un sistema complesso, il meccanismo di accreditamento rappresenta un elemento di forte rigidità per le imprese. Tale rigidità si traduce spesso in una mera erogazione dei servizi previsti dall'accREDITAMENTO, senza prevedere alcun tipo di innovazione.

Un'ulteriore criticità riscontrata dagli intervistati nell'introdurre servizi innovativi riguarda l'attuale sistema delle sperimentazioni. Ad oggi infatti, le sperimentazioni realizzate hanno pochissime possibilità di essere messe a sistema nonostante conseguano risultati positivi. Inoltre, non esiste un elenco delle sperimentazioni in essere e solo alcune possono vantare di un sistema di valutazione indipendente che ne accerti i risultati. L'attuale sistema delle sperimentazioni, per come emerge dalle interviste con esperti e soggetti del terzo settore, sembra essere basato su interventi singoli, spesso suggestivi, ma che non riescono a entrare a sistema per carenza di fondi o per la mancanza di una progettualità sistemica di fondo. Queste sperimentazioni si traducono quindi spesso in interventi isolati, limitati nel tempo, che dopo la fine del finanziamento pubblico restano confinati nel mercato privato con le potenziali barriere all'accesso per le fasce più vulnerabili della popolazione.

Per quel che riguarda la collaborazione tra i vari attori coinvolti nell'assistenza agli anziani, molti interlocutori coinvolti nella ricerca hanno evidenziato la crescente necessità di mettere in rete le risorse presenti sul territorio, in modo da continuare a offrire servizi di qualità nonostante i crescenti vincoli di bilancio. A questo proposito, è stato sottolineato come la criticità principale alla costituzione di una rete sia di carattere culturale, spesso ostacolata da dinamiche identitarie o corporativistiche, piuttosto che di natura tecnica o procedurale. Tuttavia, è stato evidenziato come sia fondamentale far comprendere l'importanza della collaborazione ai soggetti chiave che entrano in contatto con l'utente, si pensi ad esempio al medico di famiglia o all'assistente sociale.

Per concludere questo paragrafo, il quadro d'insieme che emerge dagli incontri con i vari soggetti intervistati è quello di un settore pubblico in forte trasformazione, che presenta alcune criticità importanti per quel che riguarda i servizi socioassistenziali per la fragilità e la lieve non autosufficienza. In particolare, nonostante la presenza di interessanti progetti, sembrerebbe emergere la mancanza di una progettualità strategica sulle fasi iniziali del bisogno, preferendo concentrarsi su un approccio maggiormente difensivo rivolto alla grave non autosufficienza. Inoltre, per carenza di risorse, il servizio pubblico sembra diventare sempre più un semplice gestore del servizio, mentre l'erogazione diretta delle prestazioni è affidata al terzo settore e in particolare alle associazioni per quel che riguarda gli interventi leggeri. Diventa quindi necessario rendere efficaci le collaborazioni esistenti e trovare nuove modalità collaborative tra gli attori coinvolti nell'assistenza agli anziani.

### 2.8.2 Il terzo settore: l'associazionismo e le cooperative sociali

Il sistema di attori coinvolti nell'assistenza agli anziani si estende ben oltre i soggetti pubblici coinvolgendo un complesso insieme di realtà del terzo settore che vanno dall'associazionismo alle imprese sociali. In questo paragrafo saranno riportati i principali spunti emersi dalle interviste in merito alla trasformazione del terzo settore con particolare attenzione al mondo dell'associazionismo, la cui area di intervento sembra maggiormente connessa al target group della ricerca.

Per quel che riguarda il mondo dell'associazionismo, dalle interviste con le varie associazioni coinvolte nella ricerca, è emersa una realtà molto frastagliata, con molte piccole associazioni e alcuni grandi soggetti ben strutturati, in cui i rapporti sono talvolta influenzati da rivalità e pulsioni identitarie. La collaborazione tra le varie associazioni è percepita dalle realtà intervistate come un processo faticoso, che tende a realizzarsi principalmente in occasione della presentazione di bandi o singoli progetti, mentre nei restanti casi c'è la tendenza ad agire da soli. In particolare, si riscontra una forte distinzione tra le grandi associazioni, che possono contare su una struttura nazionale o regionale, e le piccole associazioni nate a livello locale. Infatti

il mondo dell'associazionismo sta attraversando un momento di profonda trasformazione, dettato sia da una crescente professionalizzazione degli operatori, sia dalla progressiva crisi del volontariato.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda la mutata funzione delle associazioni, che sempre più sono chiamate a fornire servizi sociali. Molti intervistati nel mondo dell'associazionismo hanno infatti sottolineato come il loro ruolo si stia trasformando da attore sussidiario all'azione pubblica a diretto erogatore di prestazioni sociali. Questa trasformazione, dettata dalla crescente richiesta di supporto da parte dei servizi pubblici, ha portato il mondo dell'associazionismo a offrire servizi sempre più basati sulla professionalità e sempre meno sulla buona volontà o sulla disponibilità di tempo dei volontari. Inoltre, spostandosi verso l'erogazione diretta delle prestazioni, le grandi associazioni risultano più idonee rispetto alle piccole realtà nel garantire una maggiore stabilità del servizio, potendo contare su un numero maggiore di volontari che possono farsi carico delle varie incombenze senza gravare troppo sul singolo volontario. Questo processo è stato poi accelerato dall'approvazione di un sistema di accreditamento anche per le realtà associative che, a detta delle associazioni interpellate, ha rappresentato una sorta di sistema di selezione per quelle realtà non sufficientemente strutturate da garantire la qualità dei servizi richiesti.

Questa trasformazione è vissuta in modo abbastanza difforme all'interno del mondo associativo. Alcuni infatti, vedono in questo processo l'occasione per affermare la loro identità e garantire ai cittadini un supporto migliore e qualificato. Inoltre, il mutato contesto viene visto come un'occasione per portare all'interno del mondo associativo nuove competenze, ad esempio nel campo della progettazione di bandi, che erano tradizionalmente latenti tra le piccole realtà. Dall'altro lato tuttavia, alcune realtà coinvolte nella ricerca hanno sottolineato le criticità di questa trasformazione, evidenziando come venga snaturato il ruolo sussidiario delle associazioni. Inoltre, l'aumento di professionalità e di impegno richiesto agli associati e ai volontari potrebbe essere una delle concause di quella che molti intervistati hanno chiamato la "crisi del volontariato".

Infatti, sebbene limitatamente ad alcuni aree di intervento, si deve riscontrare una forte diminuzione sia di volontari che di realtà associative attive sul territorio. Questo fenomeno, secondo le associazioni coinvolte, è da attribuire sia al maggiore impegno richiesto ai volontari sia al mutato contesto sociale. L'aumento dell'età pensionabile e la minore partecipazione degli studenti universitari ha ridotto fortemente il bacino di volontari attivi nelle varie associazioni, in particolare nel settore dell'assistenza agli anziani. L'esperienza del servizio civile e l'aumento del numero dei disoccupati hanno portato nuova linfa alle associazioni seppure molti intervistati rimangono preoccupati per la riduzione del numero dei volontari.

Dalle interviste realizzate con i soggetti del terzo settore, emerge che il rapporto con il soggetto pubblico non è sempre facile, nonostante ci sia la volontà di collaborare da entrambe le parti. Da un lato infatti si riducono le risorse messe a disposizione dal Comune in favore delle associazioni, mentre dall'altro, il pubblico richiede un impegno sempre maggiore ai soggetti del terzo settore. In particolare, una criticità emersa in maniera chiara è l'assenza di meccanismi di efficaci di coordinamento tra le associazioni e la pubblica amministrazione. Le reti di solidarietà promosse dal Comune risultano essere molto diverse tra loro e non riescono a fare da ponte tra le associazioni e l'amministrazione. Le associazioni da parte loro lamentano da un lato, trattamenti impari a favore delle grandi realtà associative che hanno una capacità di incidenza maggiore, e dall'altro la mancanza di inclusione delle associazioni nelle fasi di programmazione degli interventi. A questo proposito è emerso dalle interviste come l'attuale riforma dei servizi sociali professionali e della Società della Salute dovrebbero prevedere un maggiore coinvolgimento delle associazioni anche nella fase di progettazione dei servizi. Inoltre, analogamente al caso dei volontari, viene riscontrato un mutato comportamento con i beneficiari dei servizi. Se fino ad oggi le associazioni si sono aspettate che il beneficiario le chiamasse, oggi molte associazioni si stanno interrogando su come progettare i servizi in modo da raggiungere i beneficiari.

Ai soggetti del terzo settore è stato chiesto anche quali vantaggi potesse offrire il mondo dell'associazionismo nell'erogazione dei servizi, escludendo i semplici benefici economici per la pubblica amministrazione. Le risposte principali indicano nella vicinanza ai bisogni l'elemento distintivo dell'azione delle associazioni. Questa vicinanza permette di avere maggiori capacità, rispetto ai servizi tradizionali, di leggere e interpretare i bisogni delle persone. Inoltre, spetta spesso alle associazioni supplire alle asimmetrie informative tra le famiglie e i servizi, ascoltando i problemi delle persone e cercando di aiutare le famiglie a superare la loro frattura emotiva/cognitiva. Gli intervistati hanno anche evidenziato come le associazioni godano di una maggiore flessibilità rispetto ad altri soggetti del terzo settore, potendo quindi essere più libere di introdurre elementi innovativi nonostante ci sia una minore tradizione culturale all'innovazione. Inoltre, si è riscontrato tra gli operatori del terzo settore un sentimento abbastanza contrastante rispetto alle pratiche di mutuo aiuto. Alcuni infatti si sono dichiarati fortemente scettici mentre altri si mostrati favorevoli a queste tipologie di pratiche, pur riconoscendo che senza un importante lavoro di mediazione tra i soggetti coinvolti queste esperienze si rivelano fallimentari.

Una volta riportati le riflessioni in merito al mondo dell'associazionismo si riportano di seguito gli spunti emersi dagli incontri con i soggetti del terzo settore in merito al mondo delle cooperative sociali.

Dalle interviste coi vari soggetti coinvolti nell'assistenza all'anziano, è emerso chiaramente come le cooperative siano generalmente orientate a fornire prestazioni assistenziali rivolte a fasi del bisogno più acuto, offrendo servizi ancora limitati per quel che riguarda la fragilità degli anziani. Questo è probabilmente la conseguenza del fatto che la fragilità è associata a bisogni non ancora espressi e quindi difficilmente trattabili. Tuttavia le cooperative risultano degli attori chiave per quel che riguarda l'assistenza a persone lievemente non autosufficienti con bisogni maggiormente strutturati. A questo proposito dalle interviste è emerso che le cooperative tendono ad offrire servizi che non pongono particolare attenzione alla componente relazionale dell'anziano, limitandosi invece a erogare prestazioni assistenziali che seppure di qualità risultano maggiormente tradizionali. Le persone interpellate sia nel pubblico che nel mondo cooperativo, hanno attribuito questa mancanza, da un lato, al fatto che tradizionalmente le cooperative si siano concentrate sulla qualificazione del lavoro e sugli aspetti contrattuali, mentre dall'altro lato viene sottolineato come la componente relazionale non sia mai stata richiesta dal gestore pubblico del servizio.

Rispetto alla minor attenzione agli aspetti relazionali e psicologici dell'anziano, si deve però riscontrare una crescente attenzione da parte di alcune cooperative intervistate. In particolare si è constatato in alcuni soggetti un cambio di approccio nei confronti dell'anziano, non visto più come un soggetto incapace a cui fornire delle semplici prestazioni assistenziali, ma come una persona le cui riserve funzionali devono essere stimolate e preservate. In altri termini, si riscontra in alcune cooperative l'abbandono di una logica puramente assistenziale a favore di un mantenimento delle riserve funzionali dell'anziano.

Relativamente alle relazioni che le cooperative hanno nei confronti degli altri soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani, gli intervistati hanno individuato alcune importanti criticità. Per quel che riguarda le associazioni è stato riscontrato un sentimento contrastante. Se infatti da un lato viene riconosciuta alle associazioni un importante ruolo per quel che riguarda la componente relazionale e l'assistenza leggera, dall'altro lato la crescente funzione di erogatori di servizi assunta dalle associazioni sembra destare preoccupazione nel mondo delle cooperative sociali.

Per quel che riguarda i rapporti con il pubblico alcuni intervistati hanno sottolineato come il ruolo del privato nell'assistenza agli anziani non sia ancora ben codificato in Toscana. In particolare è stato evidenziato come il mercato privato di servizi socio-assistenziali non sia ancora particolarmente sviluppato, vedendo ancora nella pubblica amministrazione il principale committente di prestazioni. In questo contesto, il privato è ancora relegato alla semplice funzione di erogatore di servizi senza avere impatti nella loro gestione. In termini maggiormente pratici, gli intervistati hanno fortemente criticato l'attuale sistema

di accreditamento che, secondo loro, impone dei costi molto elevati alle imprese e vincola le imprese a offrire dei servizi eccessivamente codificati limitando in questo modo le possibili innovazioni.

Relativamente alle possibili innovazioni sono emerse le criticità relative all'attuale sistema delle sperimentazioni come illustrate nel precedente paragrafo. Inoltre è stato evidenziato come la realizzazione o meno di progetti sperimentali sia spesso semplicemente legata ai rapporti di fiducia e stima che si instaurano tra i dirigenti delle cooperative e della pubblica amministrazione.

Un ulteriore elemento di criticità sollevato da alcuni intervistati riguarda l'attuale concezione della presa in carico. In particolare dal mondo delle cooperative è emerso che l'attuale sistema di presa in carico basato sul bisogno individuale potrebbe essere affiancato da un sistema basato sulla prossimità. In particolare questo nuovo approccio potrebbe favorire sia l'erogazione di prestazioni multiple a più soggetti, contenendone quindi i costi, sia l'attivazione delle risorse di prossimità capaci di aumentare il capitale relazionale degli anziani. Tuttavia questo sistema per quanto possa portare a dei risultati interessanti, come dimostra anche in parte l'esperienza del Centro sociale di Lastra a Signa, richiede la presenza degli assistiti in un contesto geografico di prossimità cosa difficilmente realizzabile all'esterno di una struttura residenziale. Quest'ultimo elemento sarà approfondito nel prossimo capitolo dedicato alle innovazioni sociali attualmente in atto nel territorio comunale e regionale.

## 2.9 Accesso ai servizi e riforma ISEE

Una volta descritta l'offerta territoriale dei servizi sociali rivolti agli anziani, risulta necessario approfondire i criteri che regolano l'accesso a tali servizi.

In primo luogo, è bene sottolineare che a livello nazionale le prestazioni sociali non rappresentano un diritto soggettivo così come accade in ambito sanitario con la definizione dei livelli essenziali di assistenza. Ne consegue che l'accesso ai servizi sociali non rappresenta un diritto imprescindibile del cittadino ma viene subordinato alla disponibilità di risorse dell'erogatore delle prestazioni sociali.

Nel contesto regionale hanno diritto di accedere agli interventi del servizio sociale tutti i cittadini residenti nel territorio toscano rivolgendosi ai servizi sociali del proprio comune. Hanno accesso ai servizi anche alcune particolari categorie di soggetti che non risiedono sul territorio regionale come:

- I minori di qualsiasi nazionalità presenti sul territorio regionale;
- Le donne straniere in stato di gravidanza;
- Gli stranieri con permesso umanitario o con permesso di soggiorno;
- I richiedenti asilo e i rifugiati.

La Toscana, come altre regioni, (Gori e Rusmini 2014) in mancanza dell'attuazione a livello nazionale ha cercato di introdurre indirettamente dei livelli essenziali delle prestazioni sociali per garantire un'uniformità delle risposte sociali su tutto il territorio regionale. In Toscana l'obiettivo di equità territoriale è stato perseguito sia cercando di garantire uguali risposte a situazioni di bisogno analogo, come è stato mostrato nel caso del Progetto di assistenza continuativa alla persona non autosufficiente, sia attuando strumenti perequativi per la redistribuzione delle risorse, come ad esempio il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRN) o il Fondo Sociale Regionale (FSR). Nonostante questi passi avanti, all'interno del territorio regionale rimangono significative differenze nella qualità e nell'offerta dei servizi sociali (MeS, 2013).

L'accesso ai servizi sociali è quindi di tipo universalistico ma vincolato alla disponibilità di risorse dell'erogatore, sia esso il Comune o la SdS di riferimento. In questo contesto, la situazione economica dell'utente, calcolata con indicatore ISEE, non rappresenta una barriera formale all'accesso, ma serve

esclusivamente a determinare il livello di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente. Inoltre, l'accesso ad alcune prestazioni è vincolato al verificarsi di determinati livelli soglia di bisogno assistenziale, come ad esempio accade con i contributi economici implementati con il FRN che possono essere erogati solo per livelli di Isogravità maggiori o uguali al terzo. Sebbene la condizione economica dell'utente non rappresenti una barriera formale all'accesso, si deve notare che i criteri di compartecipazione alla spesa possono determinare delle barriere informali. Questo elemento risulta particolarmente significativo per le situazioni caratterizzate da gravi non autosufficienti o malattie neuro-degenerative in cui i costi assistenziali, diretti e indiretti, sono particolarmente gravosi. I più colpiti da questa situazione sono i ceti medio bassi che si possono venire a trovare nella condizione di non essere: né sufficientemente poveri per accedere alle esenzioni e né sufficientemente abbienti da poter sostenere il carico assistenziale ((Baldini et al., 2008). Questo tema è di fondamentale importanza perché aumenta sensibilmente la vulnerabilità delle famiglie in un contesto dove sono sempre più evidenti nuove sacche di povertà. Seppure questo tema sia particolarmente significativo per i bisogni più complessi, non si può trascurare l'impatto anche sui bisogni sociali più semplici di cui solitamente si devono fare interamente carico le reti familiari. A questo proposito, si deve notare che una tra le principali barriere all'accesso per le categorie più vulnerabili è rappresentata non solo dalla mancanza di risorse economiche ma anche dalla mancanza di adeguati strumenti per reperire le informazioni e gestire i relativi procedimenti amministrativi. A titolo di esempio, si pensi alla selezione e successiva contrattualizzazione delle assistenti familiari che spesso risulta particolarmente gravosa per le famiglie (Pasquinelli e Rusmini 2013).

In questo contesto, si deve inoltre registrare la riforma delle modalità di calcolo dell'ISEE introdotta dal Governo con il DPCM 159/13. Questa riforma comporta importanti impatti sia in termini distributivi che di gettito, introducendo un elemento di incertezza per quel che riguarda i bilanci Comunali.

Dopo queste premesse di carattere generale è possibile analizzare più dettagliatamente il contesto fiorentino. Ai fini della ricerca, è possibile fare riferimento a due regolamenti recentemente approvati dall'assemblea dei soci della SdS di Firenze<sup>64</sup> che regolano:

- Le prestazioni sociali e socio-sanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità e non autosufficienza;
- L'ospitalità delle persone anziane e adulte con disabilità presso residenze sanitarie assistenziali, residenze assistite e strutture equiparabili;

All'interno di questi regolamenti si articolano più dettagliatamente i principi generali espressi dalla normativa regionale in particolare per quel che riguarda il funzionamento delle dinamiche di accesso e le modalità di calcolo delle compartecipazioni degli utenti.

Per quel che riguarda l'accesso ai servizi, hanno diritto di usufruire delle prestazioni sociali tutti i cittadini residenti nel Comune di Firenze che si trovino in una condizione di bisogno sociale. A seguito di una valutazione professionale del bisogno ad opera di un assistente sociale, viene elaborato il Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) contenente le prestazioni sociali di cui l'utente ha diritto. Qualora non vi siano risorse sufficienti per erogare una o più prestazioni del PAP l'utente viene inserito in lista di attesa la cui graduatoria varia a seconda dei servizi richiesti. Nel caso dei contributi economici connessi a situazioni di grave non autosufficienza così come per i centri diurni per non autosufficienti la graduatoria viene determinata da un punteggio calcolato in base: al livello di Isogravità, all'indice di adeguatezza della condizione ambientale e ai giorni di permanenza in lista di attesa.

Per quel che riguarda le prestazioni sociali rivolte verso bisogni meno complessi, la graduatoria è determinata in ordine cronologico dal giorno di definizione del PAP. Tuttavia gli interventi rivolti a persone

---

<sup>64</sup> Si veda la Delibera dell'Assemblea dei Soci della Società della Salute di Firenze n.10 del 30/12/2014



disabili o anziane con livelli di isogravità maggiori del terzo hanno priorità all'interno della lista, nella logica di fornire risposte in via prioritaria alle fasi più acute del bisogno. Questo dato potrebbe spiegare la minor percentuale di prestazioni erogate ad anziani fragili e lievemente non autosufficienti.

Oltre ai criteri di accesso, gli stessi regolamenti disciplinano anche le modalità di calcolo per la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni erogate. In particolare viene effettuata una distinzione abbastanza netta tra servizi residenziali e servizi domiciliari e semiresidenziali. Si deve notare tuttavia che la riforma del calcolo ISEE ha comportato una situazione di incertezza per i bilanci comunali e pertanto, le modalità riportate in questo paragrafo *“avranno valenza sperimentale, e pertanto saranno oggetto di costante monitoraggio e eventuale successiva revisione”* (Delibera n.10 del 30/12/2014).

### 2.9.1 Servizi domiciliari e semiresidenziali

Per quel che riguarda i servizi domiciliari e semiresidenziali, il concorso dell'utente alle prestazioni sociali previste all'interno del Piano di Assistenza Personalizzato può avvenire o come effettiva compartecipazione al costo della prestazione erogata, o come eventuale riduzione dell'importo dei trasferimenti monetari.

Le modalità di calcolo del regolamento prevedono che l'utente non sia tenuto al concorso delle spese se è titolare di un indicatore ISEE inferiore alla soglia di esenzione fissata a 7.500 euro. Viceversa l'utente è tenuto a coprire l'intero costo della prestazione qualora: 1) abbia un ISEE superiore alla soglia di massimo concorso fissata a 26.000 euro; 2) presenti un Indicatore della Situazione Patrimoniale Equivalente superiore a 75.000 euro

Per tutti gli utenti con un ISEE superiore alla soglia di esenzione la compartecipazione al costo del PAP viene stabilita proporzionalmente tramite la seguente equazione:

$$\frac{\text{ISEE} - \text{soglia di esenzione}}{\text{Soglia di massimo concorso} - \text{soglia di esenzione}}$$

Inoltre si deve notare che in condizioni eccezionali di particolare disagio socio-economico è possibile presentare istanza per ottenere delle agevolazioni migliori. Queste istanze possono essere presentate dopo l'approvazione dei servizi sociali motivata da una relazione dettagliata in cui si delineano gli elementi non catturati dall'indicatore ISEE.

### 2.9.2 Servizi residenziali

Per quel che riguarda i servizi residenziali si deve tenere a mente che tali servizi sono sempre composti da due componenti: una sanitaria e una sociale di carattere alberghiero.

A questo proposito, il contributo del Comune è rivolto esclusivamente alla copertura della componente sociale della prestazione (quota sociale), mentre la componente sanitaria è di competenza del servizio sanitario regionale (quota sanitaria). Il sostegno del Comune è quindi definito come la differenza tra il valore della Quota sociale della struttura residenziale e l'ammontare che viene direttamente coperto dall'utente (quota utente).

Il calcolo della quota utente giornaliera è determinata dividendo semplicemente il valore ISEE per 365. A questo calcolo sono poi applicati alcuni correttivi<sup>65</sup>:

---

<sup>65</sup> Per maggiori dettagli si rimanda all'articolo 10 del "Regolamento per l'ospitalità di persone anziane o adulte con disabilità presso residenze sanitarie assistenziali, residenze assistite e strutture equiparabili" approvato con Delibera dell'Assemblea dei soci della Società della Salute di Firenze n.10 del 30/12/2014

- Un'eventuale detrazione della quota giornaliera per i primi 180 giorni variabile in base alla tipologia di abitazione di proprietà. Tale detrazione è prolungata per tutto il periodo di residenza se nell'abitazione risiedono il coniuge o un parente entro il secondo grado;
- Un incremento della quota giornaliera dopo i primi 180 giorni nel caso l'utente sia proprietario di immobili dati in locazione in cui non risiedano né il coniuge né un parente entro il secondo grado. La maggiorazione viene calcolata in base alla tipologia di immobile.
- Un incremento della quota giornaliera di 16 euro al giorno in caso l'utente sia titolare di indennità per disabilità o non autosufficienza.

Si deve notare che le modalità di calcolo appena enunciate risultano fortemente influenzate dalla metodologie di calcolo dell'indicatore ISEE. A tal proposito appare opportuno analizzare maggiormente gli effetti della recente riforma sugli utenti dei servizi sociali territoriali.

### 2.9.3 Effetti della riforma ISEE

Come accennato in precedenza la riforma ISEE, attuata con il DPCM 159/13, potrebbe avere impatti importanti per i comuni sia in termini distributivi che di gettito. In questo clima di incertezza non mancano gli studi volti a stimare come si modifichino i valori dell'indicatore patrimoniale a seguito della riforma. A questo proposito, la presente ricerca fa riferimento allo studio condotto da IRPET (Ravagli, 2014) che si concentra specificatamente su l'impatto della riforma sulle prestazioni socio sanitarie per la non autosufficienza.

In termini generali le novità introdotte con la riforma dell'ISEE possono essere sintetizzate in:

- Una nuova definizione dell'Indicatore della Situazione Reddituale (ISR) molto più vicina al concetto di reddito disponibile (vengono considerati anche i redditi esenti dal calcolo IRPEF, come pensioni di invalidità e indennità di accompagnamento, e detratte le voci di spesa connesse alla cura dell'anziano non autosufficiente);
- Un peso maggiore del patrimonio immobiliare nell'Indicatore della Situazione Patrimoniale (ISP) che viene valutato ai fini IMU;
- Un aumento della franchigia per i canoni di locazione delle famiglie in affitto considerando anche la presenza di figli;
- Le scale di equivalenza maggiormente a vantaggio delle famiglie numerose ma vengono eliminate le maggiorazioni per disabili in famiglia (sostituite dalle detrazioni fiscali)
- L'introduzione dell'ISEE corrente (situazione economica più aggiornata possibile);
- L'introduzione di nuove definizioni dei nuclei familiari (nucleo ristretto) a seconda della tipologia di prestazione richiesta (modalità diverse tra prestazioni socio-sanitarie a domicilio e quelle in ambiente residenziale).

Tra questi, secondo lo studio IRPET (Ravagli, 2014), gli elementi del nuovo ISEE che potrebbero incidere maggiormente sul bilancio degli anziani dovrebbero essere sia le modalità di definizione del nucleo familiare che la nuova modalità di calcolo adottata. Riguardo a quest'ultima, infatti, dovrebbe influire fortemente sull'ISEE degli anziani l'inclusione nell'ISR dei redditi esenti IRPEF che sono spesso legati a sostegni indiretti come pensioni sociali integrative o indennità di accompagnamento. Questo elemento dovrebbe essere compensato in parte dall'introduzione di apposite detrazioni fiscali per la non autosufficienza. Inoltre, il calcolo del nuovo ISEE potrebbe essere particolarmente gravoso per gli anziani in quanto viene dato maggior peso alla componente immobiliare. In particolare, l'aumento del peso degli immobili nel calcolo ISEE, sebbene risponda al giusto principio di privilegiare la tassazione del patrimonio rispetto al reddito, potrebbe comportare maggiori difficoltà per le persone anziane residenti nell'abitazione

di proprietà. Infatti, si deve notare che per la persona anziana l'abitazione non rappresenta soltanto un elemento patrimoniale ma anche un elemento di stabilità sociale e relazionale. Se una persona adulta può modificare abbastanza facilmente la sua composizione patrimoniale per fronteggiare una temporanea riduzione del reddito, questo risulta molto più complesso per una persona anziana che ha maggiori difficoltà ad cambiare abitazione. Quindi, nonostante sia condivisibile agire maggiormente sulla dimensione patrimoniale, potrebbe essere necessario introdurre dei correttivi al fine di non far gravare troppo la prima casa nel calcolo ISEE delle persone anziane. Una misura di questo tipo è prevista a Firenze nel calcolo della compartecipazione dell'utente alla quota sociale delle RSA. Qualora infatti il coniuge o un parente entro il secondo grado risiedessero nell'abitazione dell'anziano sono previste delle detrazioni alla quota giornaliera a carico dell'utente.

In merito alla nuova definizione di nucleo familiare è opportuno fare alcune precisazioni. La normativa ha previsto da sempre che il nucleo familiare fosse definito in modo diverso a seconda che il servizio richiesto, fosse di tipo residenziale oppure domiciliare e semiresidenziale. Per quel che riguarda le prestazioni domiciliari e semiresidenziali la normativa precedente prevedeva la possibilità di calcolare la compartecipazione basandosi sull'ISEE estratto dal solo assistito e tenendo in considerazione eventuali persone a carico. Con la nuova normativa verrà invece considerato il nucleo ristretto composto, oltre all'assistito, anche del coniuge e dei figli. Ne consegue che una persona non autosufficiente che viva sola o con i genitori potrà essere considerato come un nucleo familiare indipendente, mentre la persona disabile che viva con il coniuge e/o figli sarà parte di un nucleo familiare che li comprende.

Per quel che riguarda le prestazioni residenziali si deve notare che la compartecipazione serve a coprire la quota alberghiera del servizio mentre la componente sanitaria risulta a carico del Servizio Sanitario. Inoltre, per questa tipologia di servizi la nuova normativa ha semplificato la precedente prevedendo che l'ISEE venga calcolato solamente sul nucleo ristretto e, nel caso di figli fuoriusciti dal nucleo, integrandolo con una componente aggiuntiva per ciascun figlio.

La simulazione condotta da IRPET (Ravagli, 2014) ha evidenziato come in Toscana la riforma dovrebbe comportare un innalzamento medio dell'ISEE, sebbene gli effetti sulle famiglie non siano univoci essendoci nuclei che vedono diminuire il valore dell'indicatore e altre che invece ne osservano un aumento. Al fine quindi di capire gli effetti redistributivi della riforma lo studio analizza sia la frequenza delle famiglie "vincenti" e "perdenti" in base ai servizi richiesti, sia la variazione delle tariffe di compartecipazioni. Nel caso dei servizi domiciliari, cioè quelli che più riguardano l'oggetto della presente ricerca, la simulazione evidenzia un innalzamento generalizzato dell'ISEE che aumenta in media di 4.400 euro. Questo innalzamento medio dell'indicatore riguarda tutte le classi ISEE con circa il 64% delle famiglie che vede peggiorata la propria situazione. In particolare gli incrementi dell'indicatore si concentrano nelle classi alte di ISEE mentre la percentuale di famiglie "vincenti" aumenta nelle classi più basse. A riprova di questo si nota infatti che l'incremento dell'ISEE medio risulta particolarmente contenuto per le fasce ISEE più basse mentre aumenta progressivamente all'avvicinarsi delle classi più alte. Inoltre, la simulazione di IRPET stima che i servizi domiciliari post riforma saranno colpiti da incremento della tariffa media oraria per tutte le classi ISEE. Infatti anche in questo l'aumento di tariffe delle famiglie "perdenti" supera la riduzione di tariffa delle famiglie "vincenti" anche per le classi ISEE più basse.

Per quel che riguarda i servizi residenziali le modifiche introdotte dalla nuova riforma dovrebbero comportare un innalzamento dei valori ISEE sebbene molto attenuato (300 euro) rispetto a quello osservato per i servizi domiciliari (4'400 euro). Inoltre, le famiglie vincenti risultano essere superiori rispetto a quelle perdenti, in particolare nelle classi ISEE più basse. In altri termini si ha un ISEE medio post riforma inferiore rispetto a quello precedente per le classi ISEE più basse mentre si ha un aumento per le classi più elevate. Per quel che riguarda le tariffe orarie post riforma, la simulazione indica una riduzione fino a un

ISEE di 16'000 euro mentre per i livelli di ISEE superiori le differenze pre e post riforma tendono ad annullarsi dato il raggiungimento del tetto massimo di compartecipazione fissato a 18'000 euro.

In termini generali, da questa analisi emerge quindi che la riforma ISEE recentemente entrata in vigore dovrebbe comportare in Toscana un aumento medio dei valori ISEE concentrato principalmente sui soggetti con un'abitazione di proprietà (caso frequente negli anziani). Inoltre, la riforma dovrebbe avere effetti contrastanti per quel che riguarda le tariffe orarie delle prestazioni sociali. Nel caso dei servizi residenziali si osserva un riduzione delle tariffe orarie post riforma fino a un ISEE di 16.000 mentre nel caso delle prestazioni domiciliari si osserva un generalizzato aumento delle tariffe post riforma. Si noti che, sebbene lo studio proposto dall'IRPET si concentri esclusivamente sui servizi rivolti alla non autosufficienza, fornisce degli importanti stimoli anche per le prestazioni sociali rivolte agli anziani fragili.

## Capitolo tre: L'analisi dei bisogni assistenziali degli anziani fragili e lievemente non-autosufficienti

### 3.1 Condizione e bisogni della popolazione anziana nel contesto Toscano e Fiorentino

L'obiettivo di questo capitolo è quello di analizzare i principali fattori di rischio e i bisogni assistenziali degli anziani fragili e lievemente non autosufficienti, all'interno dell'unità geografica di riferimento rappresentata dal Comune di Firenze. Si noti che, dato il focus della ricerca, non sono presi in considerazione i bisogni di natura medico/clinica degli anziani che, seppure influenzando fortemente sulle dinamiche sociali dell'anziano, sono maggiormente connessi alle forme avanzate di non autosufficienza e perciò oggetto dei servizi a più alta integrazione socio-sanitaria.

L'assunzione di base della presente ricerca consiste nel vedere l'insieme dei bisogni della popolazione anziana come un sistema complesso, fortemente eterogeneo, in cui ciascuna fase de bisogno risulta egualmente meritevole di tutela e in cui non esistono soluzioni semplici o unidirezionali. Nel corso della ricerca si è quindi cercato di non dare una lettura univoca dei bisogni, prendendo in considerazione vari elementi e punti di vista.

Dall'analisi effettuata, emerge una struttura dei bisogni assistenziali molto articolata che, coerentemente con il concetto multidimensionale di fragilità, varia a seconda delle condizioni personali, familiari, sociali e ambientali dell'anziano. La tipologia di bisogno evolve e si modifica nel tempo, all'avanzare del processo di invecchiamento e al mutare delle condizioni socio-ambientali o di salute dell'anziano. Tali cambiamenti possono seguire un decorso stabile, comportando una graduale perdita delle funzioni, oppure essere frutto di eventi traumatici come cadute o incidenti. In altri casi ancora, la natura del bisogno è esclusivamente temporanea, come a seguito di un ricovero ospedaliero, e può rientrare se l'anziano è debitamente assistito. Risulta quindi difficile sintetizzare la complessità delle singole situazioni degli anziani, con relativi bisogni assistenziali, all'interno di una tassonomia rigida che non tenga conto della dinamicità del bisogno.

Un ulteriore elemento di complessità, ma di fondamentale importanza, riguarda i bisogni della rete familiare delle persone anziane. Infatti, come abbiamo visto anche nel capitolo precedente, le famiglie rappresentano la principale risorsa di sostegno per le persone anziane e in quanto tali è importante sostenerle nei loro percorsi di assistenza. Inoltre, si deve notare che esiste una relazione molto stretta tra il percorso di invecchiamento dell'anziano e il carico assistenziale sostenuto dalla rete familiare. Questa relazione è particolarmente rilevante in patologie come l'Alzheimer o forme invalidanti di multicronicità che comportano una progressiva perdita delle capacità funzionali dell'anziano. La rete familiare tuttavia svolge un ruolo particolarmente significativo anche nella fase di prevenzione e di adozione di corretti stili di vita dell'anziano. Informare le reti familiari sui programmi di invecchiamento attivo presenti nel territorio o sull'importanza di mantenere un tessuto relazionale stimolante, rappresenta un importante strumento di supporto al *care giver* familiare con ricadute positive sul benessere dell'anziano. Questo elemento risulta particolarmente importante nei casi in cui l'anziano si trovi a vivere all'interno del nucleo familiare allargato. In questi contesti, se da un lato la presenza dei familiari permette di assistere e monitorare le condizioni dell'anziano, dall'altro vi è il rischio che la vita relazionale dell'anziano sia relegata all'interno del contesto familiare e che forme di assistenza eccessivamente premurose possano portare l'anziano a non esercitare più certe funzioni, con un accelerazione del declino funzionale.

Da un punto di vista metodologico, come descritto nell'introduzione, i bisogni della popolazione anziana all'interno del Comune di Firenze sono stati analizzati seguendo un procedimento a due fasi:

In un primo momento, si è ricorsi all'utilizzo di fonti secondarie per delineare in termini quantitativi la condizione degli anziani fragili e lievemente non autosufficienti. A questo proposito sono stati presi in

considerazione i dati emersi da due importanti studi condotti dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS). Si fa riferimento agli studi "Il Bisogno Socio-Sanitario degli anziani in Toscana" del 2009 e "Salute e Invecchiamento Attivo in Toscana" relativo al periodo 2012-2103. Questi studi attraverso campioni stratificati della popolazione anziana identificano le principali caratteristiche e i principali bisogni riscontrati dai vari sottogruppi di anziani all'interno del contesto regionale.

In un secondo momento, i risultati emersi dagli studi sono stati arricchiti da un'analisi qualitativa che ha permesso di approfondire le varie dimensioni del bisogno assistenziale delle persone anziane. Questa fase ha visto la realizzazione di 32 interviste semi-strutturate con informatori chiave, selezionati in modo da rappresentare l'eterogeneità dei soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani, e la realizzazione di tre focus group che hanno coinvolto anziani completamente autosufficienti e persone lievemente non autosufficienti.

Data la natura multidimensionale dei bisogni emersi nel corso delle interviste e dei focus group, si è reso necessario adottare un criterio interpretativo che evidenziasse, semplificandole, le diverse categorie di bisogni. Si è quindi proceduto nell'analisi operando alcune distinzioni tra bisogni generali e bisogni specifici dei processi di invecchiamento, così come tra bisogni di natura pratica e bisogni connessi alla sfera psicologica ed emotiva degli anziani. Il criterio interpretativo dei risultati sarà comunque esposto più dettagliatamente nei paragrafi successivi.

La trattazione dei risultati dell'indagine qualitativa è stata articolata in base alla distinzione tra bisogni relativi alla sfera pratica e quelli relativi alla sfera psicologica cercando di evidenziare gli aspetti più significativi per ciascuna sottocategoria di anziani.

### 3.2 I fattori di rischio e i bisogni della popolazione anziana in Toscana: due indagini campionarie dell'Agenzia Regionale di Sanità

Una prima dimensione quantitativa dei bisogni relativi alla popolazione anziana è stata ottenuta attraverso l'utilizzo di due fonti secondarie dell'Agenzia Regionale di Sanità, rappresentate dallo studio "Il Bisogno Socio-Sanitario degli anziani in Toscana" del 2009 e dalla ricerca "Salute e Invecchiamento Attivo in Toscana" relativo al periodo 2012-2103. Questi studi, attraverso campionamenti stratificati su tutto il territorio regionale, hanno il merito di rappresentare un quadro dettagliato della condizione dei vari sottogruppi che compongono la popolazione anziana. Ai fini della presente ricerca, sono stati estrapolati i dati relativi alla popolazione anziana fragile e lievemente non autosufficiente in modo da evidenziare i principali fattori che influiscono sul rischio di scivolamento dell'anziano nella condizione di non autosufficienza. Grazie a questi studi è inoltre stato possibile evidenziare come le condizioni socio-economiche degli anziani incidano sia sui fattori di rischio che sul verificarsi o meno di alcune tipologie di bisogno socio-assistenziale. I dati estrapolati da questi studi sono stati poi utilizzati come base per la realizzazione dei focus group e delle interviste semi-strutturate.

#### 3.2.1 "Il Bisogno Socio-Sanitario degli anziani in Toscana" e "Salute e Invecchiamento Attivo in Toscana: Risultati della Sorveglianza PASSI d'Argento"

Nel 2009, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha pubblicato l'importante indagine epidemiologica "Il Bisogno Socio-Sanitario degli anziani in Toscana" (Indagine BiSS). Basandosi su un campione rappresentativo di ultra 65enni residenti in Toscana, stratificati per genere, classi di età e zone distretto, sono state realizzate 2.551 interviste nelle 34 zone distretto della Toscana al fine di fornire una rappresentazione dettagliata dei bisogni socio-sanitari di vari sottogruppi della popolazione anziana. Al fine della presente ricerca, saranno presi in considerazione i risultati emersi per il sottogruppo degli anziani fragili e per gli anziani che presentano delle dipendenze nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Saranno inoltre riportati i risultati emersi per gli anziani lievemente non autosufficienti nelle attività

di base della vita quotidiana (BADL), mentre verranno tralasciati i risultati connessi ai bisogni degli anziani gravemente non autosufficienti.

Un ulteriore tassello particolarmente significativo per quel che riguarda l'analisi dei bisogni della popolazione anziana è rappresentato dall'indagine condotta da ARS all'interno del progetto di sorveglianza della popolazione over 65 "PASSI d'Argento". Questo studio del 2013 si pone l'obiettivo di monitorare la popolazione anziana in Toscana evidenziandone lo stato di benessere, i principali fattori di rischio, la partecipazione sociale e l'ambiente di vita. Basandosi su 3.037 interviste, effettuate su un campione rappresentativo stratificato per classe di età, genere e zona distretto, lo studio individua alcuni interessanti elementi che possono essere integrati con i risultati emersi nello studio BiSS. In particolare lo studio ARS del 2013 mette in risalto come le persone con condizioni socio economiche più sfavorevoli o con bassi livelli di istruzione si trovino tendenzialmente ad avere maggiori problematiche rispetto a persone con situazioni socio economiche più favorevoli.

### 3.2.1.1 La fragilità

Per quel che riguarda la fragilità<sup>66</sup> sono stati individuati da ARS (2009) otto fattori principali che influiscono sul rischio di scivolamento dell'anziano nella condizione di non autosufficienza. Tali fattori sono:

1. Uso di medicinali
2. Cadute
3. Difficoltà a camminare
4. Ricoveri in ospedale
5. Problemi di vista
6. Problemi di memoria
7. Problemi di udito
8. Problemi masticatori

Le difficoltà maggiormente riscontrate dalla popolazione degli anziani fragili in Toscana sono sintetizzate nella tabella sottostante secondo la prevalenza di genere. In particolare emerge che le principali difficoltà sono da associare a una crescente difficoltà di movimento, dalla gestione nell'uso dei farmaci e dall'aumentare di problemi connessi alla memoria. In particolare, la popolazione femminile appare maggiormente interessata da queste problematiche sebbene in modo variabile. Inoltre si deve notare che queste problematiche risultano fortemente crescenti con l'aumento dell'età mostrando significativi incrementi per le classi di età over 75.

Tabella 14 Principali item della fragilità con prevalenza di genere nella popolazione over 65 non istituzionalizzata, Toscana 2009

	Percentuale Uomini over 65	Percentuale Donne over 65	Percentuale Totale Anziani over 65
<b>Difficoltà di movimento (camminare 400m)</b>	35,4%	45%	40,9%
<b>Utilizzo di almeno 4 medicinali</b>	38,4%	39,4%	39%
<b>Problemi di memoria</b>	26,6%	37,1%	32,6%
<b>Cadute nell'ultimo anno</b>	13,9%	23,8%	19,6%

Fonte Dati rielaborate da ARS (2009)

<sup>66</sup> Per l'individuazione della popolazione fragile lo studio si basa sugli item del questionario Sherbrooke definendo "fragile l'anziano che, pur essendo ancora autosufficiente in tutte le attività di base della vita quotidiana (BADL), presenta un aumentato rischio di perdita di autonomia a causa di alcune sue caratteristiche o comportamenti." Per maggiori dettagli si veda ARS (2009) p. 24.

Si può affermare dunque che fino ai 75 anni la presenza di fattori di fragilità, come problemi fisici o funzionali, risulta abbastanza bassa in entrambi i generi, per poi aumentare progressivamente con l'età. Questo dato risulta particolarmente importante in quanto, a parità di fattori di rischio, la potenziale efficacia degli interventi di prevenzione diminuisce con l'aumentare dell'età (ARS, 2009). In particolare, lo studio individua un sottogruppo di anziani fragili che, presentando contemporaneamente quattro o più problematiche, risultano ad altissimo rischio di non-autosufficienza. Questo sottogruppo diventa particolarmente rilevante se si considerano le classi di età over 75, evidenziando come sia necessario agire tempestivamente con interventi di prevenzione della fragilità e in particolar modo sulla fascia dei 75-84enni ad altissimo rischio di fragilità.

Riguardo alle principali criticità emerse per il gruppo degli anziani fragili ad altissimo rischio di non autosufficienza, lo studio ARS (2009) identifica alcuni fattori particolarmente rilevanti:

Tabella 15 Positività item Sherbrooke con prevalenza di genere per la Popolazione

	Tasso di prevalenza negli Uomini	Tasso di prevalenza nelle Donne
<b>Non vive solo</b>	93,7%	84,6%
<b>Difficoltà di movimento (400m)</b>	80,6%	82,1%
<b>Prendere 4 o più medicine</b>	78,4%	78,8%
<b>Problemi di memoria</b>	65,4%	76,9%
<b>Caduto nell'ultimo anno</b>	40%	60,4%
<b>Ricoverato nell'ultimo anno</b>	54,3%	37,2%
<b>Problemi di vista</b>	18,5%	18,1%

Fonte. Studio ARS (2009) p48

Una volta individuate le principali problematiche della popolazione anziana fragile, risulta interessante chiedersi come agiscano le determinanti socio economiche sul benessere della persona anziana. A questo proposito si sono confrontati i principali fattori individuati dall'indagine BiSS (difficoltà di movimento, utilizzo di almeno quattro medicinali e cadute) con quelli dello studio ARS del 2013 in modo da evidenziare l'incidenza delle determinanti socio-economiche. Ai fattori indicati dall'indagine BiSS è stato aggiunto anche il fattore "corrette abitudini alimentari" in quanto rappresenta un elemento cruciale per un corretto stile di vita. Ciò che emerge dall'analisi ARS del 2013 è che gli elementi socio economici risultano significativi per quel che riguarda: l'assunzione di farmaci, l'accesso a forme di svago con attività fisica leggere, l'adozione di corrette abitudini alimentari e le cadute. Inoltre, emerge chiaramente come i fattori culturali risultano significativi per quel che concerne l'adozione di corretti stili di vita. Si deve notare poi che anche dall'analisi ARS del 2013 emerge un incremento delle problematiche connesse all'aumentare dell'età.

Tabella 16 Incidenza della condizione socio economica su alcune problematiche della popolazione anziana

	Difficoltà Economiche			Scolarità		Classe di età	
	Nessuna	Alcune	Molte	Bassa	Alta	65-74	75 +
<b>Assunzione di Farmaci (almeno uno nella settimana precedente)</b>	85%	89%	94%	91%	85%	83%	94%
<b>Attività fisica leggera</b>	14%	11%	14%	8%	17%	14%	8%
<b>Accesso a svaghi con impegno fisico lieve</b>	71%	62%	52%	59%	68%	66%	58%
<b>Corrette abitudini alimentari</b>	68%	62%	54%	58%	64%	65%	57%
<b>Cadute</b>	6%	8%	11%	10%	7%	6%	11%

Fonte Dati studio ARS 2011

### 3.2.1.2 Difficoltà nelle attività strumentali della vita quotidiana

Per quel che riguarda le capacità degli anziani di svolgere le attività strumentali della vita quotidiana (IADL), si conferma un sostanziale mantenimento delle funzioni fino ai 75 anni di età, dopo i quali si osserva un sensibile aumento delle richieste di sostegno e supporto. In particolare, come riassunto nella tabella



sottostante, le principali attività in cui gli anziani manifestano le prime difficoltà sono connesse sia alle attività da svolgere all'esterno del contesto domestico (fare acquisti e usare mezzi di trasporto) sia, in maniera minore, alle attività relative alla gestione della propria abitazione (ARS, 2009). Da questi dati è possibile notare che: se da un lato gli anziani con lievi problematiche nelle IADL riescono a gestire la loro quotidianità all'interno delle mura domestiche, dall'altro lato presentano maggiori rischi di isolamento dovuti a una crescente difficoltà nello spostarsi all'esterno della propria abitazione. Si deve notare inoltre, che il carico assistenziale cresce rapidamente all'aumentare delle difficoltà dell'anziano. Infatti, già gli anziani con difficoltà moderate nelle IADL necessitano di forme di supporto più continuative essendo in difficoltà anche nel gestire la propria abitazione.

Tabella 17 Indice di prevalenza nelle singole IADL nella popolazione over 65 residente in Toscana nel 2009

	% di Popolazione over 65 con problematiche lievi nelle IADL		% di Popolazione over 65 con problematiche moderate nelle IADL	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<b>Fare acquisti</b>	68,2	71,9	83,8	93,9
<b>Assumere farmaci</b>	16,9	1,2	46,5	11
<b>Usare mezzi di trasporto</b>	7,9	21,1	47,3	82,5
<b>Faccende domestiche</b>	2,2	2,7	14,9	14,3
<b>Preparare i pasti</b>	1,7	0,5	16,5	20,8
<b>Gestire il denaro</b>	1,4	0,0	8,5	2,7
<b>Usare il telefono</b>	1,1	0,4	11,6	3,2
<b>Lavare la biancheria</b>	0,6	2,1	15,3	3,2

Fonte Studio ARS (2009)

Un aspetto molto critico per gli anziani è il rischio di isolamento sociale. Questa criticità viene confermata anche dall'indagine ARS del 2013 da cui emerge che circa il 24% della popolazione anziana in Toscana è a rischio isolamento sociale. Questo elemento risulta molto importante in quanto la ridotta disponibilità di reti amicali comporta sia una minore stimolazione cognitiva dell'anziano sia una minore disponibilità di supporto. I dati rilevati dallo studio ARS (2013) evidenziano come il rischio di isolamento sociale aumenti significativamente con il progressivo invecchiamento dell'anziano e con il verificarsi di fenomeni invalidanti (70% tra le persone disabili contro il 7% tra le persone autonome). Inoltre, lo stesso studio nota che le condizioni socio economiche incidono fortemente anche sul rischio di incorrere in stati depressivi che poi si ripercuotono sul benessere dell'anziano. Inoltre, i fattori culturali ed economici agiscono anche sulla capacità dell'anziano di acquistare beni di prima necessità e di interagire con i servizi territoriali. Il quadro che emerge è quindi quello di un anziano sempre più isolato a livello relazionale in un contesto in cui l'incidenza dei fattori di rischio è connessa alla disponibilità economica e il grado di scolarizzazione dell'anziano, confermando ancora una volta l'importanza dei determinanti socio-economici della salute.

Tabella 18 Incidenza della condizione socio economica su alcune problematiche della popolazione anziana

	Difficoltà Economiche			Scolarità		Classe di età	
	Nessun a	Alcune	Molte	Bassa	Alta	65-74	75 +
Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari della ASL (Comune)	9% (9%)	23% (22%)	32% (32%)	34% (34%)	13% (13%)	12% (10%)	42% (42%)
Difficoltà nell'accesso a negozi di generi alimentari o supermercati	12%	24%	36%	14%	38%	13%	46%
Partecipazione sociale (formazione, occupazione o associazionismo)	32%	27%	22%	21%	29%	28%	21%
Rischio di isolamento sociale	11%	16%	25%	29%	15%	14%	34%
Sintomi di depressione	11%	21%	42%	22%	15%	14%	26%

Fonte: ARS (2011)

### 3.2.1.3 La lieve non autosufficienza

Passando alla sfera della non autosufficienza e ai relativi bisogni della popolazione anziana, lo studio ARS (2009) individua le principali attività (BADL) in cui si concentra il bisogno assistenziale. Nello specifico, i bisogni della lieve non autosufficienza si concentrano nella cura della persona richiedendo un supporto che, pur essendo continuativo, prevede ancora una collaborazione dal parte dell'anziano. Come riportato nella tabella sottostante, le principali attività in cui si concentra la domanda di aiuto sono connesse al vestirsi, all'igiene personale o all'utilizzo del WC. Tuttavia, si deve notare che sebbene gli anziani lievemente non autosufficienti presentino decadimenti funzionali significativi questo non necessariamente implica una compromissione delle loro funzioni cognitive o relazionale, come può accadere nei primi due livelli di isogravità. Per queste tipologie di anziani risulta quindi fondamentale agire per il mantenimento delle loro funzioni residuali e, a seconda dei casi, garantendo un'adeguata e soddisfacente vita relazionale in modo da prevenire fenomeni depressivi o di maggiore isolamento.

Tabella 19 Indice di prevalenza nelle singole BADL nella popolazione over 65 in Toscana con un indice di lieve non autosufficienza. Dati 2009.

	Popolazione Maschile		Popolazione Femminile	
	Ass. Leggera	Ass. Pesante	Ass. Leggera	Ass. Pesante
Vestirsi	83,6	14,7	75,1	17,4
Igiene personale	58,4	33,1	51,2	44,4
Uso del Wc	44,9	20,5	58,7	15,8
Spostamenti in casa	18,7	1,7	40,7	/
Trasferimenti	56,9	14,3	60,0	7,5
Mobilità dal letto	7,7	/	28,0	/
Alimentazione	1,7	/	7,0	/

Fonte. ARS (2009)

Da questo studio emergono alcuni elementi particolarmente significativi per quel che riguarda le tipologie principali di bisogni riscontrati nei vari sottogruppi della popolazione anziana in Toscana. In particolare emergono alcune aree di intervento che appaiono particolarmente significative sia per gli anziani fragili che per gli anziani con un grado moderato di dipendenza nelle IADL. Per queste tipologie di anziani risultano particolarmente significative le difficoltà connesse al movimento e allo svolgimento di attività all'esterno del proprio contesto domestico. Sia nel caso della fragilità, che nella dipendenza dalle IADL le

problematicità tendono ad aumentare con l'aumentare dell'età, in particolar modo per le classi sopra i 75 anni. All'aumentare delle criticità, gli anziani iniziano ad avere bisogno di supporto anche per la gestione della propria quotidianità all'interno della loro abitazione. Le difficoltà di movimento connesse a quelle di fare acquisti o utilizzare mezzi di trasporto possono esporre l'anziano a un maggior rischio di isolamento sociale e relazionale. Questo aspetto risulta significativo anche per gli anziani lievemente non autosufficienti che per un accentuato declino fisico richiedono un'assistenza continuativa al loro domicilio. Anche dallo studio condotto da ARS (2011) emerge l'importanza delle reti familiari, con oltre la metà degli anziani dipendenti nelle IADL o lievemente nelle BADL che sono assistiti unicamente da familiari. Rispetto al lavoro privato di assistenza, lo studio evidenzia che circa un terzo di questa tipologia di anziani è assistita anche o esclusivamente da una persona a pagamento. I servizi pubblici, dall'altro lato, intervengono solo nel 6% dei casi di anziani non autosufficienti residenti al loro domicilio.

Una volta richiamati i principali risultati degli studi condotti dall'Agenzia Regionale di Sanità è possibile passare all'analisi qualitativa dei bisogni degli anziani residenti nel Comune di Firenze.

### 3.3 I bisogni degli anziani nel contesto fiorentino: un'indagine qualitativa

Come specificato nell'introduzione della ricerca, la seconda parte dell'analisi dei bisogni della popolazione anziana ha visto la realizzazione di un'indagine qualitativa, volta a integrare e approfondire i principali risultati emersi dallo studio delle fonti secondarie. La ricerca ha previsto la realizzazione sia di interviste individuali che di momenti di confronto collettivi. Nello specifico sono state realizzate:

- 32 interviste semi-strutturate con le varie tipologie di attori chiave coinvolti nell'assistenza alle persone anziane;
- 3 focus group con persone anziane selezionate all'interno di due centri anziani e di un centro diurno gestito dai servizi sociali professionali.

Per quel che riguarda la realizzazione delle interviste, gli attori chiave interpellati sono stati selezionati in modo da rappresentare la grande varietà di soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani. In particolare, dalla ricerca desk sono stati individuati i principali attori da coinvolgere nella realizzazione delle interviste. Una volta coinvolti i primi attori chiave il campione è stato ampliato tramite la metodologia dello *snowball sampling*, partendo dal coinvolgimento dei servizi sociali professionali e di alcuni docenti universitari. L'individuazione di alcuni attori chiave, in particolare ricercatori e associazioni residenti al di fuori del Comune di Firenze, è avvenuta tramite lo studio di fonti secondarie. Attraverso questa metodologia di selezione si è proceduto a raccogliere i contributi dei:

- Servizi sociali professionali del Comune di Firenze e di comuni limitrofi (4 interviste);
- Realtà associative e del volontariato (14 interviste);
- Cooperative sociali (6 interviste);
- Amministratori e quadri dirigenti del Comune di Firenze (3 interviste);
- Ricercatori, esperti e docenti universitari (5 interviste)<sup>67</sup>.

La scelta di realizzare interviste semi-strutturate è dipesa dalla varietà dei soggetti coinvolti e dal loro specifico ruolo nell'assistenza all'anziano. Agli attori coinvolti direttamente nell'assistenza agli anziani è stato richiesto di specificare:

- I principali bisogni assistenziali e relazionali del gruppo target;
- Il loro ruolo e la tipologia di prestazioni offerte per il gruppo target;
- Le criticità riscontrate nell'offerta territoriale delle prestazioni assistenziali;

---

<sup>67</sup> Si rimanda all'appendice per maggiori dettagli.

- Le modalità di interazione con gli altri soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani;
- Le aree assistenziali e le tipologie di prestazioni con maggiori potenzialità di innovazione sociale;
- La presenza sul territorio di attori chiave o progetti significativi di innovazione sociale.

Le interviste semi-strutturate realizzate con esperti o ricercatori sono state maggiormente orientate a:

- Delineare e modificare la cornice teorica della ricerca;
- Analizzare il contesto normativo e istituzionale dei servizi assistenziali presenti sul territorio;
- Identificare le aree di bisogno maggiormente scoperte e le tipologie di prestazioni con maggiore potenziale innovativo;
- Individuare interlocutori chiave e possibili casi di innovazione sociale.

Per quel che riguarda la realizzazione dei tre focus group, si è cercato di selezionare i partecipanti in modo da rispecchiare le diverse componenti del gruppo target della ricerca. A questo proposito, due incontri sono stati realizzati all'interno di altrettanti centri anziani e hanno visto la partecipazione di circa una ventina di anziani over65 adeguatamente bilanciati per genere e fasce d'età. La scelta del luogo ha permesso di intercettare i bisogni del sottogruppo degli anziani autosufficienti. All'interno dei centri anziani infatti, si ritrovano per fini principalmente ricreativi gli anziani ancora autosufficienti dei vari quartieri della città. Il terzo focus group è stato invece condotto all'interno del centro diurno "L'Airone" gestito dai servizi sociali del Comune di Firenze. In questo contesto è stato possibile entrare in contatto con anziani già in carico ai servizi sociali e caratterizzati da bisogni sociali maggiormente strutturati. A questo focus group hanno partecipato circa quindici anziani fragili o lievemente non autosufficienti che, tramite il loro contributo, sono stati in grado di dettagliare la grande varietà di bisogni assistenziali. La facilitazione dell'incontro, tuttavia, è risultata più complessa dato il parziale decadimento funzionale e cognitivo di alcuni partecipanti. In ogni caso, ulteriori informazioni sono state raccolte tramite confronti individuali al termine del focus group.

In questi confronti collettivi i partecipanti sono stati stimolati in base alle principali criticità emerse negli studi ARS citati in precedenza. In particolare, gli incontri sono stati facilitati per far emergere la dialettica tra le varie esperienze dei partecipanti in merito a:

- Il vivere soli o con persone da assistere;
- Le difficoltà motorie;
- L'utilizzo dei medicinali;
- Eventuali problemi di memoria;
- Adozione di corretti stili di vita;
- Le difficoltà nello svolgere attività all'esterno dell'abitazione (acquisti, commissioni, spostamenti);
- Le principali difficoltà nell'accesso ai servizi.

Inoltre, è stato chiesto ai partecipanti dei tre focus group di confrontarsi in merito ad alcune problematiche maggiormente connesse alla sfera relazionale dell'anziano. Dalle interviste con alcuni attori chiave, era infatti emersa la grande rilevanza tra gli anziani di problemi come la solitudine e la perdita di autostima. A questo proposito, ai partecipanti è stato chiesto di confrontarsi sul tema della solitudine e di indicare altre criticità connesse alla sfera emotiva dell'anziano.

Gli stimoli emersi dalle interviste e dai momenti di confronto collettivo hanno ancora una volta confermato la grande complessità ed eterogeneità dei bisogni della popolazione anziana, che variano significativamente a seconda del contesto familiare, della condizione sociale, dello stato di salute e del contesto territoriale dell'anziano. Inoltre, si deve notare che la percezione dei bisogni è anche fortemente influenzata dal ruolo dell'intervistato, sia esso un anziano, un volontario di un'associazione o un operatore dei servizi sociali. La dimensione fortemente soggettiva del bisogno deve essere assunta in questa ricerca come un elemento di

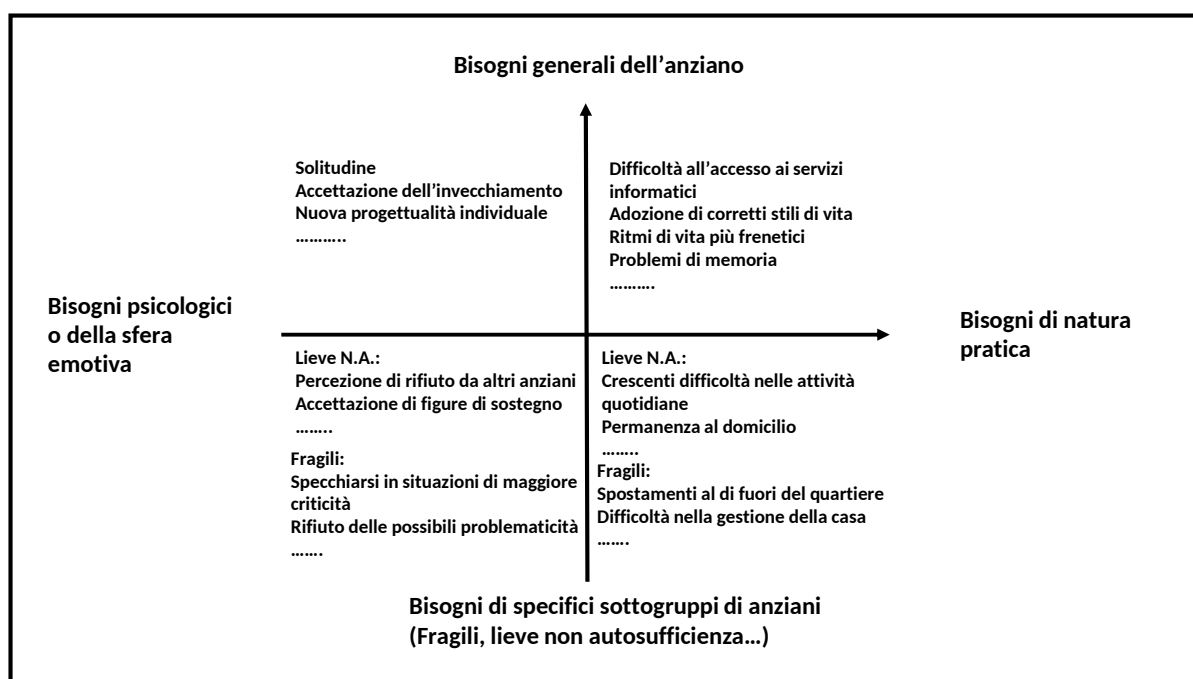
grande complessità, che incide fortemente sulla difficoltà degli operatori sociali nel garantire l'adeguatezza delle risposte.

Nella fase di interpretazione dei risultati ottenuti, si è deciso di operare una classificazione dei bisogni basata sulla distinzione tra:

- Bisogni generali, che riguardano il processo di invecchiamento nel suo complesso, e bisogni specifici che riguardano prevalentemente alcune categorie specifiche di anziani.
- Bisogni di natura pratica, legati maggiormente allo svolgimento delle attività della vita quotidiana, e quelli che riguardano la condizione psicologica ed emozionale dell'anziano.

Una rappresentazione grafica dello schema logico utilizzato nella trattazione dei risultati è riportata nella figura sottostante.

Figura 3 Schema interpretativo dei bisogni assistenziali delle persone anziane



Fonte Elaborazione a cura degli autori

La trattazione dei risultati vuole quindi porre l'accento su due diverse chiavi di lettura: la natura generale o particolare del bisogno e la dimensione psicologica o pratica del bisogno. La prima distinzione mira a evidenziare la distinzione tra: problematicità che sono riscontrabili più facilmente solo in alcuni sotto gruppi di anziani, come ad esempio i fragili o i lievemente non autosufficienti, e la presenza di criticità che invece interessano il processo di invecchiamento nel suo complesso. Con la seconda distinzione si vuole evidenziare la presenza, spesso congiunta, di problematicità relative alla sfera emotiva e psicologica dell'anziano, da un lato, e allo svolgimento di attività pratiche, dall'altro.

Nella nostra esposizione, ci concentreremo sulla distinzione tra bisogni di natura pratica e di natura psicologica ed emotiva, approfondendo di volta in volta i bisogni specifici dei vari sottogruppi di anziani. Inoltre, nell'esposizione dei risultati si è deciso di non schematizzare i bisogni emersi secondo precise categorie, preferendo invece adottare un costante flusso espositivo. Questa scelta precisa deriva dalla volontà di evidenziare la complessità e l'interconnessione tra i vari bisogni di natura sociale dell'anziano.

### 3.3.1 Bisogni dell'anziano nella sfera psicologica ed emotiva

In questa sezione saranno riportati i principali stimoli di riflessione che sono emersi nel corso delle interviste e dei focus group. Uno dei bisogni maggiormente riportati, sia in termini di frequenza di risposta che di tipologia di attori, è quello connesso alla solitudine e all'isolamento sociale a cui gli anziani sono maggiormente esposti. In particolare, come evidenziato dagli stessi anziani, la solitudine rappresenta un pericoloso elemento destabilizzante che porta l'anziano a perdere il contatto con il mondo circostante e ad aumentare il rischio di fenomeni depressivi. Inoltre, restare in una condizione di isolamento sociale comporta anche un progressivo distacco dell'anziano dagli stimoli esterni che potrebbero rappresentare degli importanti strumenti per il proprio mantenimento funzionale.

**La solitudine** è una condizione che può avere svariate cause. Se da un lato infatti la solitudine può essere subita dall'anziano, a causa di un insieme di impedimenti fisici o ambientali, esistono anche casi in cui è lo stesso anziano ad isolarsi dagli altri, per semplice diffidenza o per il proprio percorso di vita. In molti casi tuttavia la condizione di solitudine non deriva da una scelta individuale, ma viene anzi subita dall'anziano a causa di impedimenti di varia natura. Infatti, la presenza di barriere architettoniche connesse con difficoltà di movimento o l'assenza di un effettivo supporto familiare contribuiscono a rendere molto difficile per l'anziano interagire all'esterno della propria abitazione con la propria rete sociale e amicale. Ne consegue che i rapporti sociali degli anziani "soli" sono nel migliore dei casi limitati ai familiari o all'assistente familiare, cosa che può portare all'emersione di conflitti o di situazioni di particolare stress.

Vi sono tuttavia persone che per il loro percorso di vita tendono ad isolarsi indipendentemente dalle loro capacità funzionali. In questi casi gli operatori del servizio sociale hanno sottolineato la grande difficoltà di intervento, in quanto risulta particolarmente complesso avvicinare e stabilire un contatto con l'anziano. I familiari o altre figure di riferimento assumono quindi un ruolo fondamentale in quanto, se da un lato si deve rispettare la scelta individuale dell'anziano, dall'altro è importante stimolarlo e monitorare le sue condizioni. I familiari e altri soggetti di riferimento, come ad esempio il medico, devono svolgere il ruolo di "attivatori", essendo capaci di mettere in atto risposte più appropriate rispetto agli interventi dei servizi sociali. Non tutti gli anziani possono però contare su una rete sociale di supporto in grado di stimolarli e sostenerli. In questi casi la situazione risulta particolarmente complessa in quanto la solitudine dell'anziano implica una minore disponibilità di risorse per gestire eventuali situazioni di difficoltà, cosa che comporta una maggiore vulnerabilità agli shock esterni siano questi di natura economica o fisica.

Come riportato dagli operatori sociali intervistati, le principali azioni di contrasto alla solitudine sono portate avanti dalle associazioni, a cui viene riconosciuto il ruolo di abilitare e favorire le interazioni sociali tra gli anziani. Dall'altro lato, l'azione dei servizi sociali o delle cooperative sociali non viene percepita come sufficiente per contrastare la solitudine degli anziani. Questo dipende sia dalle modalità con cui sono impostati i servizi, che dalle competenze meno orientate agli aspetti relazionali degli operatori coinvolti. La maggiore vulnerabilità relazionale degli anziani è da imputare anche al mutato contesto relazionale all'interno della società. A questo proposito, molti soggetti intervistati hanno indicato tra le principali cause di isolamento la maggiore inclusione femminile all'interno del mercato del lavoro e il deterioramento dei rapporti di prossimità. Tuttavia, sebbene molti partecipati ai focus group abbiano sottolineato la contraddizione della moderna convivenza sociale, in generale gli anziani non sembrano ritenere importante modificare i propri comportamenti al fine di riattivare i legami sociali di prossimità, evidenziando come il sentimento maggiormente diffuso sia la diffidenza.

La solitudine quindi rappresenta una delle principali criticità espresse dagli anziani. In particolare, la solitudine risulta particolarmente accentuata per gli anziani con bisogni assistenziali più strutturati e con maggiori difficoltà di movimento. Questo aspetto viene anche influenzato dal fatto che gli anziani autosufficienti tendano a **rifiutare l'interazione** con persone che si trovino in fasi del bisogno più avanzate. Questo sentimento, emerso ripetutamente nelle interviste effettuate con gli operatori sociali e i direttori

dei centri anziani, deriva probabilmente dalla paura di confrontarsi con una condizione che si percepisce come pericolosamente vicina e di cui si ha timore. In altri termini è fortemente presente la paura di specchiarsi nelle difficoltà altrui. Questa attitudine comporta generalmente un rifiuto delle occasioni di incontro con anziani con maggiori complessità causandone un isolamento ancora maggiore. Questo aspetto è emerso chiaramente in occasione di alcune iniziative volte a portare settimanalmente alcuni utenti dei centri diurni, con bisogni più strutturati, all'interno di centri ricreativi per anziani autosufficienti, centri anziani. Queste iniziative hanno visto una progressiva esclusione e "ghettizzazione" degli anziani lievemente non autosufficienti evidenziano i limiti di questa esperienza. Il rifiuto delle problematiche altrui è inoltre connesso al più generale percorso di **accettazione del proprio processo di invecchiamento**. Il raggiungimento di una piena e serena consapevolezza della propria vecchiaia è un percorso difficile, come dimostrato dalle frequenti reazioni di rifiuto, e spesso necessita di una persona che accompagni l'anziano nel trovare nuovi stimoli. In particolare ciò che risulta fondamentale è la definizione di una **nuova progettualità individuale**, che stimoli costantemente l'anziano a rimanere attivo e propositivo. Avere una propria progettualità in età avanzata è ritenuto fondamentale da numerosi soggetti intervistati, che individuano proprio in questo elemento la chiave degli interventi sociali di maggiore successo. Un anziano attivo e propositivo è infatti maggiormente stimolato a mantenere le proprie capacità funzionali ed è più probabile che eviti di cadere in forme di isolamento sociale e fenomeni depressivi. Un ulteriore bisogno emerso dalle interviste con i volontari delle associazioni è connesso alla necessità degli anziani di **sentirsi capiti e ascoltati**. È emerso infatti che l'anziano si senta spesso inascoltato nell'affermare i propri bisogni e il proprio desiderio di autonomia. In particolare, è stato evidenziato come a volte l'anziano non si senta partecipe delle decisioni che lo riguardano ma, al contrario, crede di subire scelte funzionali alle esigenze della rete familiare. Questa percezione tende a portare l'anziano a sentirsi incompreso dai propri familiari con conseguenti ricadute emotive e relazionali.

Gli anziani intervistati, sia singolarmente che in momenti partecipati, evidenziano anche una diffusa **perdita di autostima** tra la popolazione anziana che può culminare con il sentimento di inutilità nei confronti di se stessi e con l'autoesclusione dagli stimoli esterni. Questo sentimento tende ad essere percepito maggiormente quando l'anziano si scontra con la propria perdita funzionale, con i mutati ritmi di vita o con pratiche che presuppongono l'utilizzo di strumenti maggiormente tecnologici.

Per quel che riguarda gli anziani che richiedono un grado di assistenza più elevato, siano essi presi in carico dai servizi sociali o assistiti dai familiari, sono emersi alcuni elementi di riflessione particolarmente rilevanti. In particolare si deve notare che, pur valendo le considerazioni fatte in precedenza, in questa tipologia di soggetti sono presenti alcuni bisogni che più difficilmente possono essere individuati in un anziano fragile autosufficiente. Nello specifico, per i soggetti non autosufficienti assistiti a domicilio è emerso il rischio di forti **conflittualità con il care giver** che spesso viene percepito dall'anziano come un'imposizione e una limitazione della propria libertà decisionale. Durante gli incontri è stata data particolare importanza alla sensazione provata da alcuni di non sentirsi padroni a casa propria avendo una persona che incideva fortemente nella propria routine quotidiana. La presenza continuativa di una persona di sostegno pone inoltre l'anziano davanti alla propria condizione di fragilità, forzandolo a confrontarsi con il proprio decadimento funzionale. A questo proposito è stato più volte sottolineato dagli intervistati la necessità di limitare l'atteggiamento assistenzialistico da parte del *care giver* in modo da incentivare l'anziano a mantenere le sue funzioni residue. Tuttavia la presenza di un *care giver* familiare può essere vissuta dall'anziano anche in modo opposto. Infatti, è stato evidenziato da vari intervistati il pericolo che l'anziano si senta un peso per i propri familiari, con impatti significativi sulla sua autostima e aumentando il rischio di stati depressivi.

Inoltre, per quel che riguarda gli anziani inseriti all'interno di strutture residenziali e semiresidenziali è stata evidenziata la presenza di un diffuso **senso di abbandono** e di perdita della propria indipendenza. Sia gli anziani che gli operatori interpellati concordano sul fatto che questo sentimento risulti particolarmente

accentuato nelle fasi iniziali di assistenza per poi affievolirsi al crescere della confidenza dell'anziano al nuovo ambiente. Alcune persone intervistate nel centro diurno e nella struttura di residenzialità leggera ricordano infatti con divertimento le loro reazioni emotive avute nei primi giorni di inserimento, riconoscendo l'attuale miglioramento della loro condizione.

Tuttavia, per limitare il senso di abbandono e coercizione è stata sottolineata più volte l'importanza di evitare un approccio fortemente assistenzialistico e mantenendo il più possibile **l'autonomia decisionale dell'anziano**. Questo aspetto è fortemente connesso a un'importante distinzione fatta dagli intervistati tra "arrendevolezza" e "adattamento" degli anziani presi in carico. Nel primo caso, infatti si tratta di situazioni in cui l'anziano subisce la nuova situazione passivamente, spesso per non generare conflitti con i familiari, con un sentimento di chiusura e sofferenza. Nel secondo caso invece l'anziano dopo una fase di smarrimento iniziale percepisce le opportunità relazionali offerte dal loro contesto vivendo in modo più positivo la nuova situazione. Per cercare di evitare stati di chiusura è emersa l'importanza che nel nuovo contesto l'anziano percepisca di avere comunque dei margini significativi di autonomia e indipendenza. Un ulteriore elemento di criticità sottolineato dagli intervistati rispetto all'attuale sistema dei servizi residenziali è quello dello sradicamento dal proprio contesto ambientale di riferimento. Abbandonare la propria abitazione o il proprio quartiere, con la relativa rete relazionale, rappresenta un elemento fortemente doloroso e destabilizzante per l'anziano in quanto si compromettono alcuni punti di riferimento ed elementi fortemente identitari della persona.

Per concludere questo paragrafo, dalle interviste emerge con chiarezza la grande importanza della sfera relazionale dell'anziano sia nel mantenimento delle proprie funzioni che nel più generale miglioramento della condizione di vita in età avanzata. Inoltre, i vari soggetti interpellati concordano nell'affermare che i servizi socio assistenziali oggi presenti sul territorio non riescono a soddisfare pienamente i bisogni relazionali delle varie categorie di anziani. Sebbene venga riconosciuta l'importanza di alcune iniziative messe in campo, come ad esempio i centri anziani, è abbastanza diffusa la percezione che i vari attori coinvolti nell'assistenza dell'anziano pongano una bassa attenzione alla sfera relazionale e sociale della persona anziana. Si deve notare tuttavia che le motivazioni di questa carenza non possono essere imputate esclusivamente alla struttura dei servizi locali, che si deve ricordare opera in un contesto di sempre minor risorse. Vi sono stati infatti importanti mutamenti culturali e sociali che hanno indebolito le reti relazionali e familiari aumentando in questo modo la vulnerabilità della popolazione anziana.

### 3.3.2 Sfide e bisogni dell'anziano nella sfera pratica

Durante la realizzazione dei focus group, gli anziani sono stati interpellati sulle principali problematiche da loro incontrate a livello pratico nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. In questa sfera sono state considerate tutte le attività, come cucinare o svolgere commissioni, che permettono all'anziano di mantenere un certo grado di autonomia. Coerentemente con quanto emerso dagli studi condotti da ARS, le necessità variano significativamente a seconda della condizione di bisogno in cui versa l'anziano. Anche in questo caso siamo infatti in presenza di un universo molto variegato di bisogni che mutano sia a livello generale, tra anziani fragili e lievemente non-autosufficienti, sia a livello individuale tra anziano e anziano. A tal proposito, in questo paragrafo ci limiteremo ad approfondire le riflessioni emerse dagli incontri senza avere la pretesa di rappresentare in questa ricerca l'insieme dei bisogni pratici delle persone anziane. Per un'analisi più ad ampio raggio si rimanda comunque agli importanti studi ARS già citati nel corso di questo capitolo.

Come accennato in precedenza esistono quindi importanti differenze tra gli anziani fragili e i lievemente non-autosufficienti. Nella realizzazione degli incontri gli anziani sono stati sollecitati in merito ai principali



risultati emersi dalle ricerche dell'ARS. A questo proposito le considerazioni raccolte sembrano coerenti con i dati quantitativi dei due studi. Si deve notare che molti anziani hanno sottolineato l'importanza della "salute" nonostante fosse stato loro espressamente richiesto di concentrarsi sui bisogni di natura socio-assistenziale. Questo dato dimostra la grande attenzione che viene data dagli anziani agli aspetti medici e sanitari.

Per quel che riguarda gli anziani fragili, una delle criticità socio-assistenziali maggiormente rilevata è connessa alle **difficoltà di movimento**. Durante la realizzazione dei focus group all'interno dei centri anziani, molti partecipanti hanno infatti dichiarato di dover stare attenti mentre camminano e di sentirsi affaticati molto facilmente. Nonostante queste difficoltà, molti hanno sottolineato di svolgere abitualmente le loro attività senza farsi condizionare troppo dalla loro condizione. Tuttavia, la ridotta mobilità e il maggior affaticamento influenzano significativamente la capacità degli anziani di effettuare attività e spostamenti al di fuori del quartiere. E' stata infatti espressa la **difficoltà di utilizzare i mezzi pubblici** per recarsi ad effettuare commissioni, controlli o momenti di socializzazione. In generale, per queste pratiche si tende a chiedere aiuto ai familiari o a prediligere attività all'interno del quartiere che sono facilmente raggiungibili a piedi.

Si deve notare inoltre che la **carenza di servizi di accompagnamento** per attività sociali (trasporto sociale) è stata evidenziata come una delle principali criticità sia dagli anziani che dagli stessi operatori. Ne consegue che gli anziani soli o che abitano in aree più isolate risultino maggiormente a rischio di isolamento data la carenza di questa tipologia di servizi. Sollecitati sulla loro disponibilità a fornire supporto ad altri anziani nel raggiungere i servizi o i luoghi ricreativi, molti anziani hanno risposto di sentirsi inadatti o non sufficientemente sicuri di esserne in grado. In particolare, aiutare un altro anziano nei suoi spostamenti viene percepita come una responsabilità troppo grande, specialmente se si tratta di persone con problemi maggiormente strutturati.

Un ulteriore elemento emerso dagli incontri riguarda la difficoltà di movimento derivante dagli **elementi architettonici** della propria abitazione. Infatti, sia dalle interviste ad alcuni attori chiave che durante la realizzazione dei focus group, la presenza di molti scalini è stata individuata come una delle principali difficoltà e come una fonte di grande preoccupazione per gli anziani, sottolineando le criticità di quando non saranno più in grado di farli. In ogni caso è stato evidente che pensare ai possibili bisogni futuri viene generalmente evitato, volendo pensare al problema solo una volta che si verificherà.

Sollecitati sull'**adozione di corretti stili** di vita i partecipanti ai focus group si sono generalmente risultati consapevoli dell'importanza di adottare una dieta equilibrata e di svolgere regolarmente delle attività fisiche. In merito alle abitudini alimentari alcuni anziani hanno sottolineato che, nonostante vi sia una consapevolezza diffusa, l'adozione di una corretta dieta risulti difficile per questioni economiche. È stato infatti sottolineata la difficoltà di avere un'alimentazione sana dovendo risparmiare e comprando alimenti di bassa qualità. Per quel che riguarda l'attività fisica molti anziani hanno evidenziato l'importanza di muoversi anche solo per evitare di perdere l'abitudine a fare le cose, in altri termini per non "fermarsi". In particolare è stato espresso apprezzamento per le attività fisiche leggere, come il ballo, che permettono di muoversi in un contesto di socialità.

Per quel che riguarda la **progressiva perdita di memoria** le risposte dei partecipanti al focus group sono state maggiormente eterogenee, sebbene vi sia stata una sostanziale conferma dell'esistenza di questa criticità. Tuttavia, molti partecipanti dei focus group realizzati nei centri anziani hanno affermato di aver preso parte a dei corsi organizzati nei centri per il mantenimento della loro memoria. Il problema della memoria è stato subito associato dai partecipanti all'assunzione di medicinali. A questo proposito la quasi totalità degli anziani assumeva uno o più farmaci nel corso della giornata. Interpellati in merito ad eventuali difficoltà nella loro assunzione, i partecipanti hanno generalmente espresso di porre molta attenzione alla cosa, elencando i vari accorgimenti da loro adottati per facilitare una corretta assunzione.

Sollecitati sulla necessità di aiuto nella cura della casa o nella preparazione dei pasti, gli anziani coinvolti nei focus group hanno generalmente dichiarato di non avere bisogno di particolare aiuto, salvo poi chiedere aiuto ai familiari o a persone a pagamento, per i lavori maggiormente faticosi e di pulizia a fondo dell'abitazione. Anche in questo caso, tuttavia, alcuni anziani hanno evidenziato la crescente fatica nello svolgimento di queste attività e la difficoltà per molte persone di non potersi permettere una persona che li aiuti più continuativamente. Altri ancora però hanno sottolineato la loro autonomia nella gestione della casa sostenendo l'importanza di continuare a fare le cose sia per tenersi occupati che per non fermarsi. In generale l'essere in grado di gestire ancora la propria abitazione è visto come un elemento di normalità e di autonomia da parte dell'anziano.

Connesse alla difficoltà di movimento sono emerse anche le **difficoltà di accedere ai servizi**. Tuttavia, a fianco delle difficoltà "fisiche" di accesso, cui abbiamo accennato in precedenza, sono emerse anche molte difficoltà derivanti dall'informatizzazione dei servizi. Questo aspetto ha generato reazioni contrastanti. Alcuni anziani hanno infatti dichiarato la loro contrarietà a queste nuove modalità, sottolineando l'aumentata complessità, mentre altri riconoscevano l'importanza di modernizzare il servizio, nonostante lamentassero una carenza di attenzione verso la popolazione anziana. In termini generali si riscontrano significative difficoltà nell'utilizzo di servizi digitali, nonostante alcuni intervistati abbiano dichiarato di aver preso parte a corsi di informatica organizzati nei centri anziani, la maggior parte ha dichiarato di avere bisogno di un sostegno per effettuare queste procedure.

Prendendo spunto dall'esempio del computer alcuni anziani hanno evidenziato come in generale con l'avanzare dell'età vi siano sempre maggiori **difficoltà nella gestione di procedure complesse**, siano esse di natura burocratica per l'accesso ai servizi o di natura organizzativa, come per la gestione di un'associazione. Tuttavia sia alcuni gli anziani che gli operatori hanno riconosciuto l'importanza di avvicinare gli anziani all'utilizzo del computer, aggiornando sempre l'offerta delle associazioni e dei servizi professionali, nell'ottica che le prossime generazioni di anziani saranno comunque altamente digitalizzate.

Per quel che riguarda gli anziani leggermente non autosufficienti la natura fortemente personale dei bisogni oggetto di analisi e la condizione di alcuni partecipanti ha reso più difficile la facilitazione del focus group. Tuttavia, per ovviare a questo aspetto si è provveduto a integrare i contenuti dell'incontro con stimoli raccolti successivamente dai partecipanti. In termini generali si riscontra che le problematiche valide per gli anziani fragili sono presenti e risultano amplificate per gli anziani lievemente non autosufficienti. Per questa tipologia di anziani si sommano poi anche tutta una serie di problematiche nella gestione dell'ambiente domestico e nella cura della propria persona. Non è un caso che la maggioranza degli anziani lievemente non autosufficienti che hanno partecipato ai focus group abitasse con la famiglia, ricevendo tutto il supporto pratico di cui necessitavano. Altri anziani invece, riescono a vivere soli essendo assistiti frequentemente nella gestione dell'ambiente domestico, o per alcune singole attività come alzarsi, vestirsi o farsi la doccia.

Quando l'anziano non dispone di un assistente domestico, *care giver* familiare o badante, questa tipologia di servizi viene erogata dalle cooperative sociali operanti o a mercato o tramite i servizi sociali. In questo caso, come emerso anche dalle successive interviste, la turnazione del personale messa in atto dalle cooperative può incidere negativamente sull'anziano. Infatti, se in alcuni casi la variazione degli operatori può essere vissuta positivamente, in altri casi può invece generare un senso di spaesamento nell'anziano. Questo aspetto si lega poi al bisogno della persona anziana e della sua famiglia di poter contare su una figura di riferimento che sia fisicamente disponibile in caso di bisogno.

Come più volte evidenziato da varie tipologie di intervistati, avere una persona di riferimento è fondamentale per instaurare un rapporto di fiducia e facilitare l'accettazione da parte dell'anziano. La frammentarietà degli interventi e la mancanza di una figura di riferimento sono infatti alcune delle principali critiche condotte all'attuale organizzazione dei servizi sociali professionali. Come nel caso degli

anziani fragili, sebbene in misura ancora maggiore, sono emersi i problemi connessi alla mobilità e alla capacità di uscire dalla propria abitazione. Su questa categoria di soggetti pesa fortemente la mancanza del servizio di trasporto sociale che gli permetta di accedere facilmente ai servizi e di raggiungere i luoghi di socializzazione. Inoltre, data la natura maggiormente strutturata dei loro bisogni, gli anziani lievemente non autosufficienti necessitano di un'assistenza maggiormente strutturata e più continuativa che gli permetta di vivere nel proprio domicilio. Molti anziani devono fare affidamento sulla rete familiare, o in alternativa su assistenti familiari pagate da loro, in quanto il servizio sociale professionale non riesce a coprire in modo adeguato i loro bisogni.

Inoltre, un ulteriore problema emerso con chiarezza è quello dell'espletamento delle pratiche amministrative che rappresentano una grande barriera per gli anziani e che sono solitamente affidate ai familiari o agli amministratori di sostegno.

Per concludere questo paragrafo, il quadro che emerge dalle interviste e dai focus group vede confermare sostanzialmente i principali bisogni degli anziani emersi dagli studi dell'ARS. In particolare sono stati evidenziati problemi connessi alla mobilità all'esterno dell'abitazione, fattore questo che può portare a limitare la vita relazionale dell'anziano e spingerlo a forme di isolamento. Connesso a questo elemento, è stata evidenziata più volte la carenza di trasporti sociali che possano facilitare lo spostamento degli anziani sia per raggiungere i servizi che per facilitare la loro vita relazionale. Inoltre è emersa tra gli anziani una crescente difficoltà nella gestione di pratiche e attività complesse, come ad esempio l'espletamento di adempimenti burocratici o l'utilizzo di strumenti informatici. I servizi messi in campo dai vari soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani sembrano coprire lo spettro dei bisogni emersi sebbene nella pratica il loro numero e la loro modalità di erogazione non sembra essere in grado di soddisfare pienamente le richieste. In particolare si deve sottolineare come molti operatori abbiano evidenziato l'importanza di abbandonare un approccio di tipo puramente assistenzialistico, che se adottato eccessivamente può portare a un decadimento funzionale, a vantaggio di un approccio maggiormente orientato a ridare una progettualità all'anziano spingendolo a mantenere le proprie capacità.

## Capitolo quattro: I trend principali di innovazione sociale nell'assistenza agli anziani

### 4.1 La mappatura dell'innovazione sociale in Toscana e nel Comune di Firenze

Nei precedenti capitoli la ricerca si è concentrata sull'analisi dei servizi socio-assistenziali presenti sul territorio fiorentino e sullo studio dei bisogni espressi da un sotto gruppo della popolazione composto dagli anziani fragili e lievemente non autosufficienti. Coerentemente con le finalità della ricerca, l'analisi non ha approfondito gli interventi con una significativa componente sanitaria. Infatti, pur riconoscendone l'importanza, questi interventi risultano essere più significativi nelle fasi avanzate della non autosufficienza. Sono state invece considerate le iniziative rivolte alla prevenzione e all'adozione di corretti stili di vita.

Dall'analisi condotta nei precedenti capitoli è emerso un universo complesso di bisogni socio assistenziali a cui corrisponde un sistema di risposte altrettanto articolato che coinvolge numerosi soggetti. Se nei capitoli precedenti ci siamo concentrati nel descrivere l'immagine statica del contesto attuale, nel presente capitolo cercheremo invece di evidenziare quali siano i principali trend di innovazione sociale che caratterizzano i servizi socio assistenziali a livello cittadino e regionale. In particolare, ci concentreremo nel descrivere come le dinamiche innovative emerse dalla ricerca stiano trasformando le tradizionali aree di intervento socio assistenziale. Non si tratterà quindi di uno studio puntuale delle singole innovazioni sociali presenti nel territorio, ma di un'analisi più ampia su quali siano le dinamiche di innovazione sociale attualmente messe in atto e di come queste possano influenzare l'offerta futura di servizi. Per l'individuazione delle singole innovazioni sociali abbiamo fatto ricorso a varie fonti, cercando di integrare le sperimentazioni regionali maggiormente conosciute, sia con le segnalazioni degli intervistati sia tramite i casi selezionati prestigiosi concorsi europei relativi all'innovazione sociale. Dalle ricognizioni effettuate è emerso un contesto regionale che presenta alcune aree di intervento in cui sono presenti numerosi esempi di innovazione sociale, al fianco di aree in cui elementi innovativi, seppur ritenuti fondamentali, non sono ancora del tutto sviluppati.

Data la grande complessità e variabilità dei bisogni, è importante ricordare l'impossibilità di trovare risposte che singolarmente risolvano l'insieme dei bisogni di un singolo utente. L'approccio utilizzato in questa ricerca si basa sulla convinzione che esistano varie soluzioni possibili che devono essere tra loro combinate in modo da fornire all'utente un insieme il più adeguato possibile di risposte potenziali. Il compito del servizio pubblico dovrebbe essere infatti quello di accompagnare gli utenti nel fare la scelta migliore cercando di sopperire alle asimmetrie informative e alle eventuali lacune dell'utente. In altri termini, data la complessità dei bisogni e dei soggetti coinvolti, non è realistico pensare a una singola soluzione, quanto invece concentrarsi su numerose innovazioni che combinate tra loro possono portare dei benefici agli utenti.

Si deve notare inoltre, che l'approccio usato in questa ricerca si basa sull'idea che solo attraverso seri investimenti sulla prevenzione della non autosufficienza si possa contenere i costi assistenziali che sono destinati a crescere significativamente nei prossimi anni dati i mutamenti nella struttura demografica del paese. Agire sulle fasi iniziali del bisogno, come fragilità e lieve non autosufficienza, è quindi importante in quanto possono ridurre gli anni di istituzionalizzazione di una persona, con un potenziale risparmio per la comunità. In questa ottica è importante infatti considerare non il costo della singola prestazione erogata ma il costo complessivo che mediamente un anziano si trova a sostenere in tutto il suo percorso di invecchiamento. Sebbene la letteratura evidenzia le difficoltà nel prevedere con accuratezza l'evolversi della perdita funzionale, diventa fondamentale ripensare il sistema degli interventi proattivi vedendoli come investimenti che incidono sia sulla qualità della vita dell'anziano che sui bilanci pubblici. A questo proposito si deve però considerare come sia particolarmente difficile trovare risorse aggiuntive per implementare

questa tipologia di interventi, senza andare a incidere sulle prestazioni erogate per le fasi più acute del bisogno. In questa ottica, le esperienze di innovazione sociale individuate nel corso della ricerca, risultano particolarmente interessanti in quanto vedono il coinvolgimento attivo di numerosi soggetti, che oltre a proporre nuove tipologie di servizi ne sostengono parte del costo.

Per quel che riguarda il proseguo del capitolo ci concentreremo sull'analisi delle principali dinamiche riscontrate nelle innovazioni sociali nel campo dell'assistenza agli anziani, cercando di evidenziare i possibili effetti di queste innovazioni sull'offerta futura di servizi assistenziali.

Per sistematizzare meglio gli spunti di riflessione, l'analisi sarà suddivisa per macro aree di intervento che ricalcano approssimativamente la suddivisione tradizionale dei servizi assistenziali all'anziano. Nello specifico le aree di intervento analizzate nella ricerca comprendono:

- Nuovi modelli di residenzialità leggera;
- Risposte di comunità e residenzialità solidale;
- Nuove forme di assistenza domiciliare;
- Assistenti familiari e strumenti di supporto alle famiglie;
- Interventi volti alla prevenzione.

Si deve notare tuttavia, che queste suddivisioni sono puramente indicative in quanto molte delle innovazioni sociali individuate presentano delle caratteristiche ibride che le collocano a cavallo tra un ambito e un altro.

## 4.2 Le dinamiche di innovazione sociale nelle varie aree dell'assistenza agli anziani.

### 4.2.1 Nuovi modelli di residenzialità leggera

L'ambito della residenzialità è uno dei settori dove si sta osservando il maggior numero di innovazioni sociali che coinvolgono sia il settore pubblico che i soggetti del terzo settore. Sebbene tradizionalmente l'offerta residenziale sia diretta alle fasi acute della non autosufficienza, si riscontra un'attenzione crescente verso le fasi iniziali del bisogno, sia con la funzione di mantenimento delle capacità funzionali sia per evitare l'istituzionalizzazione degli anziani.

Vi sono varie motivazioni per cui questo ambito di interventi risulta essere molto fertile per l'innovazione sociale. In primo luogo vi è una forte volontà politica a livello regionale rivolta a differenziare l'offerta residenziale in modo garantire una maggiore adeguatezza del servizio, evitando che persone lievemente non autosufficienti possano finire nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). In secondo luogo i contributi per le strutture residenziali rappresentano la principale voce di spesa sociale dei Comuni nel campo anziani, che quindi vedono nei progetti di innovazione sociale un'occasione per ridurre questa voce di spesa aumentando allo stesso tempo la qualità della vita dell'anziano. In terzo luogo, la regolamentazione regionale è sempre stata molto stringente sulle prestazioni residenziali comportando una forte schematizzazione del servizio. Questo elemento, introdotto inizialmente per garantire una maggiore uniformità delle prestazioni a livello regionale, ha però portato molti soggetti ad interrogarsi sui reali benefici di questa impostazione anche in termini di appropriatezza del servizio offerto.

#### 4.2.1.1 *Le sperimentazioni regionali: moduli residenziali a Bassa Intensità Assistenziale e percorsi tutelari per anziani fragili*

Negli ultimi anni si è quindi diffusa, tra il regolatore pubblico e gli operatori del settore, la convinzione che fosse necessario ripensare l'offerta residenziale. A questo proposito sono state avviate nel corso degli ultimi anni numerose sperimentazioni che hanno toccato vari aspetti della residenzialità e tra le quali è

stato possibile individuare numerosi elementi di innovazione sociale. A questo proposito, la Regione Toscana ha recentemente avviato<sup>68</sup> un programma di sperimentazioni riguardanti l'attuazione di nuovi moduli residenziali a Bassa Intensità Assistenziale (BIA) o di percorsi tutelari per anziani fragili. L'elemento innovativo di questa iniziativa risiede nel fatto che per la prima volta a livello regionale si riconosca la necessità di differenziare gli interventi residenziali in modo da andare incontro alle esigenze specifiche delle persone fragili o lievemente non autosufficienti. A questo proposito, l'avviso pubblico per l'attivazione di progetti sperimentali relativi alla BIA ha portata alla selezione di una serie di progetti in tutto il territorio regionale. A livello cittadino sono stati selezionati cinque strutture residenziali<sup>69</sup> per un totale di 48 posti letto da destinare ad anziani che presentassero livelli di Isogravità da uno a tre. Le strutture individuate per la sperimentazione al livello comunale sono state selezionate in quanto strutture miste, cioè abilitate sia come RSA sia come Residenze Assistite (RA) per autosufficienti. L'idea di fondo sottostante a questo criterio risponde alla convinzione che un presidio sanitario nella struttura sia auspicabile anche nel caso di utenti lievemente non autosufficienti. Questa scelta per quanto condivisibile sembra però essere abbastanza conservativa, in quanto altre tipologie di sperimentazioni<sup>70</sup> già attivate in Toscana si caratterizzavano per una minore attenzione alla componente sanitaria a favore di interventi maggiormente relazionali. Inoltre la scelta di avviare questi progetti in grandi strutture già esistenti se da un lato risulta coerente con la volontà di limitare i costi, dall'altra genera alcune perplessità volendo comunque replicare lo schema di residenzialità basato su grandi strutture.

Contemporaneamente alle sperimentazioni del modulo BIA, la Regione Toscana ha avviato anche un progetto per la definizione di percorsi tutelari per anziani fragili. Questo progetto sono rivolti ad anziani autosufficienti che presentano una serie di elementi di vulnerabilità tali da rendere auspicabile una soluzione abitativa protetta in modo da prevenire il progressivo declino funzionale. La necessità di intervenire modificando l'offerta residenziale in favore di questa tipologia di soggetti, deriva dal fatto che fino ad oggi i percorsi tutelari erano portati avanti nelle RA o in strutture miste con la presenza anche di persone non autosufficienti. Appare evidente che l'inserimento di persone autosufficienti in un contesto di questo tipo tendesse a generare nell'anziano un forte senso di istituzionalizzazione, accompagnato da turbamenti emotivi derivanti dall'abbandono del contesto domestico e dalla perdita di indipendenza, con conseguenti ricadute sul suo benessere e sulle sue capacità funzionali. Il progetto regionale si muove dunque nella giusta direzione di promuovere la realizzazione di interventi prevalentemente sociali, solidali e fortemente integrati nella comunità locale. Nonostante nel contesto fiorentino siano state individuate solamente due strutture per avviare la sperimentazione dei percorsi tutelari per anziani fragili, per un totale di dodici posti letto, si deve riscontrare che molte iniziative di innovazione sociale presenti sul territorio presentino delle caratteristiche coerenti con le linee d'azione indicate dal progetto regionale

Nonostante qualche criticità, l'intervento regionale sembra muoversi nella giusta direzione di diversificare l'offerta residenziale per agire sulle fasi più lievi del bisogno con un'attenzione maggiore alle componenti sociali e relazionali.

Un caso interessante che merita un approfondimento, riguarda le residenze temporanee per ricoveri di sollievo o per anziani che si trovino in uno stato di momentanea non autosufficienza, come ad esempio in seguito a dimissioni ospedaliere. Questa tipologia di strutture rappresenta uno snodo fondamentale, sia per ridurre la permanenza in ospedale dell'anziano, sia per garantire un pieno il recupero funzionale nelle fasi di maggiore criticità. A questo proposito, i casi individuati a livello comunale e regionale per il loro alto contenuto di innovazione sociale sono rappresentati da: il progetto "Casa domotica" del Comune di Firenze e dal progetto "Casa di Michele" della Cooperativa sociale Koinè di Arezzo. Questi progetti risultano

---

<sup>68</sup> Si veda il punto 6,1 della deliberazione n.594 del 21 luglio 2014 approvata dalla Giunta Regionale della Toscana

<sup>69</sup> Si rimanda per maggiori dettagli alla Deliberazione della Giunta Esecutiva n.8 del 29/04/2015 della Società della Salute di Firenze

<sup>70</sup> Si vedano i casi citati nella ricerca del Centro Sociale di Lastra a Signa o del progetto CommHome

particolarmente interessanti sia per la tipologia di servizio offerto sia perché contengono al loro interno numerosi elementi che caratterizzano i progetti di innovazione sociale in ambito residenziale. Il progetto Casa domotica, inaugurato dal Comune di Firenze nel 2012, consiste in un appartamento da 340 metri quadri situato nel quartiere di Rifredi adattato per assistere temporaneamente sia persone con deficit funzionali lievi in dismissione dell'ospedale, sia persone con problematicità motorie gravi ancora in carico all'Unità Spinale Unipolare del vicino ospedale di Careggi. L'abitazione può accogliere fino a otto utenti e dispone anche di altri quattro letti messi a disposizione di eventuali familiari o accompagnatori che possono pernottare per fornire supporto e assistenza primaria alle persone ospitate. La casa è provvista di tutti gli accorgimenti necessari per facilitare la permanenza degli assistiti e dei loro familiari, essendo dotata di bagni assistiti, una cucina, un'area di socializzazione e altri servizi per facilitare la permanenza. Nella struttura è comunque sempre presente almeno un operatore specializzato incaricato di assistere gli utenti in caso di bisogno.

Di natura analoga è il progetto "Casa di Michele" avviato nel 2011 dalla cooperativa sociale Koinè di Arezzo. Anche in questo caso si tratta di una piccola struttura da otto posti letto volta a ospitare temporaneamente persone non autosufficienti. In particolare la struttura accoglie sia persone temporaneamente non autosufficienti con percorsi riabilitativi post ospedalieri, sia persone lievemente non autosufficienti per ricoveri di sollievo di 24 ore. Questo ultimo aspetto risulta particolarmente importante data la carenza di servizi volti a sostenere sia i *care giver* particolarmente provati che necessitano di "attimi di respiro", sia i familiari che non riescono momentaneamente ad assistere l'anziano. La struttura è costituita da un appartamento che pone molta attenzione nel curare sia gli aspetti relazionali degli anziani, fornendo spazi comuni e un ambiente accogliente, sia la parte maggiormente assistenziale, con la presenza di un operatore specializzato e la totale accessibilità degli spazi.

Questi due progetti, sebbene siano limitati al campo delle strutture residenziali temporanee, ci permettono di individuare alcuni elementi che caratterizzano l'intero panorama delle innovazioni sociali nell'ambito della residenzialità.

#### *4.2.1.2 Strutture di dimensioni ridotte*

Uno degli aspetti riscontrati in alcune innovazioni sociali nel campo della residenzialità, riguarda le dimensioni ridotte e umanizzanti delle strutture. Infatti, le RSA tradizionali hanno solitamente grandi dimensioni e un ambiente fortemente ospedalizzato dalle rigide procedure socio-sanitarie. In questi ambienti i rapporti sociali sono spesso limitati dal contesto ambientale fortemente spersonalizzato, che amplifica il senso di istituzionalizzazione e isolamento dal mondo esterno. Al fine di ridurre queste problematiche sono sorte numerose esperienze basate su piccole strutture da meno di dieci posti letto, che al loro interno ricreano un ambiente familiare e favorevole alla socializzazione degli utenti. Solitamente si tratta di semplici appartamenti o villette adattate architettonicamente per accogliere soggetti non autosufficienti. Gli utenti di queste piccole strutture possono quindi vivere in un ambiente domestico e non spersonalizzato, in cui le interazioni sono facilitate dal minor numero di utenti e dal rapporto più diretto con gli operatori specializzati. L'importanza di un contesto domestico è significativa anche per le familiari che possono interagire con l'anziano in un contesto più intimo e in alcuni casi possono anche pernottare all'interno di queste strutture per assistere i familiari. I casi innovativi individuati dalla presente ricerca riguardano sia strutture per i ricoveri temporanei, come i casi citati in precedenza, che strutture per l'assistenza di lungo periodo. Un'importante distinzione rispetto alle tradizionali RSA è quindi l'attenzione che viene data alla dimensione psico-relazionale dell'anziano, che vivendo in un contesto più accogliente può essere incentivato a socializzare e a vivere con maggiore serenità la propria condizione. I pregi di questa tipologia di strutture appaiono quindi evidenti se si considera la sfera socio-relazionale degli utenti. Tuttavia, molti intervistati hanno sottolineato alcuni dubbi sulla sostenibilità economica di queste strutture. Infatti, le grandi dimensioni delle strutture sembrano essere una necessaria conseguenza per rientrare dagli

alti costi di gestione, in parte derivanti dalle stringenti norme per l'accreditamento. Tuttavia, alcune esperienze sembrerebbero provare che anche strutture di dimensione ridotte possono essere sostenibili economicamente. L'elemento chiave individuato nel progetto "Casa di Michele" è la capacità delle piccole strutture di ridurre i posti letto vuoti, e conseguentemente l'incidenza del costo del personale<sup>71</sup>. Un'ulteriore criticità può però essere riscontrata nell'entità degli investimenti necessari per mettere a regime questo modello assistenziale. Infatti, a parità di posti letto, la realizzazione di numerose piccole strutture può presupporre un investimento maggiore rispetto alla creazione di una grande RSA. Questo aspetto risulta essere molto importante data l'attuale situazione di finanza pubblica e le stringenti condizioni di mercato in cui operano le imprese del settore. Tuttavia, nonostante le criticità emerse, la presenza di piccole strutture diffuse sul territorio risulta interessante anche perché potrebbe facilitare la permanenza dell'anziano nel proprio quartiere o nel proprio contesto ambientale. Questo elemento sarà poi approfondito nel corso di questo paragrafo.

L'efficacia di piccole strutture residenziali ha portato alcuni operatori ad interrogarsi sulle possibili evoluzioni di questa tipologia di servizi. Tra i vari tentativi portati avanti nel territorio regionale, risulta particolarmente interessante il progetto "CommHome" proposto dalla cooperativa sociale Koiné di Arezzo, che al proprio interno racchiude numerosi elementi comuni a varie innovazioni sociali. A dimostrazione del suo carattere altamente innovativo, questo progetto è stato incluso tra le sperimentazioni regionali, come "modello di innovazione", e ammesso tra i trenta semifinalisti della prestigiosa European Social Innovation Competition 2015. Più nel dettaglio questo progetto, che rappresenta un'evoluzione dei progetti di piccole strutture residenziali, consiste in una forma di cohousing tra anziani con livelli medio bassi di dipendenza. Nella pratica le famiglie degli anziani possono associarsi tra loro al fine di organizzare appartamenti comuni in cui gli anziani possano condividere una o più assistenti familiari. In altri termini, si tratta di una normale abitazione civile, collocate in un contesto urbano, che vengono riadattate in modo da essere rese funzionali per persone lievemente non autosufficienti. Gli anziani residenti condividono l'abitazione venendo sostenuti da uno o più assistenti familiari, i cui costi sono condivisi tra le famiglie. I vantaggi potenziali di questo progetto sono numerosi. In primo luogo, gli anziani la cui assistenza non può essere garantita al domicilio, possono essere sostenuti appropriatamente in un contesto abitativo umanizzante evitando il ricovero in RSA. In secondo luogo, le famiglie possono in questo modo sia evitare l'istituzionalizzazione del familiare sia condividere con altre famiglie i costi relativi all'assistenza dell'anziano lievemente non autosufficiente. Quest'ultimo elemento, come illustrato nei capitoli precedenti, risulta particolarmente importante nei casi di lieve non autosufficienza in quanto la maggior parte del carico assistenziale ricade proprio sulle famiglie. L'esempio appena citato risulta particolarmente interessante perché racchiude al proprio interno molti elementi che sono comuni a varie innovazioni sociali. In particolare, questo progetto introduce l'elemento delle risposte comunitarie, come il cohousing, in funzione di prevenire l'istituzionalizzazione degli anziani.

#### *4.2.1.3 Integrazione nel contesto urbano*

Come accennato in precedenza, un secondo elemento che caratterizza le innovazioni sociali nell'ambito della residenzialità è connesso strettamente alla dimensione locale (urbana) delle soluzioni adottate. Infatti, questo elemento risulta molto importante perché permette di ridurre il senso di isolamento e di sradicamento dal proprio contesto socio-ambientale, che viene invece spesso percepito all'interno delle grandi RSA. L'integrazione delle strutture con il contesto locale risulta particolarmente positiva in quanto permette all'anziano di rimanere all'interno del proprio quartiere o contesto territoriale di riferimento, in cui mantiene delle relazioni e in cui riesce ad orientarsi. La realizzazione delle strutture in contesti di

---

<sup>71</sup> Secondo la normativa toscana il personale assunto dalle RSA deve essere in relazione ai posti letto presenti nella struttura e non rispetto ai posti letto effettivamente occupati. Ne risulta quindi un costo fisso per il personale che non varia a seconda del numero di utenti. Nelle piccole strutture, a differenza delle grandi RSA, risulta più difficile che un posto letto resti vuoto causando un costo scoperto. Si veda Peruzzi (2011).



quartiere può inoltre contribuire a ridurre l'esclusione sociale degli anziani facilitando sia l'accesso dei familiari che la possibilità di portare l'anziano all'esterno della struttura. Questo elemento, come vedremo meglio in seguito, risulta molto importante nel caso di strutture residenziali per anziani fragili che possono in questo modo uscire facilmente dalla struttura per svolgere le loro attività.

#### *4.2.1.4 Attenzione alla componente relazionale*

Le innovazioni sociali nell'ambito delle risposte residenziali non sembrano essere caratterizzate da una forte componente tecnologica. Quando presente, l'elemento tecnologico risulta comunque marginale nel ripensamento dell'offerta residenziale, a differenza di quello che accade nei servizi di assistenza domiciliare. Allo stato attuale, si parla quindi principalmente di accorgimenti architettonici e/o tecnologici per facilitare la vita dell'anziano all'interno della struttura, senza prevedere elementi particolarmente innovativi. Infatti, ciò che caratterizza le innovazioni sociali in ambito residenziale non è l'adozione di nuove tecnologie, quanto invece la grande attenzione che viene posta nell'elemento relazionale. La creazione di una reale e proficua socialità è infatti vista nelle innovazioni sociali individuate come una degli elementi fondamentali per garantire il benessere e il mantenimento funzionale della persona anziana.

A questo proposito è opportuno citare un caso particolarmente interessante che, nonostante risalga alla fine degli anni settanta, rappresenta uno dei principali esempi in Toscana di innovazione sociale per quel che riguarda l'assistenza residenziale agli anziani.

#### *4.2.1.5 Un caso rappresentativo: Il Centro Sociale di Lastra a Signa*

Il caso a cui facciamo riferimento è il Centro Sociale di Lastra a Signa, una struttura residenziale per anziani autosufficienti gestita interamente dal Comune omonimo, che nel corso degli anni ha provato la sua efficacia di filtro nei confronti delle istituzionalizzazioni in RSA. Il carattere distintivo di questa struttura consiste sia nel forte senso di comunità che si percepisce all'interno, sia nella capacità di agire sul mantenimento funzionale dell'anziano. All'interno del centro infatti tutto ruota intorno allo scambio relazionale e al mantenimento della propria autonomia.

La struttura, che ospita circa un ottantina di anziani, è composta da sessantuno mini appartamenti, con bagno e angolo cottura, in cui l'anziano vive in totale autonomia. Per favorire la socializzazione e lo scambio relazionale sono comunque presenti servizi in comune, come mensa e lavanderia, e numerosi ambienti dedicati alla socializzazione, come ad esempio postazioni computer a ogni piano. La gestione della struttura, inserita perfettamente in un contesto urbano, è affidata a 5 operatori dei quali tre si occupano prevalentemente di incoraggiare la socializzazione, stimolare gli anziani nello svolgimento delle loro attività e nell'appianare eventuali conflitti. Un'altra caratteristica importante del centro è la forte attenzione alla dimensione psicologica dell'anziano. A questo proposito, si noti che gli anziani, a differenza degli operatori del centro, posseggono le chiavi del proprio appartamento. Gli anziani si sentono quindi proprietari del loro spazio, creando un forte senso di autonomia che incide positivamente, sia sul passaggio dalla propria abitazione al centro sociale, sia sulla stimolazione dell'anziano. A titolo precauzionale, una copia delle chiavi dell'abitazione viene consegnata ai familiari dell'anziano, mentre in caso di persone sole una copia viene affidata agli operatori del centro. Ad accrescere questo senso di autonomia contribuisce il fatto che gli anziani versino, proporzionalmente al loro reddito, un piccolo contributo che ha una valenza principalmente simbolica. Inoltre, per facilitare la transizione al centro, gli anziani possono portare dalle precedenti abitazioni i mobili per arredare i piccoli appartamenti in modo da ricreare un ambiente più familiare.

Colpisce anche il ruolo degli operatori che svolgono solo in minima parte compiti più tradizionalmente assistenziali, focalizzandosi invece sulla facilitazione e mediazione dei rapporti tra i vari residenti nel centro. L'azione degli operatori è quindi quasi esclusivamente di carattere culturale, in quanto la parte principale del loro lavoro consiste nello stimolare la socializzazione e nella gestione delle attività del centro. L'assistenza agli anziani se necessaria è condotta dai familiari o da altri inquilini con forme di mutuo aiuto,

che possono scaturire spontaneamente o dal lavoro di mediazione delle operatrici del centro. L'assistenza diretta degli operatori è rivolta esclusivamente agli anziani senza una rete familiare, sebbene si cerchi stimolando le persone ad agire autonomamente e intervenendo solo nei casi di maggiore necessità. In altri termini si osserva un tentativo di non scivolare mai nell'assistenzialismo preferendo concentrare gli sforzi sul mantenimento funzionale degli anziani. Un altro elemento interessante è l'assenza di un presidio medico all'interno del centro. Sebbene per molti anni la struttura sia stata affiancata da un presidio della ASL, l'assenza di componenti sanitarie è percepita in termini positivi da parte degli operatori del centro, che sottolineano come la presenza di un presidio medico incentivasse gli anziani ad usufruirne in modo eccessivo e spesso inadeguato.

La cura dell'aspetto relazionale si ritrova anche nella disposizione degli spazi del centro. La struttura è infatti dotata di numerosi ambienti per lo svolgimento di attività in comune, da servizi condivisi come mensa e lavanderia a postazioni computer poste ad ogni piano. Vi è infatti anche una particolare attenzione all'evoluzione dei bisogni dell'anziano in quanto i bisogni di oggi saranno sicuramente diversi da quelli dell'anziano tra dieci o quindici anni. Inoltre, gli anziani sono coinvolti direttamente nella definizione delle attività del centro, in modo da stimolare la loro progettualità e da andare maggiormente incontro alle loro esigenze. Il centro è poi diventato un punto di riferimento nella comunità coinvolgendo molte associazioni che si ritrovano al suo interno per svolgere le proprie attività. La connessione e la permeabilità tra il centro e la comunità territoriale è molto sentita tra gli anziani, aspetto questo che riduce il senso di sradicamento o istituzionalizzazione percepito in altre strutture. Un altro elemento che alimenta il senso di comunità degli anziani è dato dal fatto che al centro possono accedere solamente i residenti del Comune di Lastra a Signa. Ogni anno il Comune apre un apposito bando a cui possono partecipare solo gli anziani residenti. Si deve notare inoltre che l'accesso a questo servizio è collegata ai requisiti per accedere agli alloggi popolari, dimostrando quindi di essere particolarmente attento alle fasce più vulnerabili della popolazione. In ogni caso la collocazione del centro all'interno di un contesto di quartiere è stata individuata come una degli elementi chiave per il successo del progetto. Il centro è infatti adiacente a una scuola e a una biblioteca garantendo in questo modo una permeabilità abbastanza elevata tra i residenti del centro e il resto della popolazione. Inoltre, gli anziani hanno la possibilità di uscire dal centro per svolgere le proprie commissioni o per ricercare momenti di socialità nei circoli presenti nel quartiere.

Nonostante i risultati molto positivi raggiunti dal Centro Sociale di Lastra a Signa, sia in termini di mantenimento funzionale che di sostenibilità economica<sup>72</sup>, questa struttura rappresenta ancora un caso isolato nell'offerta residenziale toscana. Sebbene alcune caratteristiche del centro siano state assorbite da numerosi progetti, viene spontaneo interrogarsi sulla mancata replicazione di questa iniziativa. Durante le interviste effettuate all'interno e all'esterno del centro sono emerse alcune possibili motivazioni. In primo luogo, l'attuale situazione di finanza pubblica in cui versano i comuni rende particolarmente complesso sostenere gli alti investimenti iniziali per la realizzazione di una struttura di questo tipo. In secondo luogo, la scelta del contesto territoriale risulta fondamentale per la creazione di un sentimento di comunità all'interno del centro, cosa che secondo gli intervistati risulterebbe particolarmente complessa in un quartiere di una grande città. In terzo luogo le esigenze di bilancio portano sempre più i comuni ad esternalizzare l'erogazione delle prestazioni, mentre il modello del centro sociale si basa fortemente su operatori pubblici altamente motivati, che data la maggiore continuità della relazione di lavoro possono creare rapporti più stabili con i residenti del centro. Un ulteriore elemento di potenziale difficoltà nella replicazione di questo progetto risiede poi nello sfasamento tra risultati e cicli politico/elettorali. Si deve infatti sottolineare come la realizzazione di una struttura di questo tipo porti i primi risultati in un orizzonte temporale che supera il mandato di un singolo assessore. Le amministrazioni, dati anche i vincoli di bilancio,

---

<sup>72</sup> Per maggiori approfondimenti si rimanda a Biotti e Maciocco (2013) "Il Centro Sociale di Lastra a Signa: La sfida continua", Masso del Fate edizioni

possono essere quindi tentate di promuovere iniziative di minor impatto ma che portano risultati nel breve periodo.

#### *4.2.1.6 Spunti di riflessione sulle innovazioni sociali nel campo della residenzialità*

Per concludere la sezione relativa alle innovazioni sociali nel campo della residenzialità per anziani fragili o lievemente non autosufficienti, è opportuno richiamare le principali caratteristiche che sono emerse dai casi osservati: In primo luogo si riscontra il tentativo di superare lo schema delle grandi strutture residenziali in favore di contesti più ridotti e umanizzanti; un secondo aspetto riguarda l'importanza di inserire queste strutture all'interno di un contesto urbano in modo da ridurre l'isolamento e l'esclusione degli anziani; In terzo luogo si osserva un cambiamento di approccio, in quanto le forme più tradizionali di assistenzialismo vengono contenute in favore di una maggiore attenzione all'aspetto relazionale, che diventa una componente imprescindibile per stimolare l'autonomia e il mantenimento funzionale dell'anziano. Un ulteriore elemento riscontrato anche nell'ambito della residenzialità risiede nelle forme di mutuo aiuto che si possono generare tra gli anziani all'interno di una comunità. Questo aspetto ha portato poi all'evoluzione di tutta una serie di risposte "solidali" che andremo ad analizzare nella sezione successiva.

#### 4.2.2 Risposte di comunità e residenzialità solidale

Nel corso degli ultimi anni si è assistito alla nascita di numerosi progetti rivolti al sostegno delle persone anziane basati sui principi della solidarietà e del mutuo aiuto. Questi progetti hanno avuto grande slancio con il diffondersi in tutto il territorio nazionale di esperienze di cohousing e condomini solidali. Queste esperienze, dagli esiti molto variabili, sono nate principalmente per fornire una risposta innovativa ai bisogni abitativi di ampie fasce di soggetti vulnerabili che non riuscivano ad accedere agli strumenti di supporto della residenzialità pubblica. L'idea alla base di questi progetti risiede nella condivisione tra più persone di uno spazio, condominio o appartamento, e nella creazione di rapporti di reciprocità tra i partecipanti, in modo da ricevere mutui benefici dalla condivisione. Questa impostazione logica ha da subito attratto molti operatori coinvolti nell'assistenza agli anziani che ne hanno intuito le potenzialità per rispondere a numerosi bisogni della popolazione anziana. In particolare, l'attenzione alla componente relazionale delle persone e lo sviluppo di rapporti di mutuo aiuto sono elementi che appaiono molto importanti per contrastare l'isolamento sociale e relazionale dell'anziano fragile. Si deve notare tuttavia che generalmente le forme di cohousing e di condomini solidali non pongono l'obiettivo specifico di sostenere gli anziani, ma cercano invece di rispondere simultaneamente a numerosi bisogni sociali.

##### *4.2.2.1 Un'esperienza di successo: Abitare Solidale*

Parallelamente al resto d'Italia anche in Toscana sono nate numerose esperienze di condomini solidali e forme di cohousing. Un'esperienza particolarmente significativa è quella di "Abitare Solidale" nata nel 2009 dall'associazione Abitare Solidale Auser. Questa iniziativa, nata inizialmente nei comuni di Firenze e Bagno a Ripoli, si è poi estesa a tutto il territorio regionale riscuotendo molto successo e ricevendo numerosi riconoscimenti internazionali. Il progetto consiste nel far incontrare persone anziane sole, che abitano in case di proprietà, con persone vulnerabili, come donne vittima di violenza o persone che stanno intraprendendo un percorso per uscire dalla marginalità. Nello specifico il progetto prevede che l'anziano accolga nella propria abitazione una persona "vulnerabile" la quale, dall'altro lato, si impegna a sostenere l'anziano nella gestione della casa. In questo modo l'anziano esce da una situazione di solitudine e riceve supporto per la cura della casa, mentre chi viene accolto ha la possibilità di ricostruire le basi della propria indipendenza in un contesto accogliente.

Gli elementi di successo di questo progetto devono essere ricercati nella modalità con cui le coabitazioni sono costruite. In primo luogo una grandissima importanza viene attribuita alla selezione e al *matching* delle persone che partecipano al progetto. Da un lato vengono escluse persone anziane con degenerazioni cognitive, disturbi del comportamento o bisogni assistenziali eccessivamente elevati. Dall'altro lato le persone ospitate sono selezionate in modo da non rappresentare un elemento di pericolo, anche indiretto, per la persona anziana<sup>73</sup>. Un elemento tenuto in grande considerazione nella fase di selezione riguarda le capacità relazionali dei partecipanti e la loro propensione caratteriale alla condivisione. La possibilità che nascano conflitti è infatti reale e una corretta predisposizione dei partecipanti è fondamentale per mitigare tali tensioni. Dopo la selezione dei partecipanti viene effettuato un *matching* tra anziani e ospitati, in modo da trovare una combinazione che riduca le possibili frizioni una volta iniziata la coabitazione. Un accurato processo di selezione e *matching* rappresenta un primo elemento importantissimo per il successo della coabitazione.

Un secondo elemento centrale del progetto riguarda la definizione puntuale dei rapporti di reciprocità. Una volta selezionati e accoppiati i partecipanti, inizia una fase di reciproca conoscenza che termina con la definizione precisa e puntuale dei rapporti di reciprocità che si devono instaurare nella coabitazione. Questo elemento risulta fondamentale in quanto chiarifica le obbligazioni del rapporto e permette alle parti di porre dei limiti alla reciprocità. In questo modo si evita che da un lato l'ospitato non partecipi alla cura della casa o, dall'altro lato, che l'anziano pretenda troppo supporto dell'altra persona. Qualora gli obblighi di reciprocità sottoscritti dai partecipanti non venissero rispettati il rapporto di coabitazione viene interrotto.

Un terzo aspetto fondamentale del progetto è quello della mediazione. Abitare Solidale dispone di una serie di operatori, esperti in psicologia o mediazione dei conflitti, che si occupano di gestire le tensioni che si possono venire a creare durante la coabitazione. La presenza di queste figure risulta fondamentale anche per migliorare la comprensione tra i partecipanti e stimolarli ad aiutarsi vicendevolmente in determinate situazioni.

Questi elementi hanno garantito l'efficacia di questa iniziativa che fino ad oggi ha ricevuto più di mille segnalazioni, sia dagli utenti che dagli stessi servizi sociali, riuscendo ad attivare più di 120 coabitazioni per un totale di 257 persone coinvolte<sup>74</sup>. I numeri relativamente bassi di Abitare Solidale sottolineano però alcune criticità con cui si deve confrontare questa esperienza comunque molto positiva. Da un lato, esiste un primo grande limite di natura culturale, in quanto gli anziani sono ancora molto diffidenti nei confronti di queste iniziative e nel ospitare un estraneo nella propria casa. Un secondo elemento di criticità, riguarda alcune possibili distorsioni che si potrebbero creare nella selezione di alcune categorie di partecipanti. Fino ad oggi infatti risultano molto positive le coabitazioni che vedono coinvolte anziane sole e donne vittime di violenza, mentre altre combinazioni risultano essere maggiormente complesse. Inoltre questo progetto ha dimostrato di essere molto efficace limitatamente al coinvolgimento di persone con una situazione di vulnerabilità, non fornendo quindi indicazioni attendibili per altre categorie di soggetti. Nonostante queste criticità il progetto di Abitare Solidale rappresenta sicuramente un caso di innovazione sociale di successo. Uno dei principali meriti di questa iniziativa è quello di aver individuato un insieme di elementi preparatori e gestionali capaci di garantire con buona probabilità il successo della coabitazione. I futuri sviluppi del progetto di Abitare Solidale sembrano portare alla realizzazione di condomini solidali seguendo gli stessi criteri adottati per le forme di coabitazione.

---

<sup>73</sup> A titolo di esempio, si pensi al caso di una donna vittima di violenza il cui compagno sia ancora a piede libero, con la possibilità che la rintracci mettendo in una situazione di pericolo l'anziano.

<sup>74</sup> Dati provenienti dal sito dell'associazione (ultima visita 12/09/2015)

#### *4.2.2.2 Possibili sviluppi nel territorio fiorentino*

Sempre nel territorio fiorentino si devono sottolineare altre due iniziative non ancora del tutto realizzate per quel che riguarda soluzioni di comunità. La prima riguarda il progetto “Casa della Carità” portato avanti dalla Caritas diocesana per la realizzazione di uno spazio polifunzionale, che includa al proprio interno anche un condominio solidale. Nello specifico lo spazio polifunzionale includerà oltre al condominio solidale, da 18 mini appartamenti destinato ad anziani e giovani coppie, anche un’area infanzia, un centro diurno per anziani, un’area destinata all’accoglienza di persone in situazione di marginalità. La pregevole iniziativa della Caritas mira a realizzare uno spazio aperto alla comunità in cui le pratiche di vicinato solidale coinvolgono gli anziani e le persone vulnerabili di tutto il quartiere. Nella gestione del centro saranno inoltre coinvolte varie realtà del territorio, dalle associazioni alle parrocchie, mentre una comunità di suore si occuperà della mediazione all’interno del condominio solidale.

Una seconda iniziativa meritevole di menzione, riguarda la progettazione da parte del Comune di Firenze di un condominio solidale all’interno della struttura ASP di Montedomini. Questa sperimentazione ancora in fase di progettazione dovrebbe prevedere la realizzazione 15-20 appartamenti da condividere tra anziani e giovani. Per attrarre questi ultimi il Comune sta pensando a proporre prezzi fortemente ribassati in modo da fornire un incentivo economico importante. Inoltre, sempre secondo le prime idee progettuali, dovrebbero essere presenti delle professionalità preposte alla mediazione e al coinvolgimento dei partecipanti in modo da evitare eventuali forme di isolamento. La scelta di sviluppare questo progetto all’interno della struttura di Montedomini deriva sia dal fatto che si trova all’interno del centro storico, quindi inserito in una dimensione di quartiere, sia dalla presenza all’interno della struttura di servizi complementari, come una RSA e un centro anziani. Inoltre, seguendo l’esperienza di Lastra a Signa, alle persone coinvolte nel progetto dovrebbe essere permesso di portare i propri mobili per ricreare un ambiente familiare. Sebbene questo progetto sia ancora nella sua fase di ideazione, risulta molto positiva l’attenzione che il Comune ha rivolto a questa nuova forma di interventi per il sostegno agli anziani. Tuttavia rimangono ancora alcune perplessità sia sulle modalità di determinazione dei rapporti di reciprocità che sui criteri di selezione dei partecipanti, che da quanto emerso dalle interviste dovrebbe essere affidato semplicemente un bando pubblico senza tenere le modalità di selezione individuate da Abitare solidale. Inoltre, particolare attenzione dovrebbe essere posta sulle tipologie di soggetti coinvolti. Se da un lato il coinvolgimento simultaneo di anziani e giovani, ad esempio studenti universitari, risulta essere molto suggestivo, dall’altro si deve considerare le problematiche connesse ai diversi ritmi di vita dei soggetti coinvolti. Infatti la presenza di categorie di soggetti con ritmi di vita fortemente diversi tra loro potrebbe rendere più difficile la realizzazione di effettivi rapporti di reciprocità e, senza un lavoro di forte mediazione, portare paradossalmente a forme di isolamento tra giovani e anziani.

#### *4.2.2.3 Spunti di riflessione sulle innovazioni sociali nel campo della residenzialità solidale*

Per concludere questa sezione è possibile richiamare gli elementi principali che caratterizzano le innovazioni sociali nel campo del cohousing e dei condomini solidali. In primo luogo queste esperienze si basano su rapporti di reciprocità molto forti. Questi rapporti di reciprocità possono essere più o meno formalizzati ma la loro presenza rappresenta un elemento imprescindibile per la buona riuscita dei progetti. In secondo luogo risulta molto importante la presenza di figure professionali coinvolte nella mediazione dei possibili conflitti e nella costruzione di reti relazionali tra i partecipanti. Un errore fatto in alcuni casi di insuccesso è stato quello di credere che le relazioni sociali si generassero automaticamente una volta costituito il condominio, senza agire attivamente per la mediazione e la costruzione di una comunità. Un terzo elemento fondamentale risulta quello della selezione dei partecipanti. Individuare dei meccanismi di selezione che siano efficaci ed equi, permette di ridurre il rischio che si generino conflitti una volta che si instaurano i rapporti di convivenza/vicinato.

### 4.2.3 Nuove forme di assistenza domiciliare

L'area della domiciliarità rappresenta sicuramente uno dei terreni più fertili per lo sviluppo di pratiche di innovazione sociale data la grande variabilità dei servizi offerti e del numero degli attori coinvolti. Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, i servizi rivolti alla domiciliarità hanno visto un sempre maggior coinvolgimento dei soggetti del terzo settore a causa delle limitate risorse e delle priorità individuate dall'amministrazione comunale e regionale. La creazione di una variegata rete di attori coinvolti nell'assistenza all'anziano può rappresentare un forte viatico per lo sviluppo di progetti di innovazione sociale, in quanto è proprio nello sviluppo di nuove pratiche e collaborazioni che si basa il concetto stesso di innovazione sociale. Tuttavia a questo proposito si deve sottolineare come il coinvolgimento del terzo settore dovrebbe essere visto dal soggetto pubblico non tanto come un'occasione per risparmiare risorse, quanto invece come una possibilità di sviluppare servizi più efficaci per rispondere ai bisogni della popolazione anziana. Come abbiamo visto infatti, molti operatori del terzo settore percepiscono queste collaborazioni come un arretramento dell'azione pubblica, divenendo veri e propri erogatori di servizi e perdendo il loro originale ruolo di sussidiarietà. In ogni caso, i vincoli di finanza pubblica a cui sono sottoposti i comuni rappresentano un elemento di oggettiva difficoltà per il reperimento di risorse da destinare ai servizi assistenziali. In questo contesto, l'attenzione posta dai comuni al coinvolgimento del terzo settore, e del mondo dell'associazionismo in particolare, rappresenta un aspetto sicuramente positivo.

#### 4.2.3.1 L'importanza della rete di attori territoriali

Un elemento centrale risulta quindi la costruzione di una rete di attori capaci di collaborare sia per rispondere al singolo bisogno che per seguire le varie fasi del bisogno di un anziano. Questo aspetto risulta valido per qualsiasi tipologia di azioni, dalla prevenzione alla residenzialità, ma risulta particolarmente importante nel contesto della domiciliarità, dove le famiglie e il terzo settore sono chiamati a supplire alle carenze del servizio pubblico. La costruzione di una rete effettiva però passa dal binomio "responsabilità e partecipazione". Infatti gli attori coinvolti devono essere responsabili nel venire incontro alle esigenze dei servizi sociali professionali, garantendo un supporto qualitativamente adeguato e la continuità delle prestazioni per il tempo previsto dai piani di assistenza. Se quindi alle associazioni viene richiesta maggiore responsabilità, dall'altro lato, all'amministrazione comunale viene richiesto di coinvolgere maggiormente il terzo settore nella definizione dei servizi in una logica di maggiore co-progettazione. Sebbene questi concetti siano conosciuti da tempo, la loro applicazione diventa fondamentale sia per la realizzazione di efficaci innovazioni sociali, che a causa dell'attuale limitatezza di risorse disponibili. A questo proposito, il Comune di Firenze già in passato aveva provato a individuare delle modalità di coordinamento tra i vari soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani senza però individuare una modalità efficace che superasse i semplici contatti bilaterali. Le Reti di Solidarietà, illustrate nei precedenti capitoli, hanno rappresentato un pregevole tentativo che oggi necessita di essere riformato. Tuttavia, la sensazione emersa dalle interviste è che le Reti di Solidarietà siano viste dal Comune più come uno strumento di monitoraggio dei bisogni del territorio che come strumento per il coinvolgimento del terzo settore. A questo proposito la speranza è che vengano individuate delle modalità di coinvolgimento più adeguate con la riforma del servizio sociale professionale e l'attribuzione di capacità di spesa alla Società della Salute di Firenze.

Prima di procedere con l'analisi più dettagliata dei principali ambiti di innovazione sociale riscontrati nella domiciliarità, è importante fare un'ultima considerazione in merito alla tipologia di prestazioni erogate. Gli interventi domiciliari mirano a dare risposte a un'ampia gamma di bisogni, con prestazioni che variano da forme di assistenza più tradizionali, come ad esempio l'igiene personale, a interventi "leggeri" rivolti alla sfera relazionale degli anziani. Per quel che riguarda le forme di assistenza più tradizionali si è riscontrato una sostanziale stabilizzazione nel tempo delle prestazioni. In altri termini le prestazioni erogate dal

pubblico, tramite le cooperative sociali, risultano essere ormai cristallizzate nel rispondere alle esigenze pratiche degli assistiti. Coerentemente con la loro finalità, queste prestazioni appaiono abbastanza standardizzate, e quindi difficilmente innovabili in quanto tali, la cui principale criticità risulta essere la frammentarietà con cui vengono erogate.

Nonostante la relativa standardizzazione delle prestazioni sociali si riscontrano nel territorio fiorentino alcuni interessanti ambiti di sperimentazione che presentano significativi elementi di innovazione sociale.

#### *4.2.3.2 Cura della componente relazionale anche nelle prestazioni più tradizionali*

In primo luogo, dalle interviste è emersa la crescente attenzione che viene data all'aspetto relazionale anche nell'erogazione di servizi di assistenza più tradizionali. A questo proposito merita di essere sottolineata l'iniziativa sperimentale "Care of you" condotta dal Comune di Firenze in collaborazione con AUSER Firenze. Questo progetto mira a sostituire il tradizionale servizio di consegna di pasti a domicilio per anziani, soli e lievemente non autosufficienti, con un servizio che includa al proprio interno anche forme di contrasto alla solitudine. I pasti a domicilio, preparati da un nutrizionista, sono consegnati da un volontario che si trattiene con l'anziano durante la consumazione del pasto in modo da fargli compagnia e rilevare i suoi bisogni. Questo progetto è stato avviato in via sperimentale nei mesi estivi per dodici anziani del Quartiere 5 di Firenze che sono stati selezionati in base ai loro bisogni, come solitudine e difficoltà di movimento, e in base a criteri reddituali. L'intenzione, più volte dichiarata da parte del Comune, è quella di estendere questo servizio a tutto il territorio cittadino coinvolgendo un numero maggiore di anziani. Un'altra iniziativa interessante del Comune riguarda la creazione di "mense diffuse" sul territorio fiorentino da realizzarsi in piccole strutture, come ad esempio circoli o centri anziani. Questa iniziativa si rivolge prevalentemente alle persone segnalate dai servizi sociali nell'area di contrasto alla marginalità ma potrebbe avere dei risvolti positivi anche per anziani soli totalmente autosufficienti. L'idea alla base di questa iniziativa, determinata anche da un ridimensionamento delle risorse disponibili, consiste nel sostituire la grande mensa comunale con una serie di piccole mense facilmente accessibili sul territorio in cui venga curato anche l'aspetto relazionale. Nel capitolato di gara per la realizzazione delle sette mense diffuse viene infatti fatto esplicito riferimento alle attività di socializzazione e informazione rivolte agli utenti.

Un primo elemento che sembra caratterizzare i progetti di innovazione sociale nella domiciliarità riguarda quindi il tentativo di integrare le componenti tradizionali delle prestazioni assistenziali con aspetti connessi alla sfera sociale e relazionale degli anziani. A questo proposito, si riscontrano segnali di cambiamento anche nel mondo delle cooperative sociali che, per i motivi evidenziati nei precedenti capitoli, avevano storicamente trascurato la sfera relazionale. Nel corso della ricerca sono state infatti individuate alcune cooperative particolarmente innovative che curano questo aspetto anche nell'erogazione dei servizi più tradizionali di assistenza domiciliare.

#### *4.2.3.3 Modelli assistenziali basati sulla prossimità*

Un secondo aspetto delle innovazioni sociali nel campo della domiciliarità riguarda, il tentativo di sviluppare nuovi modelli di assistenza basati sulla prossimità e su servizi condivisi. L'idea alla base dei progetti di questo tipo consiste nel fornire prestazioni condivise a piccoli gruppi di anziani che abitano relativamente vicini tra loro, ad esempio lo stesso condominio o la stessa strada, riuscendo allo stesso tempo ad abbattere i costi per l'anziano e a curare componente relazionale. Tuttavia, nonostante queste tipologie di progetti presentino un grande potenziale, non mancano le criticità come dimostrano le esperienze abbastanza fallimentari delle "badanti di condominio"<sup>75</sup>. Il principale problema in questi casi può essere infatti la necessità di erogare simultaneamente la stessa prestazione a persone che si trovano fisicamente in luoghi diversi. In questo caso quindi diventa fondamentale individuare gruppi di anziani che presentino bisogni complementari ma non sovrapponibili. Proprio per questa ragione questa tipologia di

---

<sup>75</sup> Si veda a questo proposito Pasquinelli Rusmini (2013)

interventi sembra particolarmente adatta per anziani fragili o persone che presentano un'intensità di bisogno ancora abbastanza lieve, mentre risulta più complessa una sua applicazione nel caso di anziani con bisogni assistenziali più complessi. In ogni caso si deve notare che l'idea di ricorrere a modelli assistenziali basati su prestazioni condivise sta trovando applicazione anche nell'area della residenzialità, come visto nelle sezioni precedenti, proprio per rispondere a bisogni assistenziali più complessi. Un progetto interessante di servizi condivisi per la domiciliarità è "Co-care" del Consorzio CO&SO di Firenze. Infatti, il progetto propone un nuovo modello assistenziale in cui gruppi di quattro anziani potranno usufruire nella propria abitazione di servizi assistenziali integrati da figure specialistiche e dall'uso di tecnologie domotiche e digitali. A dimostrazione dell'interesse suscitato, questa iniziativa è stata selezionata tra i trenta semifinalisti della European Social Innovation Competition e sarà sperimentata in tre regioni italiane: Toscana, Lombardia e Basilicata.

Un ulteriore aspetto che potrebbe modificare la struttura futura dei servizi assistenziali, anche in chiave di innovazione sociale, è rappresentato dalla componente tecnologica. Come visto anche nel caso appena citato, l'innovazione tecnologica sta rendendo possibile immaginare forme di assistenza nuove, che rendano più sicura la permanenza dell'anziano al proprio domicilio. Nuovi sensori "wearable", per il monitoraggio a distanza dell'anziano, o le tecnologie domotiche per abilitare l'anziano nella vita quotidiana, rappresentano delle innovazioni che potrebbero modificare la natura dei servizi assistenziali a domicilio. In particolare risultano interessanti le possibili applicazioni in campo socio-sanitario e di telemedicina, come ad esempio lo sviluppo di programmi di lettura dei movimenti applicati al forme di riattivazione funzionale a distanza. Questi nuovi sviluppi ICT si inseriscono in un contesto storicamente a basso contenuto tecnologico come quello socio-assistenziale. Infatti, ad eccezione di interventi di tele-assistenza e tele-monitoraggio condotti telefonicamente da molti anni, le applicazioni tecnologiche al campo dell'assistenza agli anziani sono molto ridotte. Questa condizione dipende da molti fattori tra cui incide anche un elemento culturale, dovendo relazionarsi con anziani che sono ancora scarsamente pratici nell'uso di dispositivi digitali. Tuttavia, anche in prospettiva della capacità degli anziani di domani, lo sviluppo di nuove tecnologie per l'assistenza agli anziani sta suscitando molta attenzione negli operatori del settore anche per la loro potenziale capacità di ridurre i costi del servizio. Si deve notare tuttavia che l'entusiasmo di molti operatori si scontra spesso con lo stato prototipale di molte innovazioni, aspetto questo che le rende particolarmente complesse da applicare in pratica con costi contenuti. Inoltre, in un'ottica di innovazione sociale, le applicazioni della tecnologia nell'assistenza agli anziani, per quanto molto positive, non dovrebbero cercare di sostituire l'intervento umano, che risulta comunque fondamentale per l'aspetto relazionale. In questo contesto la tecnologia dovrebbe assumere un ruolo abilitante, facilitando l'anziano nella soddisfazione dei propri bisogni e assistendo gli operatori e i familiari nell'assistenza alle persone. Per sostenere la domiciliarità infatti risulta fondamentale intervenire, anche grazie alle nuove tecnologie, sui piccoli problemi pratici che limitano la vivibilità dell'anziano in un ambiente domestico.

#### *4.2.3.4 Spunti di riflessione sulle innovazioni sociali nel campo della domiciliarità*

Per concludere questa sezione è opportuno ricordare la grande variabilità dei bisogni che rientrano nella sfera della domiciliarità. A questo proposito lo sviluppo di innovazioni sociali potrebbe essere favorito dal coinvolgimento nell'assistenza agli anziani di numerosi attori, le cui competenze si intrecciano per fornire risposte più adeguate ai bisogni. I principali aspetti emersi dalla ricerca rispetto all'innovazione sociale nella domiciliarità riguardano: il primo luogo il tentativo di integrare le prestazioni più tradizionalmente assistenziali con aspetti relativi alla componente psicologica e relazionale dell'anziano; In secondo luogo si riscontra un tentativo di ridefinire i modelli assistenziali, basando la presa in carico sul concetto di prossimità. In questo modo, è possibile immaginare servizi capaci di fornire prestazioni condivise tra piccoli gruppi di anziani con bisogni tra loro compatibili; In terzo luogo si riscontra nel campo della domiciliarità un forte interesse per nuovi dispositivi ICT che permettano di monitorare e facilitare la permanenza dell'anziano nella propria abitazione. Un ambito di intervento che non è stato trattato in questa sezione,



ma che è molto importante per sostenere la domiciliarità, riguarda il ruolo delle famiglie e degli assistenti familiari. Data la sua importanza, si è preferito trattare questo argomento separatamente nella prossima sezione.

#### 4.2.4 Assistenti familiari e strumenti di supporto alle famiglie

Come emerso più volte nel corso della ricerca le famiglie e gli assistenti familiari sono gli attori principali per l'assistenza agli anziani. Nonostante la loro importanza sia riconosciuta anche dall'operatore pubblico, i servizi di sostegno alle famiglie si limitano quasi esclusivamente al sostegno economico. Tuttavia, come emerso dall'analisi dei bisogni, le famiglie si trovano spesso ad affrontare problematiche che prescindono dal semplice, seppur fondamentale, sostegno economico. I *care giver* che si occupano dell'assistenza di un anziano si vengono spesso a trovare in una situazione di difficoltà nel gestire la condizione del familiare e nel reperire un collaboratore domestico. A questo proposito si deve riscontrare una maggiore presa di coscienza del problema, sia da parte dell'operatore pubblico che tra i soggetti del terzo settore. Per questo motivo recentemente sono emerse alcune iniziative che sembrano andare nella giusta direzione di fornire maggiore supporto in forma non monetaria ai *care giver* impegnati nell'assistenza all'anziano.

##### 4.2.4.1 Una sperimentazione regionale: il "Pronto Badante"

Un esempio interessante è rappresentato da progetto sperimentale "Pronto Badante" della Regione Toscana. Questo progetto, avviato nel marzo 2015 in via sperimentale nella ex provincia di Firenze, si rivolge agli anziani che si trovano a dover ricorrere a un'assistente familiare essendo per la prima volta in una condizione di difficoltà o fragilità. Gli anziani possono contattare un numero verde e ricevere entro 48 ore la visita a domicilio di un operatore autorizzato, che fornirà loro informazioni concrete sull'offerta dei servizi locali e sui possibili percorsi assistenziali. Si tratta quindi di un primo punto di contatto tra l'anziano e i servizi territoriali che serve a ridurre lo spaesamento della persona anziana che si trova ad affrontare una situazione di difficoltà. Inoltre, a questa forma di segretariato sociale a domicilio può essere affiancato un voucher di trecento euro per coprire le prime ore di lavoro occasionale regolare di un assistente familiare. Questo progetto rappresenta sicuramente un'esperienza positiva avendo ricevuto subito un ampio successo da parte degli utenti con numerose chiamate e visite a domicilio. Tuttavia, nonostante il successo ricevuto, si devono riscontrare alcune criticità che sono emerse nel corso delle interviste. In primo luogo, il nome del progetto ha tratto in inganno numerose persone, infatti molti utenti hanno chiamato il numero verde sperando di ricevere il contatto di un assistente familiare e non informazioni generiche per quanto utili. In secondo luogo, il programma si impegna solo parzialmente nel sostenere l'anziano nelle pratiche necessarie per l'attivazione di un rapporto di lavoro con l'assistente familiare. Nonostante queste criticità il progetto rappresenta comunque un'esperienza positiva che sarà presto estesa a tutto il territorio regionale con alcuni correttivi.

##### 4.2.4.2 Supporto al *care giver* nella gestione delle procedure complesse

Alcune innovazioni sociali individuate dalla ricerca nel campo del sostegno ai *care giver* sembrano muoversi nella stessa direzione del progetto regionale. La caratteristica di queste esperienze è quella di contenere sempre degli elementi che semplificano sia la gestione degli aspetti burocratici, sia la ricostruzione delle prestazioni socio-sanitarie di cui necessita l'anziano che non è in carico ai servizi sociali professionali. Questa operazione di ricomposizione dei servizi e di semplificazione burocratica viene offerta da alcune cooperative sociali, come nel caso della Cooperativa Nomos di Firenze, che si occupano della presa in carico dell'anziano analogamente a come avviene nei servizi sociali. Inoltre, per quel che riguarda l'operazione di ricomposizione dei servizi potrebbe essere interessante ripensare al ruolo delle mutue che, pur occupandosi prevalentemente di prestazioni sanitarie, potrebbero svolgere in futuro un ruolo importante nell'assistenza agli anziani. Un altro aspetto interessante potrebbe essere rappresentato dalla nascita di

imprese collettive di assistenti familiari come nel caso del progetto “Filo di Arianna” della cooperativa sociale Koinè di Arezzo. La nascita di queste imprese potrebbe infatti comportare da un lato una semplificazione per la famiglia, essendo le pratiche burocratiche prevalentemente a carico dell’impresa, e dall’altro garantire una maggiore qualificazione delle assistenti familiari. Quest’ultima tipologia di servizio presenta però alcune criticità, tra le quali un possibile aumento dei costi a carico delle famiglie che, sebbene venga in parte compensato dall’aumento della qualità del servizio, rappresenta un ostacolo alla diffusione di questi progetti.

#### *4.2.4.3 Task Shifting e figure di riferimento*

Due ulteriori aspetti presi in considerazione dalle innovazioni sociali individuate nella ricerca, riguardano la presenza di figure di riferimento e il trasferimento di competenze da un operatore professionale al *care giver*. Come emerso dall’analisi dei bisogni, la mancanza di punti di riferimento che sostengano il *care giver* nel percorso assistenziale dell’anziano rappresenta una delle principali cause del senso di spaesamento dei familiari. Poter contare sulla presenza di una figura precisa, a cui rivolgersi anche per i piccoli problemi, rappresenta un salto di qualità importante nell’assistenza agli anziani. L’altro aspetto riscontrato è quello che riguarda il trasferimento di competenze da operatori specializzati ai *care giver*. Il trasferimento di competenze può riguardare sia aspetti pratici dell’assistenza all’anziano, sia aspetti psicologici che aiutino il *care giver* a vivere con maggiore serenità il carico emozionale e il rapporto con l’anziano. Questi elementi, sebbene risultino particolarmente importanti nel caso di anziani con livelli di non autosufficienza elevati, possono essere di grande aiuto anche nei casi di lieve non autosufficienza o in situazioni particolarmente complesse da un punto di vista emotivo. Inoltre, il trasferimento di competenze al *care giver* viene tarato sui bisogni assistenziali della persona permettendo una qualificazione dell’assistenza adeguata alle esigenze del singolo anziano. Riguardo a questa tipologia di interventi è possibile citare il progetto sperimentale “InFamiglia” condotto nel 2013 dalla cooperativa sociale Nomos in collaborazione con il Comune di Firenze. Questo progetto ha visto il coinvolgimento di 16 famiglie che presentavano anziani con bisogni assistenziali complessi relativi a forme di non autosufficienza elevate. Le famiglie venivano prese in carico da un operatore della cooperativa con la funzione di *tutor*, coordinando le varie figure professionali coinvolte e fornendo un punto di riferimento ai familiari. Il progetto prevedeva, oltre al trasferimento di competenze ai *care giver*, anche una parte di consulenza sull’organizzazione dell’assistenza nell’ambiente domestico, cercando di migliorarne l’accessibilità e l’appropriatezza.

#### *4.2.4.4 Spunti di riflessione sulle innovazioni sociali nel supporto alle famiglie e ai care giver*

Per concludere questa sezione, le innovazioni sociali individuate da questa ricerca presentano alcuni elementi distintivi per quel che riguarda il supporto dei *care giver*. In primo luogo, vi è una componente di sostegno ai familiari nell’accesso alle informazioni e alla semplificazione delle pratiche burocratiche. In questi casi risulta molto importante il lavoro degli attori privati che possono farsi carico più facilmente dei costi indiretti derivanti dai processi di ricostituzione dei servizi e formalizzazione dei rapporti di lavoro. In secondo luogo, alcune esperienze sostengono direttamente le famiglie trasferendo loro la competenza per gestire meglio il loro carico assistenziale e affiancandole con figure di riferimento che le aiutino nella gestione del percorso assistenziale.

#### 4.2.5 Interventi volti alla prevenzione

Come visto nei capitoli precedenti gli interventi del Comune sono orientati prevalentemente sulle fasi acute del bisogno lasciando maggiormente scoperti gli interventi rivolti alla fragilità e alla prevenzione. Questa scelta deriva dalla mancanza di risorse adeguate e dalla necessità di intervenire prioritariamente sulle fasi acute del bisogno. Ciò nonostante risulta fondamentale dato il contesto demografico trovare nuove modalità per intervenire sulla prevenzione in modo da contenere l’insorgenza di fattori che possano

accelerare il declino funzionale dell'anziano. A questo proposito diventano particolarmente importanti due elementi: il coinvolgimento degli attori sul territorio e la creazione di un efficiente meccanismo di screening della fragilità in modo da intervenire prima della manifestazione dei bisogni in una logica di "sociale di iniziativa".

Riguardo alle azioni di prevenzione, risulta fondamentale il coinvolgimento dei vari attori che entrano maggiormente in contatto con le persone anziane, in modo da raggiungere più facilmente l'anziano e renderlo consapevole dei rischi e delle opportunità presenti sul territorio. La costituzione di una rete capace di migliorare l'*empowerment* dell'anziano richiede però che si instaurino dei rapporti di fiducia e collaborazione tra i vari soggetti attivi sul territorio. Questo processo richiede un lavoro costante di mediazione, anche sulla dimensione culturale, in una logica di partecipazione/responsabilizzazione degli attori coinvolti. Un ruolo particolarmente importante all'interno della rete è svolto dal mondo dell'associazionismo che attraverso le sue varie anime riesce ad agire capillarmente sul territorio e permette di raggiungere l'anziano anche tramite canali informali. A questo proposito i centri anziani rappresentano uno dei canali principali per informare e stimolare le persone anziane all'adozione di corretti stili di vita. Si deve notare tuttavia che una sostanziale differenza tra informare semplicemente l'anziano e riuscire a modificare i suoi comportamenti. In questo senso può essere molto importante agire a livello di comunità per fornire una varietà maggiore di stimoli che si rafforzano vicendevolmente.

#### *4.2.5.1 Un progetto del Comune di Firenze: "Salute è Benessere"*

Un progetto interessante nella realtà fiorentina è "Salute è benessere" nato nel 1994 e rinnovato anche per il triennio 2015-2017. Questo progetto, promosso dalla Società della Salute di Firenze e attuato dal Comune e dalla ASL di Firenze, si pone l'obiettivo di strutturare a livello di quartiere una rete di soggetti attivi nella promozione della salute. In ciascun quartiere sono costituiti dei "Gruppi salute è benessere" che coinvolgono una grande varietà di soggetti (semplici cittadini, associazioni, mondo del volontariato, farmacisti, medici di famiglia e sezioni soci della Coop solo per citarne alcune) con la finalità di organizzare iniziative comunitarie volte al contrasto della sedentarietà, alla promozione di corretti stili di vita e alla realizzazione di momenti di socialità. Questi gruppi di quartiere confluiscono poi in coordinamento cittadino in modo da condividere le informazioni ed elaborare nuove progettualità comuni. Questi gruppi svolgono una duplice funzione in quanto, da un lato, permettono di organizzare più efficacemente iniziative rivolte agli anziani di promozione della salute, mentre dall'altro lato permettono di accrescere l'*empowerment* dei partecipanti verso le pratiche di sanità di iniziativa grazie alla presenza di operatori sanitari. Le attività promosse dai Gruppi Salute è benessere sono sia di natura informativa, con la realizzazione di incontri nei centri anziani o in altre sedi, sia di contrasto diretto alla sedentarietà con la realizzazione di passeggiate a cadenza mensile che rappresentano anche un momento di socialità per le persone anziane. Questa iniziativa rappresenta un'esperienza sicuramente positiva per la numerosità di soggetti coinvolti attivamente nell'*empowerment* della comunità e nella promozione della salute degli anziani. Un'ulteriore elemento positivo risiede nella modalità organizzativa nel progetto che prevede un monitoraggio dettagliato dei risultati attesi.

#### *4.2.5.2 Alcuni elementi chiave per un'azione preventiva*

Per quel che riguarda la definizione di un modello di intervento efficace rivolto alla fragilità sono fondamentali alcuni elementi culturali e organizzativi che rendano possibile la presa in carico precoce delle persone anziane. Un primo aspetto culturale che deve modificarsi tra gli operatori coinvolti è quello di passare dalla logica di risposta basata sull'attesa a quella di iniziativa. Il passaggio a un'impostazione basata sul sociale di iniziativa presuppone però dei cambiamenti organizzativi che rendano questo cambiamento effettivo. In primo luogo, è necessario adottare delle procedure di individuazione e monitoraggio della popolazione fragile in modo da agire tempestivamente sui bisogni. In secondo luogo, risulta necessario sviluppare una rete di servizi, anche avvalendosi del terzo settore, capace di intervenire efficacemente sulle condizioni di fragilità. In merito all'individuazione della popolazione fragile è possibile adottare sia modalità

di screening postale, come nel caso del progetto INChianti<sup>76</sup>, sia applicando un approccio di opportunità grazie al coinvolgimento dei medici di medicina generale. A prescindere dal metodo utilizzato risulta fondamentale costruire un database preciso di soggetti potenzialmente fragili su cui indirizzare l'azione più mirata dei servizi. La costituzione di questo database permetterebbe infatti la possibilità di monitorare costantemente gli anziani fragili in modo da individuare eventuali bisogni.

A questo proposito un progetto particolarmente interessante è "e-Care" avviato in fase sperimentale nella Provincia di Bologna già nel 2005. Questo progetto, diventato pienamente operativo nel 2008, ha predisposto un archivio della popolazione fragile grazie a una prima fase di screening e al successivo coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei servizi sociali di Bologna e Provincia. Una volta individuati i soggetti fragili, in particolare tra la popolazione over 75 e in situazioni di solitudine, è stato attivato un servizio di teleassistenza basato su telefonate settimanali che forniscono supporto e compagnia all'anziano. Tramite il servizio di teleassistenza il progetto monitora anche le condizioni dell'anziano e grazie alla verifica di alcuni "eventi sentinella" rende possibile individuare precocemente i segnali di un peggioramento della condizione dell'anziano. Inoltre, i medici di medicina generale e gli assistenti sociali possono facilmente inserire delle segnalazioni di anziani fragili semplicemente inserendo i dati anagrafici dell'anziano all'interno di un apposito sito internet. La rilevanza di questo progetto si vede anche nei numeri degli anziani coinvolti che sono passati da 650 nel 2007 a più di 3'000 nel 2013.

#### *4.2.5.3 Spunti di riflessione sulle innovazioni sociali rivolte alla prevenzione*

Prendendo come spunto questo interessante progetto, è possibile interrogarci sulla possibilità di replicarlo nel territorio fiorentino. A questo proposito si deve osservare che la Regione Toscana si è dotata recentemente di alcune Linee guida per gli interventi sulla fragilità in cui viene analizzati le varie modalità di screening della popolazione. Inoltre sono già stati condotti degli studi da parte dell'Agenzia Regionale di Sanità per testare l'efficacia di modalità di screening postale per l'individuazione di situazioni di fragilità<sup>77</sup>. Questi studi rappresentano sicuramente una solida base da cui poter partire per la realizzazione di uno screening completo della popolazione fiorentina over 75, nonostante il paradigma di fragilità utilizzato nelle rilevazioni si concentri sugli clinico-funzionali trascurando la componente sociale/relazionale della fragilità. Inoltre, prendendo spunto dal caso precedente, una volta realizzato un database con le persone fragili la fase di monitoraggio potrebbe essere facilitata dal fatto che sul territorio fiorentino sia già presente un servizio di teleassistenza. Nel territorio fiorentino quindi nonostante siano presenti alcune esperienze positive non si è ancora arrivati alla definizione di un progetto strutturato di individuazione e monitoraggio della popolazione fragile. Questo elemento è di primaria importanza per la creazione di un sistema di servizi focalizzati nel dare risposte preventive ai bisogni degli anziani.

---

<sup>76</sup> Ferrucci et al. (2000)

<sup>77</sup> Si veda ARS (2011)

## Conclusioni

L'obiettivo generale di questa ricerca era di approfondire l'analisi dei fenomeni connessi all'invecchiamento della popolazione e al concetto di fragilità, in modo da evidenziare le sfide di welfare ad essi connessi ed individuare eventuali aree scoperte e possibili campi di innovazione sociale.

La ricerca si è concentrata in un primo momento sull'analisi del contesto nazionale italiano, evidenziando le principali dinamiche demografiche (invecchiamento della popolazione e diffusione delle malattie croniche) e le sfide associate all'attuale sistema di long-term care (orientato quasi esclusivamente alle fasi acute del bisogno, incentrato sui trasferimenti monetari alle famiglie, e frammentato a livello locale per quel che riguarda la programmazione e la gestione delle prestazioni reali per la fragilità e la non-autosufficienza).

Dopo una fotografia ampia del quadro nazionale, la ricerca ha approfondito quindi l'analisi del contesto toscano, e fiorentino in particolare, per quel che riguarda gli interventi assistenziali alle persone anziane. Tramite lo studio di fonti secondarie e la realizzazione di interviste con attori chiave, è stato possibile delineare con precisione la struttura dei servizi assistenziali presenti sul territorio e il ruolo dei principali attori coinvolti nell'assistenza all'anziano. Dallo studio è emerso un sistema di servizi prevalentemente orientato nel dare risposte alle fasi avanzate della non-autosufficienza, che tralascia, spesso per carenza di risorse, l'applicazione di interventi sistemici rivolti al mantenimento funzionale nelle fasi iniziali del bisogno. In particolare, è stata evidenziata la volontà a livello regionale di identificare una precisa classificazione dei bisogni assistenziali per la non autosufficienza, a cui far corrispondere precise tipologie di interventi e risorse. A questa scelta, è corrisposto anche nel contesto fiorentino un adeguamento dell'offerta di servizi assistenziali rivolta maggiormente alle fasi più acute del bisogno. Questa scelta, dettata anche da esigenze di bilancio, ha portato il Comune di Firenze a cercare con sempre maggiore intensità il supporto del terzo settore nell'erogazione diretta delle prestazioni. In particolare, per quel che riguarda gli interventi rivolti alla fragilità e gli interventi ad alto contenuto relazionale, è aumentato il coinvolgimento delle associazioni che, se da un lato vedono in questo modo riconoscere la loro importanza come erogatori di prestazioni, dall'altro rischiano di veder snaturato il loro ruolo sussidiario all'azione pubblica.

Il passo successivo della ricerca è stato quello di analizzare i bisogni della popolazione anziana fragile e lievemente non-autosufficiente, in modo da evidenziare eventuali bisogni scoperti dai servizi tradizionali. L'analisi dei bisogni è stata effettuata facendo riferimento a fonti sia secondarie che primarie. Come fonti secondarie, sono stati ripresi in particolar modo alcuni studi realizzati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) sul profilo e i bisogni degli anziani fragili in Toscana. Rispetto alle fonti primarie, sono state realizzate numerose interviste ad attori chiave coinvolti nell'assistenza agli anziani, e tre focus group con anziani. Il quadro che emerge rispetto all'invecchiamento e alla fragilità è quello di un insieme di bisogni fortemente eterogeneo, che varia fortemente tra anziani fragili e lievemente non autosufficienti. In prima approssimazione, con intensità variabile tra i vari sottogruppi di anziani, è possibile fare una distinzione tra bisogni assistenziali connessi allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e bisogni maggiormente connessi alla sfera psicologica ed emotiva dell'anziano. Riguardo alla prima categoria, i bisogni emersi sono coerenti con quelli individuati dagli studi condotti dall'ARS e variano di intensità a seconda che si tratti di anziani fragili o di lievemente non autosufficienti. Le risposte assistenziali per questa tipologia di bisogni sono attualmente presenti sul territorio, sebbene la loro intensità non riesca a coprire interamente la domanda proveniente da anziani e famiglie, nonostante il crescente coinvolgimento del terzo settore. Per quel che riguarda i bisogni della sfera psicologica ed emotiva, si deve riscontrare una crescente sensibilità da parte degli operatori, sia pubblici che del terzo settore, nonostante assumano ancora un'attenzione

minore rispetto ai bisogni di natura pratica. Infatti, interventi rivolti a contrastare la solitudine e l'isolamento relazionale sono condotti quasi esclusivamente dal mondo dell'associazionismo.

### Cosa è emerso dalla mappatura delle esperienze di innovazione sociale

Dopo l'analisi del contesto e dei bisogni assistenziali della popolazione anziana, la ricerca si è concentrata nel mappare i principali trend di innovazione sociale presenti sul territorio regionale. La finalità è stata quella di evidenziare come le innovazioni sociali stiano influenzando l'attuale struttura dei servizi assistenziali, promuovendo nuove collaborazioni tra gli attori e modificando il focus delle tradizionali aree di intervento socio-assistenziali. Nello specifico la ricerca ha individuato i seguenti di innovazione sociale:

- Nuovi modelli di residenzialità leggera;
- Risposte di comunità e residenzialità solidale;
- Nuove forme di assistenza domiciliare;
- Assistenti familiari e strumenti di supporto alle famiglie;
- Interventi volti alla prevenzione.

Per quel che riguarda l'ambito della residenzialità, è in atto un ripensamento dell'offerta residenziale in Toscana volto a garantire una maggiore adeguatezza delle prestazioni e contestualmente a superare le strutture residenziali in favore di contesti più ridotti (6-8 posti letto) e umanizzanti. La ricerca ha inoltre individuato alcune esperienze volte alla costruzione di strutture di tipo temporaneo, pensate per ricoveri di sollievo o per anziani che si trovino solo temporaneamente nella condizione di non autosufficienza (ad esempio in seguito a ricoveri ospedalieri).

Un ulteriore aspetto, emerso dall'analisi delle innovazioni sociali nel campo della residenzialità, riguarda l'integrazione delle strutture residenziali all'interno di un contesto territoriale e di comunità. Garantire la permeabilità della struttura con la comunità circostante facilita infatti la riduzione dell'isolamento e dell'esclusione sociale degli anziani. Inoltre, un ulteriore elemento di innovazione riscontrato nella ricerca vede il ripensamento stesso della funzione assistenziale in campo residenziale. Infatti, come dimostra il caso del Centro Sociale di Lastra a Signa, è possibile ripensare l'offerta residenziale cercando di intervenire prima del verificarsi della non autosufficienza, con interventi di natura maggiormente relazionale, volti a stimolare l'invecchiamento attivo e il mantenimento funzionale dell'anziano. In questo contesto, l'anziano viene stimolato al mantenimento della propria autonomia, ad esempio gestendo la propria abitazione, in un ambiente protetto ma senza dinamiche assistenzialistiche. Vi è quindi anche un ripensamento della funzione stessa degli operatori, non più visti esclusivamente come addetti all'assistenza dell'anziano, ma anche come soggetti incaricati di stimolare il contesto culturale e relazionale in cui vivono gli anziani.

Per quel che riguarda le iniziative comunitarie e di residenzialità solidale, si osserva una crescente attenzione a questa tipologia di servizi anche da parte dell'operatore pubblico. In particolare, si stanno affermando forme di co-abitazione tra anziani e varie tipologie di soggetti, nonostante la presenza di alcune barriere culturali. Questa tipologia di servizi, ripensando la funzione dell'abitazione, sono centrati su modelli di mutuo aiuto basati su relazioni di prossimità e reciprocità. In particolare, come evidenziato dall'esperienza Abitare Solidale, i rapporti di reciprocità possono essere più o meno formalizzati ma la loro presenza rappresenta un elemento imprescindibile per la buona riuscita dei progetti. Inoltre, risulta molto importante la presenza di figure professionali appositamente dedicate alla costruzione delle reti relazionali e alla mediazione di possibili conflitti tra i partecipanti a questa tipologia di progetti. Infatti, un errore frequente nei casi di insuccesso è stato quello di credere che le relazioni sociali si generassero automaticamente una volta generato il rapporto di co-abitazione, senza agire attivamente per la mediazione e la costruzione di una comunità. Un ulteriore elemento di fondamentale importanza per la riuscita di queste iniziative, è rappresentato dalla definizione di precisi meccanismi di selezione dei

partecipanti. Infatti, individuare delle modalità di selezione che siano efficaci ed eque permette di ridurre il rischio che si generino conflitti una volta instaurati i rapporti di co-abitazione e massimizza le potenzialità e probabilità di successo dell'esperienza nel suo complesso.

In merito alla diffusione delle innovazioni sociali nel campo della domiciliarità, si osserva un settore caratterizzato da una grande variabilità di bisogni assistenziali e di soggetti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni domiciliari. Uno dei principali aspetti emersi dalla ricerca riguarda l'integrazione delle prestazioni più tradizionalmente assistenziali con aspetti relativi alla componente psicologica e relazionale dell'anziano. A questo proposito si osserva il crescente coinvolgimento delle associazioni nell'integrare le tradizionali prestazioni assistenziali con componenti volte a migliorare la socialità dell'anziano. Un secondo aspetto emerso nel campo della domiciliarità riguarda il tentativo di ridefinire i modelli assistenziali, basando la presa in carico sul concetto di prossimità. In questo modo, è possibile immaginare servizi capaci di fornire prestazioni condivise tra piccoli gruppi di anziani che, legati da rapporti di prossimità e con bisogni tra loro compatibili, possano dividere i costi del servizio. Sebbene queste tipologie di servizi presentino delle oggettive difficoltà nella selezione dei partecipanti, si deve riscontrare una crescente attenzione da parte del terzo settore per i servizi di prossimità. Un ulteriore aspetto delle innovazioni sociali nel campo della domiciliarità, è rappresentato dal forte interesse per nuovi dispositivi ICT che permettano di monitorare e facilitare la permanenza dell'anziano nella propria abitazione. L'adozione di strumenti tecnologici deve però essere vista in funzione abilitante per l'anziano e non sostitutiva dell'azione umana. Inoltre, si deve notare che la grande attenzione rivolta alle soluzioni ICT si scontra spesso con la dimensione ancora prototipale di queste soluzioni.

Per quel che riguarda le innovazioni sociali individuate rivolte al supporto dei *care giver*, si riscontra un'attenzione particolare al sostegno dei familiari nell'accesso alle informazioni e alla semplificazione delle pratiche burocratiche. In questi casi risulta molto importante il lavoro degli attori privati che possono farsi carico più facilmente dei costi indiretti, derivanti dai processi di ricostituzione dei servizi e formalizzazione dei rapporti di lavoro. Un ulteriore elemento emerso dalla ricerca, riguarda l'importanza di sostenere le famiglie non solo con supporti economici, ma trasferendo loro le competenze necessarie per gestire al meglio il loro carico emotivo ed assistenziale. In questo contesto è emersa l'importanza di sostenere il *care giver* con figure di riferimento che lo aiutino nella gestione del percorso assistenziale.

In merito alle innovazioni sociali volte all'adozione di interventi di prevenzione, infine, la ricerca ha evidenziato l'importanza di costruire e mantenere un sistema di individuazione e monitoraggio della popolazione anziana fragile, in modo da poter agire tempestivamente sulle fasi iniziali del bisogno. In questo contesto, diventa cruciale poter contare su una rete di attori territoriali, capaci entrare in contatto con l'anziano in contesti diversi. La rete territoriale risulta particolarmente importante sia per segnalare tempestivamente la condizione di fragilità ai servizi, sia per intervenire in modo multidimensionale sulla condizione dell'anziano.

### Spunti di riflessione per gli interventi futuri

Gli attuali trend demografici, uniti all'attuale contesto di finanza pubblica, rischiano di rendere insostenibili o inappropriate le risposte assistenziali per come le conosciamo oggi. Dalla ricerca emerge chiaramente la necessità di ripensare l'attuale sistema di risposta alla non-autosufficienza agendo proattivamente sulla fragilità e sul contrasto delle malattie croniche. La convinzione è che si debba investire maggiormente sulle fasi iniziali del bisogno in modo da ritardare al massimo l'istituzionalizzazione delle persone anziane, con vantaggi sia per la qualità della vita dell'anziano che per i costi sostenuti dalla comunità. Per fare questo, un primo passo necessario è agire preventivamente identificando e monitorando la popolazione fragile attraverso l'elaborazione di un sistema di screening. In questo contesto, diventa fondamentale il coinvolgimento dei vari attori presenti sul territorio, sia per migliorare le prestazioni offerte, che per

reperire risorse aggiuntive in un momento in cui i vincoli di finanza pubblica sono particolarmente stringenti.

Gli spunti emersi da questa ricerca, in merito alle modalità con cui le principali innovazioni sociali stanno modificando l'offerta di servizi assistenziali rivolti agli anziani, indicano alcuni elementi che dovrebbero essere presi in considerazione nella progettazione delle future prestazioni rivolte agli anziani:

- I servizi particolarmente innovativi sembrano caratterizzati da una forte attenzione alla dimensione relazionale dell'anziano, così come da un abbandono del tradizionale approccio assistenziale in favore di un maggior coinvolgimento dell'anziano volto al mantenimento funzionale. Questi aspetti possono essere implementati anche nelle prestazioni più tradizionalmente assistenziali e rivolte al supporto dell'anziano nello svolgimento delle attività della vita quotidiana;
- Emergono come interessanti le potenzialità delle risposte di tipo comunitario, sia basate su precisi rapporti di reciprocità all'interno della comunità, sia attraverso la progettazione di servizi condivisi tra vari beneficiari. In entrambi i casi, è importante sottolineare come sia necessario elaborare delle procedure per la selezione dei beneficiari, da un lato, e fare affidamento su apposite figure professionali che si occupano della gestione e mediazione della comunità, dall'altro. I servizi condivisi e le risposte comunitarie possono rappresentare una grande opportunità sia per incrementare le risposte domiciliari, che per migliorare i servizi residenziali;
- Un elemento fondamentale risiede nel rafforzamento degli interventi rivolti all'*empowerment* dell'anziano (attraverso l'adozione di corretti stili di vita che facilitino il mantenimento funzionale), e all'*empowerment* del *care giver* (provvedendo al passaggio di specifiche competenze e informazioni in modo da facilitare il compito assistenziale). All'interno di questa categoria di interventi rientrano anche quei servizi che mirano a sostenere gli anziani o le famiglie nella gestione di pratiche complesse, come ad esempio il reperimento di un assistente familiare, e nell'individuazione di figure di riferimento nei percorsi assistenziali.



## Appendice

Pubblico	
	Assessore al Welfare del Comune di Firenze
Sara Funaro	
Vincenzo Cavalleri	Direttore servizi sociali del Comune di Firenze
Andrea Francalanci	Società della Salute di Firenze - Coordinatore amministrativo
Cesare Baccetti e Leonora Biotti	Servizi sociali di Lastra a Signa
Giulietta Becciolini	Referente Centro Diurno Airone
Francesca Bini	Assistente sociale del Comune di Firenze
Elisabetta Masala	Assistente sociale del Comune di Firenze
Coop Sociali	
Claudia Fiaschi	Presidente Confcooperative Toscana
Eleonora Vanni	Vicepresidente nazionale Legacoop sociali
Massimo Campedelli	Agenzia MAISOLI
Paolo Peruzzi	Cooperativa Sociale Koiné
Gaia Guidotti	Cooperativa sociale Nomos
Cristina Dragonetti	Cooperativa sociale Minerva
Associazioni	
Lorenzo Viciani	Presidente provinciale Anteias Firenze
Gabriele Danesi	Abitare solidale
Alessandro Martini	Direttore Caritas di Firenze
Renato Boni	Presidente Auser Toscana
Giovanni Dell'Olmo	Presidente Auser Firenze
Laura Pacini	Volontaria della Comunità di Sant'Egidio
Mario Andreini	Presidente centro Anziani Villa Bracci
Rossano Righi	Presidente Centro anziani Il Lido
Barbara Gonella	Rete di solidarietà Quartiere 2

	Rita Ziliani	Rete di solidarietà Quartiere 1
	Cecilia Nieri	Misericordia di Vicopisano
	Enrica Corti	Presidente CIF Vicopisano
	Manlio Matera	AIMA
	Mattia Luti	Misericordia di Lastra a Signa
Esperti		
	Cristiano Gori	Università Cattolica di Milano
	Luca Puccetti	Osservatorio Sociale Regionale
	Corrado Marcetti	Fondazione Michelucci
	Gavino Maciocco	Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze
	Paolo Francesconi	Agenzia Sanitaria Regionale Toscana
Focus Group		
	Centro Diurno Comunale "Airone"	
	Centro anziani "Villa Bracci"	
	Centro anziani "Il Lido"	

## Bibliografia

- ARS- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2009). Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana. *I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BISS*. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana n.50. p.23-30, dicembre 2009
- ARS- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2011), La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota nelle Società della salute Fiorentina Sud-est e Valdichiana Senese. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana n.57
- ARS- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2013), Salute e invecchiamento attivo in Toscana. Risultati della sorveglianza della popolazione con 65 anni e più. PASSI D'ARGENTO.
- Ávila-Funes, J. A., Helmer, C., Amieva, H., Barberger-Gateau, P., Le Goff, M., Ritchie, K., ... & Dartigues, J. F. (2008). Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(10), 1089-1096.
- Baldini, M., Gori, C., Mazzaferro, M., Morciano, M., (2008), Costi e argomenti. In Gori (2008). *Le riforme regionali per i non autosufficienti*. Biblioteca di testi e studi, Carocci
- Barbabella F., Chiatti C., Di Rosa M., Gori C., (2013) La bussola di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati. *Autosufficienza, N. N. (2013). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia-Rapporto 2013*. Maggioli Editore. Pp.11-28
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43
- Biotti, L., e Maciocco, G., (2013). *Il Centro Sociale di Lastra a Signa: La sfida continua*. Masso del Fate edizioni
- Carboni S., Elia E. e Tola P., (2012). *Anziani e non autosufficienza. Ruolo e servizi del volontariato in Toscana*, Quaderni Cesvot n. 57, Firenze, 2012
- Cavazza, G., Malvi, C. (2014) *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*, Maggioli, Rimini, 2014
- Cesari, M., Leeuwenburgh, C., Lauretani, F., Onder, G., Bandinelli, S., Maraldi, C., ... & Ferrucci, L. (2006). Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *The American journal of clinical nutrition*, 83(5), 1142-1148.
- Consiglio Sanitario Regionale Toscana (2013), *La fragilità dell'anziano: Linea guida Consiglio Sanitario Regionale*, SNLG Regioni; 21
- Faraoni, M. Toigo, M., (2014). Percorsi di fragilità: anziani e non autosufficienza. In *Il Profilo Sociale Regionale, Anno 2014, Analisi della situazione sociale in Toscana*. Regione Toscana e Osservatorio Sociale Regionale pp 47-52
- Faraoni, M., (2014 a). Il terzo settore: orientamento e potenzialità. In *Il Profilo Sociale Regionale, Anno 2014, Analisi della situazione sociale in Toscana*. Regione Toscana e Osservatorio Sociale Regionale pp 82-87
- Faraoni, M., (2014 b). Il lavoro domestico di cura. In *Il Profilo Sociale Regionale, Anno 2014, Analisi della situazione sociale in Toscana*. Regione Toscana e Osservatorio Sociale Regionale pp 87-89
- Ferrera, M., & Maino, F. (2012). Quali prospettive per il Secondo Welfare?.
- Ferrucci, L., Bandinelli, S., Benvenuti, E., Iorio, A., Macchi, C., Harris, T. B., & Guralnik, J. M. (2000). Subsystems contributing to the decline in ability to walk: bridging the gap between epidemiology and geriatric practice in the InCHIANTI study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1618-1625.

- Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Rotolo A., Tassell S., (2013) Sistemi di Welfare in Europa: trend in atto e sfide per l'Italia. Cergas-Bocconi (Ed.), Rapporto OASI, 89-110
- Fosti G., Notarnicola E., (2014), L'Italia in controluce. Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), (2014). *Il welfare e la long term care in Europa*. EGEA, pp. 297-320
- Fosti, G., Larenza, O., Longo, F., & Rotolo, A. (2012). Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?. Cantù E.,(a cura di),(2012), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 338-343.
- Gori C., Pelliccia L., (2013) I territori davanti alla crisi. *Autosufficienza*, N. N. (2013). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia-Rapporto 2013*. Maggioli Editore. Pp.45-70
- Gori C., Pelliccia L., Tidoli R., (2010) Le politiche regionali. *Autosufficienza*, N. N. (2010). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia-Rapporto 2013*. Maggioli Editore. Pp.91-123
- Gori, C., Rusmini G., (2014), Le politiche per la non autosufficienza della Regione Toscana in prospettiva comparata. In IRPET, (2014), *La sostenibilità di un modello universale di copertura contro il rischio di non autosufficienza*
- Hábert, R., Bravo, G., Korner-Bitensky, N., and Voyer, L. (1996). Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. *Age and ageing*, 25(2), 159-167.
- Howaldt, J., Butzin, A., Domanski, D., & Kaletka, C. (2014). Theoretical Approaches to Social Innovation - A Critical Literature Review. A deliverable of the project: "Social Innovation: Driving Force of Social Change" (SI-DRIVE). Dortmund: Sozialforschungsstelle.
- IRPET-Istituto Regionale Programmazione Economica della Toscana (2014). *La Sostenibilità di un modello universale di copertura contro il rischio di non autosufficienza*.
- ISTAT (2013), *I Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2011*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2014 a), Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati (disponibile al sito: <http://www.istat.it/it/archivio/122975>)
- ISTAT (2014 b), Tendenze demografiche e trasformazioni sociali: nuove sfide per il sistema di welfare. In Rapporto annuale 2014 - la situazione del Paese
- Jürschik, G. P., Escobar, B. M., Nuin, O. C., & Botigué, S. T. (2011). Frailty criteria in the elderly: a pilot study. *Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 43(4), 190-196.
- Magatti M., Lodigiani R., (a cura di) (2013), Welfare 2020. Il futuro dei sistemi di protezione sociale nel nostro paese. *Fondazione Roma, Università Cattolica*.
- MeS - Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna. (2013). Il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana - REPORT 2012 Società della Salute/Zone-Distretto. Reperibile al link: "<http://www.meslab.sssup.it/it/index.php?page=repor>" (ultima visita 29/09/2015)
- Ministero dell'Interno (2013). *Gli sfratti in Italia: andamento delle procedure di rilascio di immobili ad uso abitativo*.

- Murray, R., Caulier-Grice, J., & Mulgan, G. (2010). *The open book of social innovation*. National endowment for science, technology and the art.)
- OECD (2007) *Conceptual Framework And Methods For Analysis Of Data Sources For Long-Term Care Expenditure*.
- Osservatorio Sociale Regionale della Toscana (2014), *Il Profilo Sociale Regionale, Anno 2014, Analisi della situazione sociale in Toscana*
- Pasquinelli S., Rusmini G., (2013) Il punto sulle badanti *Autosufficienza, N. N. (2013). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia-Rapporto 2013*. Maggioli Editore. Pp.113-136
- Peruzzi, P., (2011). *Non autosufficienza e territorio: L'innovazione nel campo dei servizi alla non autosufficienza. Nuovi approcci allo sviluppo della cooperazione sociale e del welfare locale*. Maggioli Editore
- Pesaresi F., (2008), La normativa statale e regionale sui livelli essenziali. In Ranci Ortigosa, E., Bosi, P., Da Roit, B., Gori, C., & Pesaresi, F. (2008). *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*. Pp 105-193
- Ravagli, L., (2014). L'impatto della riforma dell'ISEE sulle prestazione socio-sanitarie per la non autosufficienza in Toscana. IRPET, Studi e Approfondimenti
- Razzanelli M., Profili F., Mossello E., Bandinelli S., Corridori C., Salvioni A., Francesconi P., Cipriani F., (2013), Screening della fragilità e valutazione multidimensionale degli anziani residenti a domicilio per la prevenzione secondaria della disabilità: risultati di uno studio pilota. *Epidemiol Prev* 2013; 37 (4-5) luglio-ottobre: 271-278
- Regione Toscana, (2013), *La Fragilità dell'anziano, Linee guida SNLG Regioni 21*
- Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A. (2007). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 738-743.
- Romero-Ortuno, R., Soraghan, C. (2014). A Frailty Instrument for primary care for those aged 75 years or more: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, a longitudinal population-based cohort study (SHARE-FI75+). *BMJ open*, 4(12), e006645.
- Rotolo A., (2014), Italia. Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), (2014). *Il welfare e la long term care in Europa*. EGEA, pp. 93-115
- Samek Lodovici, M., Oliva, D., Loi D., Amerise C., Rusmini, G., Vasilescu, C., (2015) *Lavoro domestico di cure: pratiche e benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa*.
- Santos-Eggimann, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(6), 675-681.
- SdS Firenze – Società della Salute di Firenze (2014). *Profilo di salute e dei servizi socio sanitari. Relazione sullo stato di salute di Firenze – Anno 2012 –Edizione 2014*
- SdS Firenze – Società della Salute di Firenze (2015). *Profilo di salute e dei servizi socio sanitari. Relazione sullo stato di salute di Firenze – Anno 2013 –Edizione 2015 (In Corso di pubblicazione)*
- Sebastiani, G., Iannucci, L., & Vannoni, F. (2005). *Disabilità e non autosufficienza. Approfondimenti sull'indagine Multiscopo Istat salute*, 126-142.
- Stock, S., Starke, D., Althenhofen, L., & Hansen, L. (2011). Disease-management programs can improve quality of care for the chronically ill, even in a weak primary care system: a case study from Germany. *Commonwealth Fund Publication*, 1560, 24.
- Syddall, H., Roberts, H. C., Evandrou, M., Cooper, C., Bergman, H., & Sayer, A. A. (2009). Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age and ageing*, afp204.

- TEPSIE, 2014, 'Social Innovation Theory and Research: A Summary of the Findings from TEPSIE.' A deliverable of the project: "The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe" (TEPSIE), European Commission – 7th Framework Programme, Brussels: European Commission, DG Research
- WHO - World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization.

## Sitografia

- ARS (2013 b), Indicatori pARSis, Disponibili al sito: "[https://www.ars.toscana.it/it/portale-dati-marsupio-dettaglio.html?codice\\_asl=9000](https://www.ars.toscana.it/it/portale-dati-marsupio-dettaglio.html?codice_asl=9000)"
- Database Eurostat (2014 a), dati disponibili all'indirizzo web: "<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>". (Ultima visita, 23/09/2015)
- Database Eurostat (2014 b), dati disponibili all'indirizzo web: "<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>". (Ultima visita, 23/09/2015)
- Imbergamo, B. 2015, Innovazione sociale: una questione di metodo e politica. Articolo web disponibile all'indirizzo: <https://www.che-fare.com/innovazione-sociale-una-questione-di-metodo-e-di-politica/>
- ISTAT (2011), Censimento delle istituzioni Non Profit 2011, disponibile al sito: "<http://dati-censimentoindustriaeservizi.istat.it/?lang=it>"
- ISTAT (2013), I presidi residenziali socio-assistenziale e socio-sanitari. Disponibile al sito: <http://www.istat.it/it/archivio/106719>
- ISTAT (2014), Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati
- ISTAT (2015 a), Noi-Italia. Disponibile al sito: <http://noi-italia2015.istat.it/>
- ISTAT (2015 b), Noi-Italia, Crescita naturale e migratoria. Disponibile al sito: "[http://noi-italia2015.istat.it/index.php?id=7&L=0&user\\_100ind\\_pi1%5Bid\\_pagina%5D=24&cHash=894df423ed5f4f09c0bc61a47e84b619](http://noi-italia2015.istat.it/index.php?id=7&L=0&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=24&cHash=894df423ed5f4f09c0bc61a47e84b619)". (Ultimo accesso 17/09/2015)
- ISTAT (2015 c), Noi-Italia, Indice di vecchiaia. Disponibile al sito: "[http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&L=0&user\\_100ind\\_pi1%5Bid\\_pagina%5D=22&cHash=b3f66200a4343e69f7772a56d8ceb01](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&L=0&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=22&cHash=b3f66200a4343e69f7772a56d8ceb01)". (Ultimo accesso 17/09/2015)
- Studio inCHIANTI, "[www.inchiantistudy.net](http://www.inchiantistudy.net)" (Ultimo accesso 28/09/2015)