



*Comitato per il controllo e  
la valutazione delle politiche*

# La non autosufficienza nelle Marche



# La non autosufficienza nelle Marche

La relazione *La non autosufficienza nelle Marche: una valutazione del sistema di intervento pubblico fra domanda di cura ed offerta di servizi all'interno del quadro italiano* è datata Dicembre 2019. La relazione *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche: il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie* è datata Aprile 2020.



Le Marche sono una regione in cui si vive a lungo. Lo dicono i dati statistici sulla longevità che ci collocano al di sopra delle medie nazionale ed europea.

Occorre partire da qui per poter ragionare su un modello di assistenza agli anziani che garantisca al massimo la loro autosufficienza.

Come evidenziato negli studi raccolti in questo "Quaderno", promossi dal Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche regionali, l'ottenimento di dati così lusinghieri si deve anche al nostro welfare.

Tuttavia, non possiamo ritenerci soddisfatti del conquistato prolungamento dell'esistenza, essendo importanti le condizioni reali di vita dell'anziano.

Con il passare degli anni, infatti, si manifesta un generale deterioramento delle condizioni cognitive e motorie, ma anche di quelle psichiche, non meno importanti delle prime due.

Per migliorare la qualità della vita è, quindi, necessario adeguare le risposte sia del sistema sanitario che delle politiche sociali.

Tutto ciò assume un'urgenza particolare oggi, considerando l'impatto che l'emergenza sanitaria legata al Covid 19 ha avuto sulla popolazione anziana, anello fragile della nostra società.

La pandemia ha evidenziato quanto sia importante la dimensione territoriale dei servizi socio-sanitari per fronteggiare le malattie infettive. La prevenzione, il tempestivo intervento dei test, la disponibilità di dispositivi di protezione personale, la dimensione domiciliare della cura e dell'assistenza dovrebbero spingere a rafforzare un modello regionale meno legato all'istituzionalizzazione delle strutture di ricovero e maggiormente in grado di organizzare e mobilitare le risorse del territorio.

Troppe volte abbiamo visto, infatti, strutture che si sono rivelate impreparate a tutelare i cittadini-utenti e che vanno, invece, rapidamente adeguate in termini di competenze, ambienti idonei e dispositivi di sicurezza.

Ma, al di là dell'emergenza, lo sguardo va allargato ad uno spettro di interventi che in altre parti d'Europa hanno trovato attuazione per dare sostegno agli anziani, singoli o in coppia: il portierato sociale, il co-housing, la rimozione delle barriere architettoniche esterne e interne alle abitazioni, la domotica.

Proprio in tema di ambient assisted living la Regione è pioniere e tuttora impegnata con misure rivolte non solo alle imprese e alla formazione di figu-

re tecniche dedicate. Dal 2012 le Marche insieme al Ministero della Salute e all'IRCCS INRCA è sede dell'agenzia "Italia longeva", un network dedicato all'invecchiamento per promuovere una nuova visione dell'anziano come soggetto attivo per la società.

Un settore di grande sviluppo, connesso alla domotica, è la telemedicina su cui è importante investire sia nelle aree urbane che in quelle rurali, a partire dalla dimensione domiciliare e dalla rete delle farmacie.

Fondamentale è, inoltre, l'intervento nella formazione del personale medico, di assistenza e di prossimità: dai medici di base agli infermieri di comunità, dagli assistenti domiciliari agli psicologi.

Ma la formazione permanente, la cittadinanza attiva, l'acquisizione di conoscenze e abilità digitali di base, e non solo l'uso dei cellulari, devono avere gli anziani stessi come protagonisti.

Tutte queste tipologie d'intervento dovrebbero diventare oggetto di una proposta nazionale, condivisa con le Regioni, per investire appropriatamente le ingenti risorse europee messe a disposizione per innovare il sistema socio-sanitario in direzione delle priorità che l'emergenza sanitaria ha segnalato.

La Regione è, tra l'altro, già soggetto attivo sia nel campo delle politiche sociali rivolte agli anziani e in particolare alla non autosufficienza, sia nelle politiche sociali di assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale, dove ha investito nell'attuale legislatura risorse cospicue pari a circa mezzo miliardo di euro.

Sicuramente da accogliere è, infine, l'indicazione che emerge dalla ricerca di dare un ruolo maggiore alle Regioni nella gestione delle risorse dedicate all'indennità di accompagnamento, anche per collegarla con analoghe misure messe in atto dall'ente. Sappiamo come in Italia il fenomeno della non autosufficienza degli anziani sia stato affrontato, in gran parte, monetizzando gli interventi per le famiglie, al punto che questo tipo di intervento rappresenta il 60% della spesa complessiva nel settore.

Le ricerche pubblicate in questo volume offrono un'interessante istantanea del quadro sociale e sanitario collegato alle prospettive di vita degli anziani, fornendo molti spunti per risolvere le criticità delle politiche di settore e adottare soluzioni capaci d'incidere nel breve e nel medio periodo.

**ANTONIO MASTROVINCENTO**

*Presidente del Consiglio Regionale delle Marche*

# Presentazioni

Il Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche è stato costituito nel 2017 ed ha avviato la propria attività con molto impegno, nella convinzione che la valutazione sugli effetti derivanti dalle scelte politiche espresse nelle norme, sia un elemento fondamentale per una produzione legislativa sempre più capace di dare risposte appropriate alle esigenze dei cittadini.

Nel corso della propria attività, svoltasi nell'arco di poco più di due anni, il Comitato ha assunto iniziative significative quali l'introduzione di clausole valutative nei progetti di legge all'esame dell'Assemblea legislativa regionale, esame di rapporti sull'attuazione delle politiche di settore e partecipazione al progetto CAPIRe della Conferenza dei presidenti delle Assemblee legislative delle regioni e delle province autonome.

Il tema della non autosufficienza è stato considerato dal Comitato estremamente rilevante sia per la natura delle problematiche ad esso connesse sia per la complessità degli interventi messi in campo dalle istituzioni. Questo interesse è sfociato nella progettazione della Missione valutativa i cui risultati sono riportati in questo volume.

La Missione valutativa si compone di due parti : una valutazione del sistema di intervento pubblico secondo una impostazione comparativa ed una indagine sulle opinioni degli assistiti e delle loro famiglie.

Il lavoro, frutto della sinergia tra diversi soggetti quali esperti, Inrca e organizzazioni sindacali, rappresenta un traguardo significativo per il Comitato e potrà offrire un significativo contributo per le politiche regionali da realizzare in maniera sempre più integrata ed efficace nella prossima legislatura .

**SANDRO ZAFFIRI**

*Presidente del Comitato per il controllo  
e la valutazione delle politiche*

Il Comitato per il Controllo e la valutazione delle Politiche pubbliche, istituito nel 2017, è stata una delle principali innovazioni istituzionali della decima legislatura.

Con l'istituzione del Comitato, il Consiglio regionale delle Marche ha raggiunto un gruppo di regioni in cui esistono, già da diversi anni, questi comitati che si occupano degli effetti e delle ricadute della legislazione regionale sulla comunità di riferimento e dello stato di attuazione delle norme.

Quindi, un Comitato molto importante perchè è il segnale di trasparenza verso i cittadini e di efficacia del lavoro svolto dall'istituzione regionale.

Nel lavoro di questi anni, uno degli obiettivi bipartisan che si è inteso portare avanti è stato quello di realizzare una missione valutativa, vale a dire un'iniziativa che consentisse, con l'aiuto di esperti, oltre che degli uffici regionali, di valutare lo stato dell'arte su un tema di particolare interesse per la Regione, di effettuare un'analisi della situazione di questo tema e dell'efficacia delle norme e delle leggi riguardanti il tema medesimo.

Abbiamo scelto il tema della non autosufficienza che è un argomento molto importante, perchè riguarda non solo le persone non autosufficienti e i loro bisogni, ma anche tutte le famiglie che, in assenza di politiche pubbliche, si trovano costrette a riorganizzare la vita quotidiana intorno alla persona non autosufficiente.

Non va dimenticato inoltre che la regione Marche è anche una regione che ha un record di longevità e quindi una componente anziana molto significativa; questo argomento assume quindi, nel nostro contesto, un particolare rilievo anche in prospettiva.

Nonostante il limitato tempo a disposizione siamo riusciti a completare la prima missione valutativa della Regione Marche: credo che questo sia stato un risultato molto significativo ed importante per l'Assemblea Legislativa.

Questa missione valutativa è durata circa un anno, ha comportato una serie di audizioni con tutti i portatori di interesse, con i principali dirigenti e funzionari della Giunta regionale che si occupano di non autosufficienza, con i rappresentanti del terzo settore, con le associazioni di familiari, ed è stata una importante operazione di ascolto di tutte le varie voci in campo, nonché una importante operazione di rassegna complessiva del fenomeno.

Quindi, grazie al lavoro dell'INRCA e del Prof. Pavolini, il Comitato è riuscito a produrre un rapporto finale di sintesi che tiene conto sia dell'analisi complessiva della situazione ma anche una valutazione delle attuali politiche per la non autosufficienza nelle Marche, sia con dati quantitativi, sia tramite un'indagine sulle opinioni degli assistiti e delle loro famiglie.

Un risultato molto importante, già valutato positivamente a livello nazionale e che potrà servire da apripista per un analogo lavoro di altre Regioni.

# Indice

## I PARTE

L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche: il punto di vista degli interessate e delle loro famiglie.....	p. 9
1. Introduzione metodologica <i>Giovanni Lamura</i> .....	p. 11
2. Risultati.....	p. 17
2.1. La popolazione anziana non autosufficiente <i>Cristina Gagliardi, Giovanni Lamura e Paolo Fabbietti</i> .....	p. 17
2.1.1. Caratteristiche socio-demografiche e condizioni di salute .....	p. 17
2.1.2. Supporto ricevuto.....	p. 28
2.1.3. Impiego di assistenti famigliari private.....	p. 31
2.1.4. Uso dei servizi sanitari e sociali.....	p. 36
2.2. I famigliari caregiver <i>Flavia Piccinini e Paolo Fabbietti</i> .....	p. 40
2.2.1. Caratteristiche socio-demografiche e condizioni di salute .....	p. 40
2.2.2. L'assistenza prestata.....	p. 43
2.2.3. La conciliazione tra attività di cura e impegni lavorativi.....	p. 53
2.2.4. L'uso delle nuove tecnologie.....	p. 56
3. Osservazioni conclusive <i>Giovanni Lamura, Cristina Gagliardi e Flavia Piccinini</i> .....	p. 59

## II PARTE

La non autosufficienza nelle Marche: una valutazione del sistema di intervento pubblico fra domanda di cura ed offerta di servizi all'interno del quadro italiano <i>Prof. Emmanuele Pavolini</i> .....	p. 63
1. Introduzione.....	p. 64
2. Il quadro di riferimento internazionale: la non autosufficienza degli anziani come sfida centrale alla coesione sociale nel XXI secolo.....	p. 66
3. Il modello di politica italiana sulla non autosufficienza in ottica europea.....	p. 70
4. Una stima del bisogno: struttura della popolazione anziana e beneficiari dell'indennità di accompagnamento nelle Marche in ottica comparata.....	p. 73
5. Una stima della spesa pubblica in servizi per anziani: le Marche in ottica comparata .....	p. 76
6. Una stima dell'offerta regionale di servizi in ottica comparata: l'assistenza territoriale tramite servizi sociali e socio-sanitari .....	p. 78
7. Una stima dell'offerta regionale di servizi in ottica comparata: l'assistenza ospedaliera fra rischi di inappropriatazza dei ricoveri e continuità assistenziale.....	p. 86
8. L'incontro fra domanda di cura ed offerta di servizi territoriali: una valutazione del caso marchigiano in ottica comparata.....	p. 89
9. La normativa marchigiana nel campo della tutela degli anziani non autosufficienti.....	p. 91
10 Conclusioni: punti di forza e criticità del sistema marchigiano per la non autosufficienza .....	p. 91



**L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche:**

**il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie**

***Flavia Piccinini, Cristina Gagliardi, Giovanni Lamura e Paolo Fabbietti***

**IRCCS INRCA**

***Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento***

**Ancona**

## **Ringraziamenti e finanziamento dello studio**

Si ringraziano per l'impegno profuso nella realizzazione del presente studio le organizzazioni sindacali dei pensionati FNP-CISL, SPI-CGIL e UILP-UIL. In particolare, un ringraziamento va a tutti gli intervistatori che, sotto il rispettivo coordinamento dei referenti Dino Ottaviani (FNP-CISL), Maria Teresa Carloni (SPI-CGIL) e Marina Marozzi (UILP-UIL), hanno reso possibile la tempestiva realizzazione della presente indagine. Gli autori sono inoltre grati a Chiara Bartolacci, Franca Bianchi e Sabrina Quattrini per il supporto fornito nell'inserimento dei dati raccolti.

Questo studio è stato finanziato da un contributo ad hoc accordato all'IRCCS INRCA dal *Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche* del Consiglio Regionale delle Marche. In parte ha inoltre beneficiato del finanziamento di Ricerca Corrente concesso dal Ministero della Salute all'IRCCS INRCA.

Per comunicazioni rivolgersi a:

Giovanni Lamura - INRCA IRCCS - *Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento*

Via S. Margherita, 5 - 60124 Ancona - Tel. 071-8004797; E-mail: [g.lamura@inrca.it](mailto:g.lamura@inrca.it)

Sito web: [http://www.inrca.it/inrca/Mod\\_ric\\_112.asp?pag=Ric\\_UO\\_psicosocio.asp](http://www.inrca.it/inrca/Mod_ric_112.asp?pag=Ric_UO_psicosocio.asp)

## **1. Introduzione metodologica (Giovanni Lamura)**

### **1.1. Razionale dello studio**

Il presente studio è nato su richiesta del “Comitato per il Controllo e la Valutazione delle Politiche” afferente al Consiglio Regionale - Assemblea Legislativa delle Marche, che nel luglio 2019 ha proposto alla Direzione Scientifica dell’INRCA (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico: IRCCS), di affidarle l’incarico di svolgere una raccolta dati sulle modalità organizzative dell’assistenza agli anziani non autosufficienti posta in essere dalle famiglie marchigiane, onde valutare il gradimento degli interventi e dei servizi socio - sanitari regionali esistenti. Ciò al fine di verificare la trasferibilità dei risultati di ricerca così ottenuti in nuovi modelli organizzativi, da implementare a livello normativo e programmatico, in grado di fornire risposte più efficaci alle sfide poste dall’invecchiamento della popolazione in termini di fragilità delle sue fasce più anziane.

### **1.2. Disegno e logistica dello studio**

Lo studio è nato con l’obiettivo di fornire in tempi ristretti una “fotografia” dell’esistente, al fine di poter fornire utili indicazioni per la politica regionale nel settore della non autosufficienza in età anziana, anche alla luce dei recenti impulsi pervenuti dal livello nazionale attraverso l’adozione del “Piano nazionale per la non autosufficienza” e il conseguente riparto del relativo fondo per il triennio 2019 - 2021 (<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Pagine/default.aspx> ).

A tal fine, si è ritenuto opportuno coinvolgere sin da subito nella rilevazione le organizzazioni sindacali dei pensionati (SPI-CGIL, FNP-CISL e UILP-UIL), perché la capillare struttura di cui queste dispongono sul territorio marchigiano avrebbe reso possibile condurre in modo tempestivo lo studio, che poteva contare su un finanziamento regionale contenuto. Grazie alla disponibilità dei sindacati pensionati, è stato possibile contare su quasi 70 intervistatori, distribuiti nei vari distretti della regione. Al termine del mese di ottobre è stata condotta una giornata di formazione di coloro che sarebbero stati successivamente coinvolti nella raccolta dei dati, presentando il questionario di rilevazione e le linee guida da seguire per una sua corretta somministrazione.

Una volta restituiti compilati, i questionari sono stati sottoposti ad una verifica della qualità dei dati raccolti, attraverso la verifica incrociata delle variabili e il controllo dei dati anomali. L’inserimento dei dati, come pure la loro analisi descrittiva qui presentata, sono state condotte da personale INRCA.



A seguito dell'emergenza da COVID-19, nei primi giorni di marzo 2020 la rilevazione è stata interrotta quando erano stati raccolti questionari inerenti 450 dei 500 casi inizialmente programmati (pari quindi al 90%). Al fine di poter completare l'elaborazione dei dati nei tempi previsti (i.e. entro metà aprile 2020), tenendo conto dei tempi per l'inserimento dati, e del dover far riferimento solo a dati sui quali fosse disponibile un'adeguata verifica di qualità, i casi su cui è basata l'analisi presentata nel presente rapporto si riferisce ad un totale di 355 casi (pari al 79% dei 450 casi raccolti).

### **1.3. Strumento di rilevazione**

Lo studio è stato condotto impiegando un questionario somministrato vis-a-vis, composto di due sezioni: una dedicata alla persona anziana non autosufficiente, una al suo familiare maggiormente impegnato nel fornirle assistenza (o caregiver principale). Nei casi in cui non è stato possibile individuare una figura familiare di riferimento (ad es. nel caso di anziani soli e/o conviventi con la "badante") la sezione familiare non è stata compilata, ad eccezione delle domande relative alla situazione economica (vedi parte finale della sezione 2.1.1), che sono state poste direttamente all'anziano.

Al fine di individuare i soggetti potenzialmente reclutabili per far parte del campione dello studio, è stato inoltre predisposto uno strumento di pre-screening, volto a selezionare coloro in possesso dei requisiti di non autosufficienza individuati come idonei. A tal fine, si è ritenuto di includere nello studio tutti coloro che dichiarassero di percepire già l'indennità di accompagnamento, nonché coloro che, pur non percependola, facessero rilevare un punteggio superiore a 9 rispetto ad una batteria di domande incentrate sulla loro capacità di svolgere le abituali attività di vita quotidiana.

### **1.4. Risultati della fase di pre-screening**

Come sopra evidenziato, il campione è risultato composto da soggetti reclutati in tutti i distretti della Regione (Tab. 2). Rispetto agli obiettivi iniziali, le difficoltà di raggiungere alcune aree da parte degli intervistatori ha fatto sì che alla fine della fase di rilevazione si registrasse una sovrarappresentazione dei distretti di San Benedetto ed Ascoli, e una sottorappresentazione di quelli di Fano, Fabriano e Ancona. Rispetto agli scopi di questo studio, tuttavia, non si ritiene ciò possa aver avuto un particolare impatto in termini di rappresentatività complessiva, in quanto le deviazioni registrate dalle varie zone si sono in parte compensate (in particolare, per la zona costiera la sovrarappresentazione della zona di San Benedetto ha in parte neutralizzato il sottodimensionamento dei soggetti a Fano ed Ancona, mentre per la dorsale interna il

sovradimensionamento di Ascoli Piceno ha controbilanciato quello di Fabriano). Nella Tab. 2 viene illustrata la distribuzione del campione nei 13 distretti regionali.

**Tab. 2: Campione per distretto sanitario**

	Frequenza	Percentuale
1: Pesaro	28	7,9
2: Urbino	14	3,9
3: Fano	22	6,2
4: Senigallia	25	7,0
5: Jesi	31	8,7
6: Fabriano	8	2,3
7: Ancona	27	7,6
8: Civitanova Marche	20	5,6
9: Macerata	41	11,5
10: Camerino	12	3,4
11: Fermo	44	12,4
12: San Benedetto	41	11,5
13: Ascoli Piceno	42	11,8
Totale	355	100,0

Nella tabella 3 gli stessi dati sono esposti per provincia. Rimane l'avvertenza (di cui alla precedente tabella) che la distribuzione del campione non riflette quella del campione originariamente previsto, a seguito del sovradimensionamento riscontrato in sede di rilevazione nella provincia di Ascoli Piceno, e del sottodimensionamento registrato nelle provincie di Pesaro-Urbino e Ancona.

**Tab. 3: Campione per provincia**

	Frequenza	Percentuale
Pesaro-Urbino	64	18,0
Ancona	91	25,6
Macerata	73	20,6
Fermo	44	12,4
Ascoli Piceno	83	23,4
Totale	355	100,0

Nella fase di screening, al fine di verificare le condizioni di svolgimento dell'intervista, è stato inoltre verificato se la persona anziana contattata fosse in condizione di rispondere alle domande che le venivano poste (Tab. 4), condizione che è stata riscontrata in poco meno di due terzi dei casi.

**Tab. 4: La persona anziana è stata in grado di rispondere autonomamente all'intervista?**

	Frequenza	Percentuale
No	133	37,5
Sì	223	62,5
Totale	355	100,0

Al fine di includere solo coloro che rispondessero alle finalità dello studio, incentrato sulla popolazione anziana non autosufficiente, in sede di screening sono state poste due domande. La prima mirava ad accertare se l'interpellato percepisse un'indennità di accompagnamento (misura che, com'è noto, viene riconosciuta solo a soggetti che sono completamente dipendenti dall'aiuto altrui per lo svolgimento delle abituali attività quotidiane). A questa domanda la stragrande maggioranza del campione – pari ad oltre cinque casi su sei - ha risposto affermativamente (Tab. 5). Coloro che non rientravano in questa casistica sono stati sottoposti ad una batteria di domande, volte ad accertare le capacità di svolgimento delle attività di vita quotidiana di cui si è prima detto (ADL e IADL), cosa che ha consentito di includere nel campione ulteriori 55 rispondenti (pari al 15,5% del totale), costretti a ricorrere all'aiuto altrui per gran parte delle proprie attività di vita.

**Tab. 5: La persona anziana percepisce un'indennità di accompagnamento?**

	Frequenza	Percentuale
No	55	15,5
Sì	300	84,5
Totale	355	100,0

Una volta accertata la rispondenza della persona anziana rispetto ai criteri di inclusione nello studio, si è quindi proceduto ad individuare il suo familiare maggiormente impegnato nel fornirle assistenza, con cui sarebbe stata poi svolta la parte di intervista dedicata appunto al caregiver principale. Da quanto riportato nella Tab. 6, emerge che le figura maggiormente impegnate nel sostegno alla popolazione anziana non autosufficiente sono rappresentate dalle figlie dei destinatari dell'assistenza (pari a quasi il 37% del totale), i figli maschi (in un caso su cinque), il coniuge

dell'interessato nonché, in un caso su sei, altri parenti più lontani. Va infine sottolineato che in quasi un caso su dieci non è stato possibile rintracciare parenti prossimi impegnati nell'assistenza quotidiana, nella metà dei quali (5,1%) l'unica figura presente è risultata essere un'assistente familiare a pagamento, mentre nel 3,4% dei casi è emersa una situazione di assenza completa di sostegni.

**Tab. 6: Familiare maggiormente impegnato nell'assistenza alla persona anziana (caregiver principale)**

	Frequenza	Percentuale
Figlia	131	36,9
Figlio	72	20,3
Coniuge	63	17,7
Altro parente	59	16,6
Assistente familiare (badante)	18	5,1
Nessuno	12	3,4
Totale	355	100

Nella Tab. 7 viene infine evidenziato chi ha effettivamente risposto alle domande del questionario. I dati ivi riportati illustrano con chiarezza che in circa la metà dei casi le condizioni precarie della persona anziana non le hanno consentito di rispondere ai quesiti posti, o di farlo solo in misura molto limitata, per cui è dovuto subentrare il familiare caregiver a fornire le informazioni richieste.

**Tab. 7: Chi ha risposto alle domande del questionario inerenti la persona anziana?**

	Frequenza	Percentuale
L'anziano da solo	79	22,2
Soprattutto l'anziano	98	27,5
Soprattutto il familiare dell'anziano	74	20,8
Il familiare caregiver da solo	98	27,5
Totale	349	98,0

## 2. Risultati

### 2.1. La popolazione anziana non autosufficiente (Cristina Gagliardi, Giovanni Lamura e Paolo Fabbietti)

#### 2.1.1. Caratteristiche socio-demografiche e condizioni di salute

I dati ci mostrano un campione composto da una prevalenza di grandi anziani. Infatti si può osservare (Tab. 8) l'elevata età che caratterizza ben oltre la metà degli intervistati (58,3%), che supera gli 85 anni, mentre solo un soggetto su sei (il 15,8%) si colloca nella fascia di età più giovane (75-79 anni). La componente femminile (Tab. 9) raggiunge quasi il 70% del campione, riflettendo così la maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini. La preponderanza del genere femminile è un dato di cui bisogna necessariamente tener conto nelle politiche economiche e sociali in funzione della diversità di bisogni e di servizi che le cronicità proprie dell'invecchiamento comportano.

**Tab. 8: Classi di età**

	Frequenza	Percentuale
75-79	56	15,8
80-84	92	25,9
85+	207	58,3
Totale	355	100,0

**Tab. 9: Genere**

	Frequenza	Percentuale
Maschi	109	30,7
Femmine	246	69,3
Totale	355	100,0

Per quanto riguarda lo stato civile (Tab. 10), il 60% del campione è costituito da persone vedove e per il 33,4% da coniugati. Questa preponderanza di soggetti vedovi è dovuta all'elevata età media dei rispondenti (86 anni), e alla maggiore presenza di soggetti di sesso femminile. Questo dato merita una particolare attenzione da parte della pubblica amministrazione, in quanto questa preponderante quota di popolazione anziana in condizioni di fragilità e disabilità si viene a trovare senza il sostegno del partner e in condizioni quindi di potenziale solitudine.

**Tab. 10: Stato civile**

	Frequenza	Percentuale
Sposati	118	33,4
Separato/divorziato	3	,8
Vedovi	212	60,1
Celibe/nubile	20	5,7
Totale	353	100,0

La maggior parte del campione (62%) possiede un titolo di studio equivalente alla licenza elementare, solo il 13% una licenza media e ben il 14% del campione non ha conseguito alcun titolo di studio (Tab. 11).

**Tab. 11: Titolo di studio**

	Frequenza	Percentuale
Nessuno	50	14,0
Licenza elementare	217	61,0
Diploma di licenza media	47	13,2
Scuola superiore o laurea	37	10,4
Totale	351	98,6

Dal punto di vista dell'occupazione svolta dai soggetti durante la vita lavorativa (Tab. 12), le percentuali più cospicue riguardano la categoria dei dipendenti privati, pari a quasi un terzo del totale, e quella delle casalinghe, di poco inferiore. Seguono i lavoratori autonomi, con il 22%, tra cui spiccano molti soggetti con un passato nel settore agricolo (dati non riportati). I meno numerosi sono i dipendenti pubblici, con solo il 13%. Queste proporzioni rispecchiano il ventaglio delle attività lavorative disponibili in passato, quando la popolazione marchigiana di sesso maschile trovava principalmente impiego nella piccola e media impresa, e una buona fetta di quella femminile rimaneva impegnata nel lavoro casalingo.

**Tab. 12: Attività principalmente svolta nella vita**

	Frequenza	Percentuale
Lavoro dipendente nel settore privato	110	32,4
Lavoro dipendente nel settore pubblico	44	12,9
Lavoro autonomo	74	21,8
Casalinga	105	30,9
Altro	7	2,1
Totale	340	100,0

Per quanto riguarda la tipologia di convivenza (Tab. 13), la situazione familiare preponderante è quella che vede l'anziano vivere con altre persone (in oltre un terzo dei casi), oppure con un'assistente familiare assunta privatamente (in oltre un caso su quattro). Coloro che invece vivono con il solo coniuge raggiungono poco più di un quinto del totale. Un anziano su sei vive da solo, nonostante le proprie condizioni di non autosufficienza. Questa ultima fetta di popolazione anziana risulta pertanto sottoposta ad un forte rischio di isolamento sociale, e necessita quindi di una particolare attenzione da parte dei servizi sociali e di assistenza domiciliare, oltre che di specifiche politiche ad hoc.

**Tab. 13: Con chi vive la persona anziana?**

	Frequenza	Percentuale
Da sola	57	16,1
Con il coniuge/partner (senza altre persone conviventi)	76	21,5
Con altri familiari	122	34,6
Con un'assistente familiare a pagamento (ed eventuali altre persone)	98	27,8
Totale	353	100,0

La tabella 14 evidenzia come i nuclei familiari risultano composti, in quasi il 90% dei casi, da tre persone al massimo. Da ciò possiamo dedurre che le persone anziane non autosufficienti possono contare – quando non sono sole – su una rete ridottissima per essere aiutate nelle loro esigenze quotidiane.

**Tab. 14: Dimensioni del nucleo familiare**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
1	57	16,1	16,1
2	176	49,9	66,0
3	78	22,1	88,1
4 o più persone	29	11,9	100,0
Totale	353	100,0	

Per quanto riguarda la condizione abitativa (Tab. 15), la grande maggioranza (quasi tre intervistati su quattro) vive in un'abitazione di proprietà, mentre residuali appaiono le soluzioni in affitto o di altro tipo (come ad esempio l'usufrutto di immobili di propri familiari).

**Tab. 15: Titolo di godimento dell'abitazione**

	Frequenza	Percentuale
Proprietà	253	72,9
Affitto	47	13,5
Altro	47	13,5
Totale	347	100,0

Per quanto riguarda l'esistenza di eventuali accorgimenti ed adattamenti interni all'abitazione che possano favorire l'autonomia nello svolgere le attività quotidiane (Tab. 16), quello ritenuto maggiormente necessario concerne la necessità di apportare modifiche in bagno (come ad esempio la trasformazione della vasca in doccia). Non a caso, è l'accorgimento già più diffuso tra gli intervistati (ne beneficia quasi un terzo dei casi), ma anche quello ritenuto più frequentemente utile da coloro (oltre un quinto dei rispondenti) che non lo ha ancora adottato, mentre chi non ne ha necessità non raggiunge la metà del campione. Il secondo ausilio, per importanza, è costituito dai corrimani per reggersi in presenza di scale o simili all'interno dell'abitazione, che risulta già presente o sarebbe utile nelle case di circa un terzo dei rispondenti. Di poco inferiore è il numero di coloro che ritengono utile o già ricorrono a sistemi e dispositivi di allarme, mentre molti di meno (rispettivamente tra il 20% e il 10%) sono coloro che auspicano o hanno già realizzato un allargamento dei vani delle porte (necessari ad esempio per potersi muoversi con una sedia a rotelle) o l'adozione di modifiche alla cucina (ad esempio per dotarla di sensori contro le fughe di gas, o per rimodulare il piano cottura in modo da renderlo più sicuro).

I dati evidenziano che la gran parte della popolazione anziana non autosufficiente residente nella regione Marche possiede una varietà di ausili piuttosto limitata per la propria casa, e mostra anche scarso interesse o necessità ad acquisirli. Sarebbe da approfondire – aspetto che il presente studio non ha potuto prendere in esame – se questo atteggiamento sia dovuto alla scarsa conoscenza della utilità degli ausili come supporto alla vita autonoma, oppure ad un problema di capacità di acquisto (o ad un misto di entrambe le ragioni).

**Tab. 16: Nella sua abitazione sono presenti degli accorgimenti che le permettono di svolgere più autonomamente le attività di vita quotidiana?**

	Non è necessario	No, ma sarebbe utile	Sì	Totale
Modifiche in bagno	46,9	22,7	30,4	100,0
Corrimani	65,9	19,6	14,5	100,0
Dispositivi di allarme	68,4	19,1	12,5	100,0
Vani delle porte allargati	79,5	14,2	6,3	100,0
Modifiche in cucina	88,9	8,8	2,3	100,0
Altri accorgimenti	85,5	3,4	11,1	100,0

Quasi nove interpellati su dieci si sentono molto o abbastanza sicuri nella propria abitazione, a fronte di una minoranza (12,3%) che ha selezionato una opzione che contempla una percezione di parziale o forte insicurezza (Tab. 17). I dati – da leggere assieme a quelli presentati nella tabella precedente – sembrerebbero rivelare uno scenario positivo, tuttavia una riflessione circa la sicurezza in casa merita di essere fatta, non solo con riguardo a coloro che hanno dichiarato di non sentirsi sicuri in casa, ma anche rispetto a quella maggioranza che ha dichiarato di sentirsi “abbastanza” sicuro. Se infatti l’ambiente domestico fosse incapace di sostenere appieno il bisogno primario della sicurezza, potrebbe subentrare uno stress di origine ambientale che, sommato alle altre difficoltà che generalmente subentrano in condizioni di non autosufficienza, finirebbe con l’intaccare ulteriormente la qualità della vita degli anziani, aumentando la probabilità di incidenti domestici. Molti incidenti spesso sono dovuti a cadute che avvengono durante il normale svolgimento delle attività quotidiane, anche solo a seguito di disattenzione. L’eliminazione delle barriere architettoniche all’interno dell’abitazione e l’utilizzo di ausili che favoriscono l’autonomia contribuiscono a dare un senso di protezione e tranquillità alle persone anziane che ci vivono. Questo aspetto merita quindi una sostanziale attenzione da parte delle istituzioni, al fine di aiutare le persone in età anziana che vivono al proprio domicilio a conoscere maggiormente l’utilità dei vari ausili disponibili a sostegno della propria autonomia.

**Tab. 17: Si sente sicuro nella sua abitazione?**

	Frequenza	Percentuale
Molto sicuro	72	27,7
Abbastanza sicuro	156	60,0
Abbastanza/molto insicuro	32	12,3
Totale	260	100,0

Quando passiamo ad esaminare lo stato di salute percepita (Tab. 18), considerando che si tratta di un campione di anziani non autosufficienti con una età media elevata, non può sorprendere che solo poco più di un interpellato su dieci giudichi la propria salute in termini positivi (come “eccellente”, “molto buona” o “buona”). La maggior parte dei rispondenti, pari a poco più della metà del totale, ritiene “discreto” il proprio stato di salute, giudicato decisamente come “cattivo” da quasi un intervistato su tre (ai quali va aggiunto il folto gruppo di coloro, oltre 100, che non sono stati in grado di rispondere affatto alla domanda). Questo giudizio relativamente negativo da parte della stragrande maggioranza del campione deve esser tenuto presente non solo in relazione alla gravità dei problemi di salute in senso stretto degli intervistati, ma anche rispetto a possibili sviluppi di natura psicologica, come ad esempio l’insorgere di malattie depressive o simili.

**Tab. 18: In generale, come giudica la sua salute?**

	Frequenza	Percentuale
Eccellente / molto buona / buona	31	12,3
Discreta	143	56,7
Cattiva	78	31,0
Totale	252	100,0

Un aspetto importante nello studio della non autosufficienza concerne le modalità per misurarla in modo omogeneo e comparabile in gruppi diversi di popolazione. Nella Tab. 19 viene proposta una classificazione del campione rispetto alla cosiddetta “scala di Barthel”, uno strumento internazionalmente validato ed ampiamente impiegato per valutare la capacità dell’individuo di svolgere diverse attività di base della vita quotidiana (anche dette *ADL: Activities of Daily Living*)<sup>2</sup>. Queste comprendono il riuscire ad alimentarsi, a prendersi cura di sé, a muoversi in casa, e l’assenza di incontinenza urinaria e/o fecale. I dati evidenziano che oltre un quinto del campione presenta un livello di non autosufficienza pressoché completa rispetto a queste attività, oltre la metà una condizione definibile come grave, mentre solo circa un quinto del totale riporta limitazioni funzionali moderate o (ma assai più raramente) lievi.

**Tab. 19: Grado di dipendenza funzionale**

	Frequenza	Percentuale
Totale	75	21,9
Grave	196	57,3
Moderata	66	19,3
Lieve	5	1,5
Totale	342	100,0

Ad integrazione delle informazioni fornite dalla scala di Barthel, nella Tab. 20 viene indicato il grado di abilità del campione nello svolgere le attività “strumentali” della vita quotidiana (o IADL: Instrumental Activities of Daily Living)<sup>3</sup>. Queste concernono funzioni complesse (come preparare i

<sup>2</sup> La scala di Barthel misura le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana, come ad esempio la capacità di alimentarsi, vestirsi, gestire l’igiene personale, lavarsi e la mobilità (spostarsi dalla sedia al letto, deambulare in piano, salire e scendere le scale). Un punteggio globale più elevato indica maggiore autosufficienza, ed è generalmente associato ad una maggiore probabilità di essere in grado di vivere a casa in maniera autonoma. Una categorizzazione spesso utilizzata è quella che distingue quattro livelli di dipendenza: 0-20 punti: totale; 21-60 punti: grave; 61-90: moderata; 91-99: lieve. Per il riferimento bibliografico della validazione italiana della scala cfr. Galeoto G., Lauta A., Palumbo A., Castiglia S.F., Mollica R. et al. (2015) The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validation. International Journal of Neurology and Neurotherapy, 2:028 (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/formazione-allutilizzo-delle-scale-in-ambito-riabilitativo-per-la-compilazione-della-scheda-di-dimissione-ospedaliera-sdo-2013-anno-2017/the-barthel-index-italian-translation-adaptation-and-validation-galeoto-lauta-palumbo-castiglia-mollica-santilli-sacchetti>).

<sup>3</sup> Le IADL valutano il grado di autonomia di un soggetto sulla base di una scala di sette item (uno per ogni aspetto funzionale). Per ogni item la risposta può andare da zero (in caso di totale incapacità) a due (per chi è autonomo), con

pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono), che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma. Date le caratteristiche del nostro campione, non deve sorprendere che quasi un terzo dei soggetti non è in grado di svolgere alcuna attività. Un altro terzo riesce a svolgere, ma solo con aiuto esterno, da una a tre attività strumentali, mentre solo l'ultimo terzo degli interpellati ha conservato la capacità di svolgere un numero di attività tali da garantire una loro minima autonomia. Questi dati evidenziano con immediatezza il grado di dipendenza dall'aiuto altrui che caratterizza i soggetti coinvolti dal presente studio.

**Tab. 20: Capacità di svolgere le attività strumentali della vita quotidiana**

	Frequenza	Percentuale
Solo una, ma con aiuto	51	14,6
Solo due, ma con aiuto	37	10,6
Solo tre, ma con aiuto	48	13,7
Quattro o più, con o senza aiuto	111	31,7
Totale	350	100,0

Un'altra componente importante per comprendere le condizioni della popolazione anziana non autosufficiente è costituita dalle sue capacità cognitive (Tab. 21). Utilizzando il cosiddetto test di Pfeiffer (anche noto come Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)<sup>4</sup>, si è cercato di valutare la presenza di eventuali disturbi dell'efficienza intellettiva e di deterioramento cognitivo. Il quadro che emerge appare complessivamente forse meno compromesso di quanto le condizioni funzionali sopra evidenziate rispetto alla capacità di svolgimento delle attività di vita quotidiana lasciassero supporre. Infatti, oltre la metà del campione presenta un deterioramento cognitivo lieve o addirittura assente, contro l'11% che riporta un livello intermedio e il 34% che si attesta su livelli decisamente gravi. Questo evidenzia come una buona fetta della popolazione non autosufficiente da un punto di vista fisico sia invece cognitivamente integra, aspetto che suggerisce la necessità di

---

un punteggio complessivo che può quindi variare da 0 a 14 punti (minore è il punteggio finale, maggiore è il grado di compromissione dell'autonomia del soggetto). Per dettagli si rimanda alla sezione 3.3.3 in Sansoni J., Marosszky N., Fleming G., Sansoni E. (2010) Selecting tools for ACAT assessment: a report for the Expert Clinical Reference Group, Aged Care Assessment Program, Department of Health and Ageing, Centre for Health Service Development. University of Wollongong (<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1471&context=ahsri>).

<sup>4</sup> Lo Short Portable Mental Status Questionnaire o Test di Pfeiffer è composto da dieci domande, di cui sette sono focalizzate sull'orientamento (spazio-temporale, personale e circostante), due valutano la memoria a lungo termine (numero di telefono/indirizzo e cognome della madre), e uno valuta la capacità di concentrazione (sottrazione seriale). Il punteggio totale viene calcolato conteggiando 1 punto per ogni risposta corretta, per un totale che può andare da 0 (massimo deficit cognitivo) a 10 (assenza di deficit cognitivo). La capacità di risposta alle domande varia in base al livello di istruzione, per cui il totale viene corretto rispetto al grado di scolarità del rispondente. Per il riferimento bibliografico cfr. Pfeiffer E. (1975) A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of the American geriatrics Society, vol.23, n.10, pp. 433-441 ([http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti\\_di\\_lavoro/declino/scheda\\_PFEIFFER.pdf](http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti_di_lavoro/declino/scheda_PFEIFFER.pdf)).

porre in essere interventi in grado di fornire un sostegno mirato a sostenere il benessere e la qualità della vita dei soggetti cognitivamente abili.

**Tab. 21: Deterioramento delle capacità cognitive**

	Frequenza	Percentuale
Deterioramento assente o lieve (fino a 4 punti)	187	54,5
Deterioramento moderato (da 5 a 7 punti)	38	11,1
Deterioramento grave (8 o più punti)	118	34,4
Totale	343	100,0

A tal fine, preziose informazioni emergono anche rispetto al supporto sociale di cui possono usufruire le persone anziane non autosufficienti (Tab. 22), anche in questo caso misurato grazie all'impiego di una scala validata internazionalmente, che valuta il sostegno che si ritiene di poter ricevere da vicini, familiari ed altre persone circostanti<sup>5</sup>. I dati raccolti evidenziano che circa la metà degli interpellati in grado di rispondere (essendo anche in questo caso impossibile considerare coloro cognitivamente impossibilitati a farlo) sembrano poter contare solo su un supporto sociale debole. Un ulteriore terzo può godere di un sostegno moderato, e solo una persona su cinque si ritiene ben tutelata dalla rete sociale a sua disposizione.

**Tab. 22: Livello di supporto sociale**

	Frequenza	Percentuale
Supporto debole	120	49,4
Supporto moderato	71	29,2
Supporto forte	52	21,4
Totale	243	100,0

A chiusura di questa rapida carrellata sulle condizioni di salute e di benessere psico-sociale della componente anziana non autosufficiente oggetto del presente studio, si propone il dato sui sintomi di depressione, altra piaga riscontrata nella fase finale dell'esistenza di molte persone (Tab. 23). Utilizzando una scala proposta e validata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (il WHO-5 Wellbeing Index)<sup>6</sup>, è possibile valutare il livello di benessere percepito dagli intervistati (come ad

<sup>5</sup> Si tratta della Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3), scala costituita da 3 item che indagano tre aree diverse: 1) la facilità con cui si può ottenere aiuto dai propri vicini (scala 1-5); 2) il numero di persone sufficientemente vicine su cui si può contare in caso di problemi (scala 1-4); e 3) l'interesse dimostrato dagli altri rispetto a sé (scala 1-5). Un punteggio 3-8 indica un supporto debole, 9-11 un supporto moderato e 12-14 un supporto forte. Per dettagli: Dalgard O.S., Dowrick C., Lehtinen V., Vazquez-Barquero J.L., Casey P., Wilkinson G. et al. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41: 444-451 (cfr. sezione 9 in: [http://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/rapporti-documenti/manuale-di-istruzioni-per-il-set-minimo-di-scale/@download/publicationFile/manuale\\_istruzioni\\_set.pdf](http://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/rapporti-documenti/manuale-di-istruzioni-per-il-set-minimo-di-scale/@download/publicationFile/manuale_istruzioni_set.pdf)).

<sup>6</sup> Il Well-Being Index (WHO-5) è uno strumento composto da cinque elementi, originariamente sviluppato come misura del benessere percepito e successivamente spesso utilizzato come screening sulla presenza di sintomi depressivi. Per ogni domanda è possibile un punteggio da 0 a 5 (a seconda della frequenza con cui si provano le sensazioni indicate),

esempio sentirsi di buonumore, tranquilli e rilassati, riposati ed energici). I dati evidenziano che più della metà degli intervistati (anche qui chiaramente i risultati si riferiscono a chi era in grado di rispondere) si attesta su un livello moderato-severo di sintomi, manifestando pertanto uno stato depressivo piuttosto accentuato. Inoltre, ben il 26% si attesta su un livello medio della scala, che indica una presenza del disturbo depressivo in forma leggera, mentre solo il 20% risulta essere in un buono stato di salute mentale, almeno da questo punto di vista. Tale dato indica inequivocabilmente che buona parte della popolazione anziana non autosufficiente vede sommarsi, alle limitazioni di tipo funzionale e cognitivo, anche un deteriorato stato di salute mentale e una qualità di vita molto bassa, che devono pertanto costituire un obiettivo esplicito delle misure da adottare nei suoi confronti.

**Tab. 23: Presenza di sintomi di depressione**

	Frequenza	Percentuale
Sintomi moderati o gravi	139	54,3
Sintomi lievi	66	25,8
Assenza di sintomi (condizione di benessere)	51	19,9
Totale	256	100,0

I dati di cui sopra possono essere integrati dalle informazioni concernenti la qualità della vita percepita dagli intervistati (Tab. 24), che in quarto dei casi viene definita “buona” e in oltre la metà si posiziona in una posizione intermedia (“né buona né cattiva”), mentre poco meno di un quinto del campione ammette una condizione decisamente negativa, con giudizi della propria qualità di vita che la definiscono “cattiva” o – per fortuna in pochissimi casi – addirittura “molto cattiva”.

**Tab. 24: Qualità della vita**

	Frequenza	Percentuale
Molto buona	1	,4
Buona	61	24,3
Né buona né cattiva	141	56,2
Cattiva	42	16,7
Molto cattiva	6	2,4
Totale	251	100,0

Per quanto riguarda le condizioni economiche del campione oggetto di studio, tre osservazioni meritano di essere sottolineate rispetto alle sue fonti di reddito (Tab. 25). La prima concerne il fatto

---

che viene poi moltiplicato per cinque, ottenendo un totale che può quindi variare tra 0 (benessere minimo) e 100 (benessere massimo). Alcuni studi pongono il valore da usare per individuare sintomi di depressione sui 50 punti, altri sui 28 punti. Questi valori sono stati impiegati per individuare le tre categorie (sintomi moderati/gravi, lievi e assenti) qui usate per classificare le risposte del nostro campione in termini di manifestazione di disturbi depressivi. Per dettagli cfr. Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., Bech P (2015) The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84:167-176 (<https://www.karger.com/Article/Fulltext/376585>).

che l'indennità di accompagnamento rappresenta la fonte di reddito più diffusa tra gli intervistati. Questo, da un lato, rappresenta certamente una conseguenza inevitabile dei criteri di inclusione impiegati in sede di reclutamento dei partecipanti allo studio (basati appunto su un livello elevato di non autosufficienza, che poteva essere approssimato dalla condizione di chi risultava percettore di questo tipo di provvidenza economica). Dall'altro, riflette tuttavia anche il fatto che – seconda osservazione – i percettori di una pensione da lavoro non superano i due terzi del totale (cosa che rispecchia l'elevata percentuale di casalinghe in questa generazione di persone, e in parte forse pure il possibile mancato versamento di contributi in età adulta da parte di chi ha svolto la funzione di coadiuvante familiare nel settore agricolo). Poco meno della metà dei rispondenti – terza osservazione – risulta inoltre percepire una pensione di reversibilità, a testimonianza della condizione di vedovanza che caratterizza molti di loro, soprattutto donne.

Molto meno frequenti, ed in parte anch'esse collegate alla condizione di non autosufficienza, risultano essere fonti come la pensione di invalidità (percepita da un rispondente su sei) e l'assegno di cura erogato da amministrazioni locali come Regione e Comuni (ai quali vanno aggiunti anche alcuni casi di percettori del contributo economico previsto dal programma "Home Care Premium" dell'INPS). Degno di nota, infine, che più di un intervistato su dieci dichiara di beneficiare della pensione sociale, a testimonianza di una condizione di indigenza economica che si somma a quella di non autosufficienza, mentre non supera il 6,5% la quota di coloro che possono disporre di altre fonti di reddito come redditi e rendite da patrimonio.

**Tab. 25: Fonti di reddito**

	Frequenza	Percentuale
Indennità di accompagnamento	285	80,3
Pensione da lavoro	234	65,9
Pensione di reversibilità	173	48,7
Pensione di invalidità	57	16,1
Pensione sociale	43	12,1
Assegno di cura comunale o regionale	31	8,7
Rendite e redditi da patrimonio	23	6,5
Altre fonti di reddito*	10*	2,8*
Nessun reddito	3	0,8

\*: Questa voce comprende 5 percettori del contributo economico previsto dal programma "Home Care Premium" dell'INPS per dipendenti pubblici e loro familiari con disabilità di grado almeno medio (<https://www.inps.it/NuovoportaleINPS/default.aspx?itemDir=50014>).

Per quanto riguarda l'entità del reddito individuale degli anziani intervistati, si evidenzia che coloro che possono disporre di un importo netto pari o inferiore a 1.000 euro mensili sono circa un quarto del totale (Tab. 26). Sebbene questa condizione possa trovare una parziale attenuazione in termini di reddito familiare (Tab. 27), questo gruppo relativamente consistente di anziani fragili non autosufficienti si trova esposto pertanto ad un rischio elevato di deprivazione, stante la ridotta

capacità di spesa per provvedere alle proprie necessità, con potenziali ulteriori ripercussioni sulla propria salute e qualità della vita, data la nota correlazione esistente tra povertà e rischio di patologie e/o di mortalità.

**Tab. 26: Reddito individuale netto mensile, per fasce**

	Frequenza	Percentuale
Inferiore a 750 euro al mese	27	7,8
750-1.000	62	18,0
1.000-1.500	176	51,0
1.500-2.000	58	16,8
Oltre 2.000 euro al mese	22	6,4
Totale	345	100,0

**Tab. 27: Reddito familiare netto mensile, per fasce**

	Frequenza	Percentuale
Inferiore a 1.000 euro al mese	22	6,7
1.000-1.500	82	25,2
1.500-2.000	89	27,3
2.000-2.500	67	20,6
2.500-3.000	40	12,3
Superiore a 3.000 euro al mese	26	8,0
Totale	326	100,0

Al fine di meglio comprendere, al di là del livello di reddito dichiarato, le effettive difficoltà economiche possibilmente incontrate dalla popolazione oggetto di studio, è stato chiesto quale tipo di spese avrebbero riguardato tali eventuali difficoltà (Tab. 28). Dalle risposte fornite emerge con chiarezza che, tra gli aspetti certamente più centrali rispetto alla condizione di non autosufficienza, l'assunzione di un'assistente familiare rappresenta una fonte di spese problematica per circa la metà del campione (48,7%). Questo valore si avvicina molto a quello, che verrà analizzato più avanti, di coloro che non ricorrono a questo tipo di supporto, suggerendo che siano proprio le difficoltà di natura economica ad impedire ad un numero ancora più ampio di persone di ricorrere a tale soluzione assistenziale. Altro valore degno di nota concerne l'elevato numero di coloro (due su cinque) che non possono permettersi delle visite specialistiche, che sarebbero reputate altrimenti opportune rispetto alla propria condizione di non autosufficienza. Un quinto degli intervistati lamenta tuttavia problemi anche rispetto al pagamento di spese inerenti servizi fondamentali, quali le bollette del telefono e del riscaldamento, con oltre un quarto in difficoltà per sostenere le spese dell'affitto, e un 3% persino per alimentarsi adeguatamente. Data la situazione di svantaggio multidimensionale che caratterizza questi soggetti, è evidente che l'approccio più indicato per sostenerli nel superare tale condizione debba essere plurisetoriale, con misure integrate che

raccogliono trasversalmente il contributo di misure e politiche provenienti da diverse aree di intervento.

**Tab. 28: Nel corso dell'ultimo anno, ha o avrebbe avuto difficoltà a far fronte alle seguenti spese, se ne avesse avuto bisogno?**

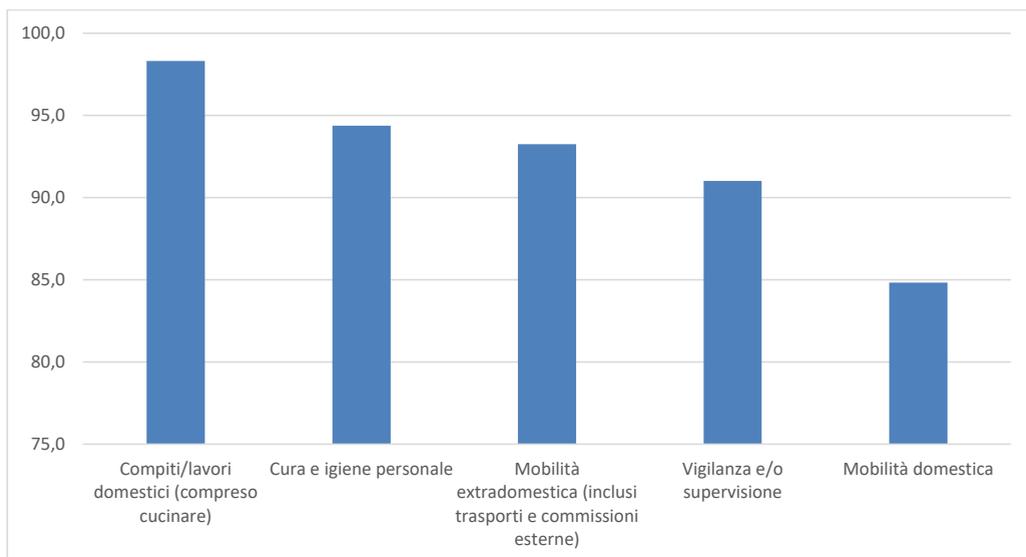
	Percentuale
automobile	55,4
badante	48,7
vacanza	47,7
spese impreviste	43,2
visite specialistiche	40,2
lavatrice	28,9
affitto	27,4
televisore	24,3
riscaldamento	19,4
telefono	19,4
pasto adeguato	3,2
altro	5,1

### 2.1.2. Supporto ricevuto

Parte dello studio è stata dedicata all'esame del tipo e dell'intensità del supporto ricevuto abitualmente dalla popolazione anziana non autosufficiente marchigiana. Un primo passo in tal senso è stato quello di individuare le aree di maggior bisogno (Fig. 1)<sup>7</sup>, tra le quali spicca in primo luogo quella dello svolgimento dei lavori domestici (inclusa la preparazione dei pasti), seguiti dalla cura e igiene personale, dalla gestione della mobilità extradomestica (incluso il trasporto dell'anziano ad eventuali visite mediche e lo svolgimento di commissioni varie), e dai compiti di vigilanza e supervisione (ad esempio in caso di persone con demenza non in grado di essere lasciate sole). Meno frequente, ma sempre molto diffusa (rimaniamo comunque intorno all'85% dei rispondenti che ne fa menzione) è infine la necessità di un sostegno per gli spostamenti all'interno dell'ambiente domestico.

<sup>7</sup> Le cinque aree di bisogno qui individuate coincidono con quelle indicate dalla proposta formulata nell'ambito del Piano per la Non Autosufficienza 2019-21 recentemente adottato dal governo italiano (cfr. pag. 18 dell'Allegato "A" del DPCM approvato il 21 novembre 2019: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/04/20A00639/sg>). Questa scelta è stata compiuta anche al fine di poter facilitare un'eventuale futura sperimentazione della loro applicazione nel contesto marchigiano.

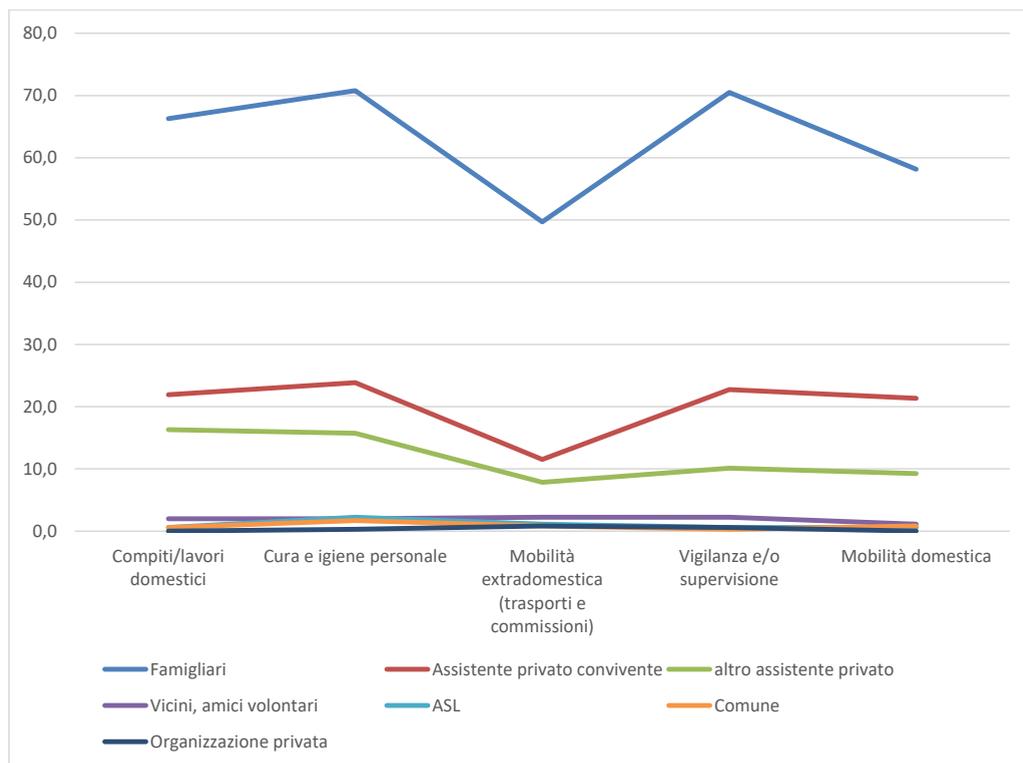
**Figura 1: Attività per le quali l'anziano ha bisogno di aiuto (%)**



La Fig. 2 evidenzia il ruolo svolto dalle diverse figure disponibili nel fornire sostegno all'anziano non autosufficiente nei vari ambiti di bisogno. Non stupisce il ruolo di protagonista assunto dalla famiglia (evidenziato dalla linea blu) in tutti gli ambiti, dai lavori domestici all'igiene personale, dalla mobilità alla vigilanza, rispetto ai quali i famigliari vengono menzionati come erogatori di aiuto nel 50-70% dei casi (con una presenza minima per la mobilità extradomestica). Chi conosce la realtà della non autosufficienza in Italia non rimarrà sorpreso neanche dal fatto che la seconda figura di supporto, per importanza, è costituita dalle assistenti famigliari (termine declinato al femminile, data la loro caratterizzazione di genere, come si vedrà più avanti), che sono assunte privatamente dagli anziani e/o dai loro famigliari per affrontare le esigenze quotidiane di cura.

In proposito, occorre distinguere tra coloro che convivono con la persona assistita (linea rossa) e coloro che sono assunti ad ore (linea verde): sebbene i primi siano più presenti per tutti gli ambiti di attività, la differenza rispetto ai secondi si fa più marcata soprattutto per le attività di vigilanza e supervisione e per il sostegno alla mobilità domestica, dove la presenza del personale assunto ad ore è riscontrato in meno della metà dei casi osservati tra chi convive. Trascurabili risultano, infine, non solo il ruolo svolto da altre figure informali come i vicini, gli amici e i volontari, ma anche quello dei servizi di cura forniti da organizzazioni pubbliche (sanitarie e comunali) e private che – come avviene già in altri paesi – potrebbero in realtà svolgere un compito importante nell'assicurare un'assistenza domiciliare mirata alle persone anziane non autosufficienti.

**Figura 2: Da chi riceve aiuto per svolgere le diverse attività? (%)**



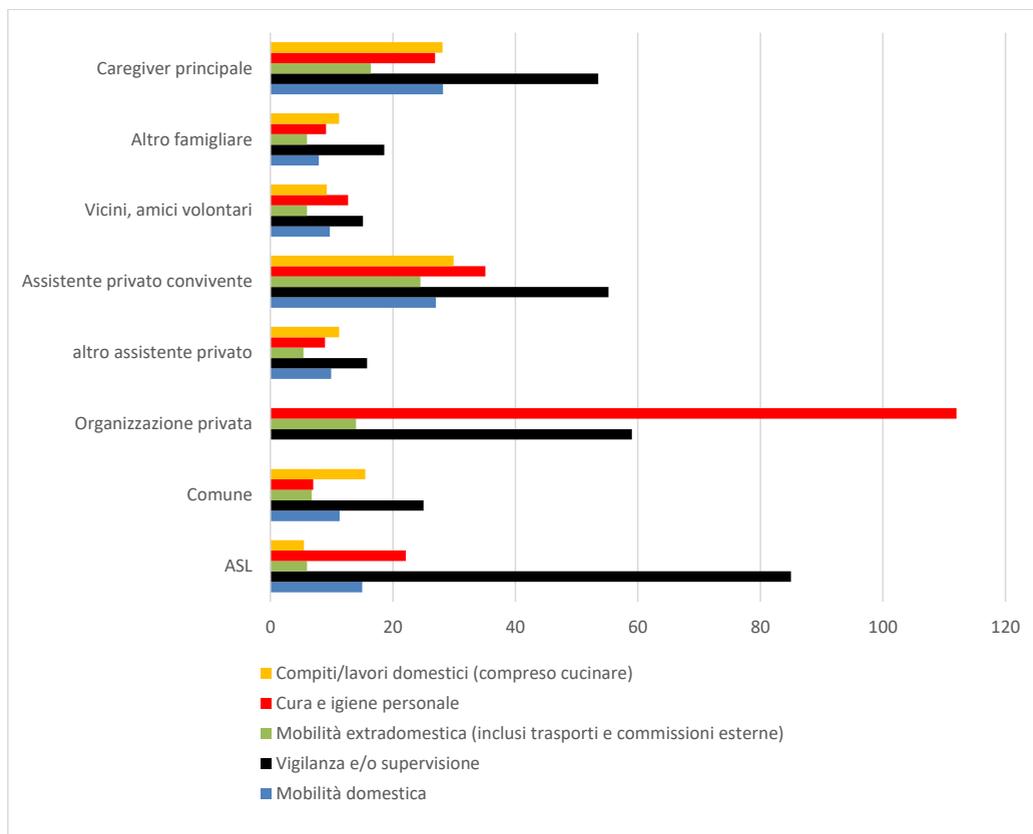
La Fig. 3 integra le informazioni precedenti con il quadro dell'intensità (in termini di ore di sostegno fornite) dell'intervento erogato dalle varie figure rispetto ai diversi tipi di aiuto. Un primo dato che salta subito all'occhio è che, se è vero che l'assistenza domiciliare fornita da organizzazioni esterne riguarda una quota molto marginale degli interessati, essa raggiunge tuttavia per questi pochi beneficiari un livello di intensità estremamente elevato, come testimoniano i casi che toccano o superano le 60 ore di aiuto a settimana prestate da organizzazioni private e dalla ASL.

Un secondo aspetto degno di menzione è che l'attività che maggiormente impegna, in termini di tempo dedicato, tutte le diverse figure considerate, senza eccezioni, è rappresentato dalla vigilanza e/o supervisione. Un elemento, questo, che è facile intuire possa essere collegato, da un lato, alla necessità di assicurare una presenza continua a fianco dei molti casi di persone anziane con demenza, e quindi non in grado di badare a sé stesse nonostante magari in relativamente buone condizioni fisiche; oppure, dall'altro, a persone allettate con esigenze di intervento poco programmabili e ripetute nel corso della giornata.

Un terzo elemento da sottolineare concerne la centralità del ruolo delle assistenti familiari conviventi. Ciò è testimoniato dal fatto che, laddove presenti, forniscono un numero medio di ore di aiuto a settimana superiore a quello del familiare caregiver principale in quattro dei cinque

ambiti di attività (con l'esclusione di quello della mobilità extradomestica, probabilmente per la minor dimestichezza con l'uso dell'auto e/o capacità d'interazione con alcuni dei servizi locali e la gestione della burocrazia che tale interazione comporta). Data la centralità di queste figure, nel prossimo paragrafo viene fornito un approfondimento sulle loro principali caratteristiche.

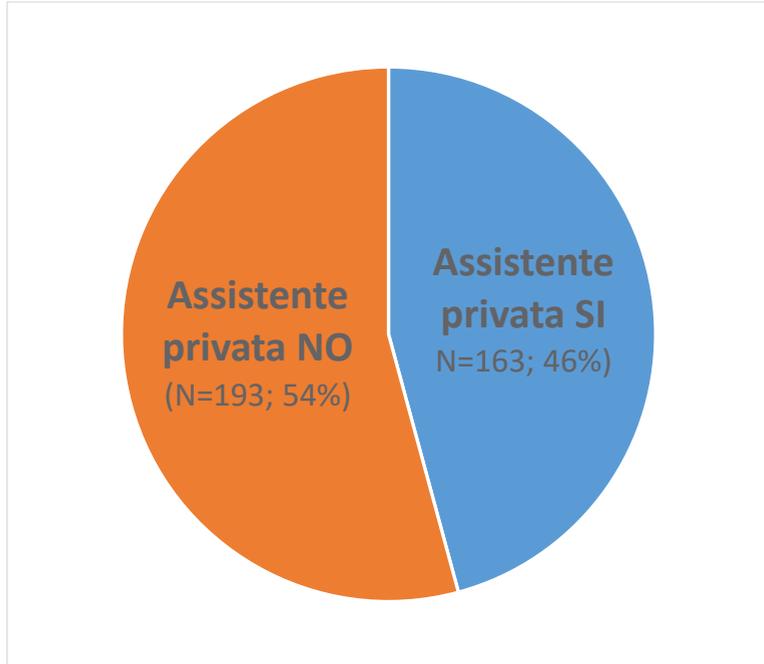
**Figura 3: Ore a settimana svolte dalle varie figure nelle diverse attività**



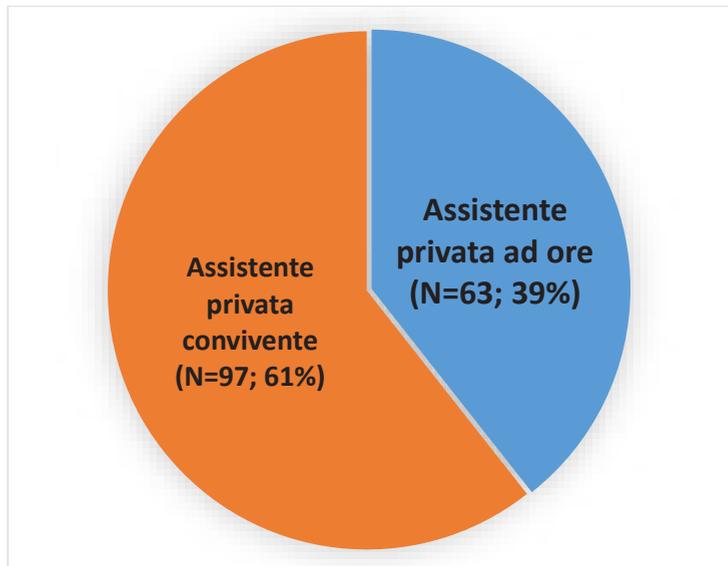
### 2.1.3. Impiego di assistenti famigliari private

La pervasività del ricorso ad assistenti famigliari private quale principale soluzione esterna (al di là del sostegno informale fornito dalla famiglia), per fronteggiare le necessità assistenziali della popolazione anziana non autosufficiente nel contesto marchigiano, è sintetizzata dal 46% di interpellati che dichiara di ricorrere a tali figure (Fig. 4). Di questi, la maggioranza (il 61%) lo fa attraverso la formula della convivenza, mentre la soluzione ad ore è preferita da circa quattro rispondenti su dieci (Fig. 5).

**Figura 4: Viene aiutato da un'assistente privata a pagamento?**



**Figura 5: L'assistente privata convive con lei o lavora ad ore (non convivente)?**



Nella gran parte di casi (due su tre), si tratta di rapporti di collaborazione avviati da meno di tre anni (e nel 28% circa dei casi addirittura risalenti al solo ultimo anno), e ciò vale sia per coloro assunte in regime di convivenza che per coloro che lavorano ad ore (Tab. 29).

**Tab. 29: Da quanto tempo riceve l'aiuto dall'assistente familiare privata?**

	A ore (non convivente)		Convivente	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
Meno di un anno	18	28,6	25	27,8
2-3 anni	25	39,7	35	38,9
Oltre 3 anni	20	31,7	30	33,3
Totale	63	100,0	90	100,0

Il numero di ore lavorate è chiaramente diverso per le due tipologie, e risulta mediamente inferiore per le assistenti famigliari che lavorano ad ore (Tab. 30). Ciononostante, si può osservare che oltre un terzo di queste ultime lavorano per oltre 24 ore a settimana, il che equivale ad una media di oltre quattro ore al giorno per sei giorni a settimana. Passando alle assistenti conviventi, si può notare che una minoranza (una su sei) risulta lavorare per meno di 36 ore a settimana (quindi di fatto in misura simile a quella delle non conviventi che lavorano per più di 24 ore settimanali), mentre il gruppo più numeroso, pari a circa la metà, risulta lavorare tra le 37 e le 60 ore. Un gruppo cospicuo, superiore ad un terzo dei casi, sembrerebbe lavorare per un numero di ore (superiore a 60) che di fatto si colloca al di sopra delle 54 ore contrattualmente previste come limite massimo dalla normativa vigente per il contratto di collaborazione in caso di convivenza.

**Tab. 30: Quante ore a settimana lavora per lei?**

	Frequenza	Percentuale
<b>A ore (non convivente)</b>		
Fino a 6 ore	15	23,8
7-12 ore	7	11,1
13-24 ore	19	30,2
> 24 ore	22	34,9
Totale	63	100,0
<b>Convivente</b>		
Fino a 36 ore	17	17,9
37-60 ore	44	46,3
> 60 ore	34	35,8
Totale	95	100,0

Ciò evidenzia la necessità di intervenire per monitorare, oltre alla qualità delle cure prestate, anche il rispetto di condizioni lavorative decenti e rispettose per entrambe le parti (anziani assistiti e assistenti familiari private), visto che questa soluzione assistenziale rappresenta la colonna portante dell'assistenza quotidiana agli anziani non autosufficienti delle Marche e del nostro paese.

Per quanto riguarda i costi sostenuti dalle famiglie per l'assunzione delle assistenti familiari (Tab. 31), osserviamo che, nel caso di personale ad ore, queste spese risultano essere equamente ripartite in circa un terzo dei casi che non superano i 400 euro mensili, un gruppo altrettanto numeroso che si attesta tra i 400 e gli 800 euro, e un ulteriore terzo che sostiene invece una spesa superiore agli 800 euro mensili. Similmente, chi ha assunto assistenti familiari in convivenza riporta costi che in quasi la metà dei casi si attestano in una fascia intermedia di 900-1.200 euro mensili, mentre in poco più di un quarto delle situazioni si collocano al di sotto dei 900 euro ed in un numero altrettanto numeroso dei casi superano i 1.200 euro. Un importo, quest'ultimo, che supera certamente, salvo rare eccezioni, quello raggiungibile da una qualsiasi combinazione di provvidenze economiche per la non autosufficienza disponibili nel nostro paese (come ad esempio indennità di accompagnamento e assegni di cura regionali e comunali), finendo pertanto con il gravare pesantemente sul bilancio personale degli interessati.

**Tab. 31: Costo mensile**

	Frequenza	Percentuale
<b>A ore (non convivente)</b>		
Fino a 200 euro	11	17,7
201-400 euro	10	16,1
401-800 euro	21	33,9
> 800 euro	20	32,3
<b>Totale</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>
<b>Convivente</b>		
Fino a 900 euro	25	27,2
901-1.200 euro	42	45,7
> 1.200 euro	25	27,2
<b>Totale</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

Passando ad esaminare brevemente le principali caratteristiche delle assistenti familiari, un primo elemento di conferma rispetto a quanto già generalmente noto in materia concerne il sesso

femminile della stragrande maggioranza di esse (pari al 97% del campione, dati non riportati), considerazione valida sia per le conviventi che per le non conviventi. Qualche differenza tra i due gruppi emerge invece rispetto alle classi di età (Tab. 32), in quanto coloro impiegate come colf a ore risultano maggiormente concentrate nelle classi di età centrali (tra i 50 ed i 60 anni), mentre le assistenti famigliari conviventi sono rappresentate in misura quasi doppia nella fascia di età più giovane (sotto i 50 anni), e leggermente sovra-rappresentante anche tra le più anziane con oltre 60 anni.

**Tab. 32: Classe di età**

	A ore (non convivente)		Convivente	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
Meno di 50 anni	11	20,4	36	38,7
50-54 anni	19	35,2	22	23,7
55-59 anni	15	27,8	16	17,2
60 anni ed oltre	9	16,7	19	20,4
Totale	54	100,0	93	100,0

Una forte differenziazione si osserva tra conviventi e non conviventi rispetto alla nazionalità di appartenenza (Tab. 33). Mentre queste ultime sono a maggioranza (seppur lieve) di cittadinanza italiana, con un peso rilevante (prossimo ad un terzo dei casi) rappresentato da assistenti provenienti da paesi esterni all'Unione Europea, tra quelle conviventi il gruppo di maggioranza relativa è costituito da assistenti provenienti dall'Unione Europea, solo di poco più numerose rispetto alle extra-europee, con una componente italiana molto minoritaria che non raggiunge neanche un caso su dieci.

**Tab. 33: Nazionalità**

	A ore (non convivente)		Convivente	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
Italiana	32	53,3	9	9,3
Unione Europea (UE)	10	16,7	45	46,4
Extra UE	18	30,0	43	44,3
Totale	60	100,0	97	100,0

Per quanto riguarda infine la formazione ricevuta dalle assistenti famigliari rispetto alle attività di cura nei confronti di persone anziane e disabili (Tab. 34), osserviamo che un numero estremamente

basso è in possesso di questo tipo di qualificazione tra coloro che convivono con la persona anziana, ma non raggiungono un quinto neanche tra le collaboratrici ad ore.

**Tab. 34: Ha ricevuto una formazione specifica su come svolgere assistenza a persone anziane o disabili?**

	A ore (non convivente)		Convivente	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
Si	11	19,3	6	6,2
No	24	42,1	71	73,2
Non lo so	22	38,6	20	20,6
Totale	57	100,0	97	100,0

#### 2.1.4. Uso dei servizi sanitari e sociali

L'osservata centralità della famiglia e delle assistenti famigliari private nella cura quotidiana delle persone anziane non autosufficienti residenti nella Regione Marche è ben riflessa anche dai dati inerenti l'uso dei servizi sanitari e sociali offerti dalla rete di strutture pubbliche e private esistenti sul territorio, illustrati nella Tab. 35. Una prima osservazione in merito concerne il fatto che l'unico servizio realmente capillare ed in grado di raggiungere il 90% di questa particolare popolazione riguarda i medici di medicina generale (solo il 10% dichiara di non averne usufruito nell'ultimo anno). Tra i pochi servizi che raggiungono una quota di popolazione anziana non autosufficiente superiore al 10% troviamo gli specialisti (sia pubblici che privati), gli infermieri domiciliari (di cui ha usufruito un terzo degli interpellati), i terapisti della riabilitazione, sempre a domicilio (menzionati da un sesto del campione), e i servizi di trasporto (in un caso su cinque).

Limitando il commento dei successivi dati solo a questi servizi, possiamo osservare che, tra quelli usati, i più di frequente fruiti sono la terapia riabilitativa domiciliare (in quasi la metà dei casi su base settimanale) e il medico di medicina generale (prevalentemente su base mensile), mentre a tutti gli altri si ricorre con frequenza meno che mensile. In termini di costi, quelli che impattano maggiormente sono il ricorso a periodi di permanenza temporanea presso strutture residenziali, l'assunzione delle assistenti famigliari di cui si è detto nel paragrafo precedente, la consegna di pasti a domicilio, e le prestazioni di terapia riabilitativa (soprattutto se erogate a domicilio).



Rispetto al grado di soddisfazione (colonne centrali della Tab. 35), il numero ridotto di coloro che si è espresso non consente di esprimere valutazioni rappresentative per la gran parte dei servizi indicati. Tuttavia si può osservare che un numero molto elevato di rispondenti esprime soddisfazione rispetto ai servizi del medico di medicina generale, degli specialisti consultati, e dei servizi infermieristici e riabilitativi, soprattutto se ricevuti a domicilio, mentre qualche maggiore insoddisfazione emerge rispetto ai servizi di trasporto. Tra i motivi dell'eventuale insoddisfazione manifestata rispetto ai vari servizi utilizzati, un ruolo di spicco sembra giocarlo in particolare la ridotta qualità del servizio ricevuto, seguita, ma ad una certa distanza, dalla lunghezza dei tempi di attesa e, nel caso delle terapie riabilitative, dalla quantità insufficiente del servizio offerto.

Negli ultimi anni si sono levate numerose proposte volte a promuovere la qualità dei servizi anche attraverso una loro maggiore digitalizzazione e l'adozione di nuove tecnologie, anche rivolte alla popolazione non autosufficiente. Questo aspetto è stato approfondito anche nel presente studio, che ha verificato il grado di familiarità degli intervistati rispetto ad alcuni moderni strumenti che vengono sempre più spesso impiegati anche per il semplice accesso ai servizi sociali e sanitari, come ad esempio la prenotazione di visite online o il collegamento via internet a centrali di emergenza (Tab. 36). Le risposte fornite evidenziano che, tra le persone anziane non autosufficienti della Regione Marche, il telefono rappresenta l'unico strumento realmente utilizzato (e anch'esso solo da coloro cognitivamente e/o fisicamente in grado di farlo). Tutte le altre opzioni – come l'uso di smartphone, personal computer o tablet – risultano essere al di fuori della portata di oltre il 90% degli intervistati. Una parziale eccezione vale per il ricorso a servizi come quello dell'allarme su richiesta o della chiamata di controllo a distanza, i quali, prevedendo un'azione minima da parte della persona anziana (come ad esempio schiacciare il bottone del semplice apparecchio in dotazione), o la semplice risposta a chiamate effettuate da operatori esterni, risultano più gestibili e sono usate da poco più di un decimo del campione.

**Tab. 36: Pensando a strumenti e tecnologie moderne utilizzate per accedere ai servizi esistenti, mi può dire se li usa e se incontra difficoltà ad usarli? (%)**

	Non mi serve	Non so usarlo	Si, con aiuto	Si, da solo	Totale
Telefono cellulare	10,1	49,1	14,7	26,0	100,0
Smartphone	21,9	70,9	4,3	2,9	100,0
PC o tablet	23,5	71,3	2,3	2,9	100,0
Allarme o chiamata a distanza	39,2	48,4	2,9	9,5	100,0
Altro	87,0	10,0	1,3	1,7	100,0

Da ultimo, è stata verificata l'opinione dell'anziano intervistato rispetto all'ipotesi di ricorrere in futuro al ricovero in una struttura residenziale (Tab. 37). I due terzi degli interpellati si schierano decisamente contro questa possibilità, mentre il rimanente terzo sembra accettarla, ma vincolandone il verificarsi ad un eventuale peggioramento delle proprie condizioni di salute.

**Tab. 37: In futuro, sarebbe disposto a prendere in considerazione il ricovero in casa di riposo?**

	Frequenza	Percentuale
No, in nessun caso	229	67,4
Sì, ma solo se le mie condizioni peggiorassero	107	31,5
Sì, anche se le mie condizioni rimanessero stabili	4	1,2
Totale	340	100,0

## 2.2. I famigliari caregiver (*Flavia Piccinini e Paolo Fabbietti*)

Nelle pagine seguenti sono riportati i risultati dello studio inerenti i famigliari caregiver maggiormente impegnati nell'assistenza quotidiana delle persone anziane non autosufficienti di cui sono state descritte le principali caratteristiche ed esigenze nella sezione precedente. Come si osserverà nelle tabelle sotto riportate, il loro numero (pari a 309 persone) è inferiore a quello degli anziani intervistati, in quanto un certo numero di questi (quasi un decimo dell'intero campione) non risulta essere assistito da alcuna persona o indica come principale caregiver il proprio assistente familiare privato.

### 2.2.1. Caratteristiche socio-demografiche e condizioni di salute

La gran parte dei famigliari caregiver, pari ai due terzi del totale, è costituita da donne (Tab. 38). Questo dato appare in linea con quanto si riscontra sia in Italia sia all'estero, data la maggiore presenza femminile tradizionalmente osservata nella prestazione di cure ai familiari fragili e malati.

**Tab. 38: Sesso**

	Frequenza	Percentuale
Maschi	103	33,3
Femmine	206	66,7
Totale	309	100,0

La distribuzione per classi di età (Tab. 39) evidenzia come circa un caregiver familiare su sei abbia un'età uguale o inferiore ai 50 anni, quasi un quarto si collochi tra i 50 e i 59 anni, e il gruppo più numeroso, con oltre un terzo dei rispondenti, sia tra i 60 e i 69 anni. La consistenza delle fasce di età più elevate appare minore, con meno del 15% tra i 70 e i 79 anni, e poco più di un caregiver su dieci con oltre 80 anni.

**Tab. 39: Classi di età**

	Frequenza	Percentuale
Fino a 50 anni	45	14,6
51-59	71	23,0
60-69	112	36,2
70-79	46	14,9
80 anni ed oltre	35	11,3
Totale	309	100,0

L'elevata età di un numero non trascurabile di caregiver appare comprensibile quando si tenga conto del fatto che in un quinto dei casi si tratta di coniugi dell'anziano non autosufficiente (Tab. 40). Nella stragrande maggioranza delle situazioni, tuttavia, pari a quasi due casi su tre, il caregiver principale è la figlia o (ma come si è visto, più raramente) il figlio dell'assistito. Non mancano, in un caso su sei, familiari che forniscono le cure pur rientrando in altre tipologie più lontane di parentela (come ad esempio fratelli, sorelle, nipoti, nuore e generi).

**Tab. 40: Rapporto di parentela con l'anziano**

	Frequenza	Percentuale
Coniuge o convivente	62	20,1
Figlio/a	193	62,5
Altro rapporto di parentela	54	17,5
Totale	309	100,0

Lo stato civile prevalente tra i caregiver è quello dell'essere coniugato (o convivente con il proprio partner), condizione che caratterizza circa sette di loro su dieci (Tab. 41). La seconda tipologia prevalente è quella dei celibi/nubili, che raggiungono quasi un sesto dell'intero campione, seguiti dai divorziati/separati (pari a quasi un caregiver su dieci), mentre assai minoritario è il numero di vedovi/vedove.

**Tab. 41: Stato civile**

	Frequenza	Percentuale
Coniugato/a o convivente	216	69,9
Nubile/Celibe	49	15,9
Divorziato/a o separato/a	28	9,1
Vedovo/a	16	5,2
Totale	309	100,0

Le precedenti caratteristiche lasciano comprendere perché, in oltre la metà dei casi, i caregiver familiari coabitano con l'anziano che assistono (Tab. 42). In un altro terzo delle situazioni vivono comunque in prossimità dell'abitazione dell'anziano, come in un altro appartamento dello stesso edificio o ad una distanza percorribile in pochi minuti. Solo una quota marginale degli intervistati, meno di un sesto, riferisce di vivere a distanze maggiori (dai 30 minuti di distanza in su). Si delinea quindi un quadro in cui la prossimità geografica appare come caratterizzante la situazione

marchigiana, in cui la capacità di sostegno delle reti familiari di prossimità continua ad esercitare la tradizionale funzione protettiva nei confronti dei soggetti più fragili.

**Tab. 42: Luogo di residenza rispetto all'anziano**

	Frequenza	Percentuale
Stessa casa	168	54,4
Stesso palazzo	44	14,2
A 10 minuti di distanza	49	15,9
A 30 minuti di distanza	48	15,5
Totale	309	100,0

Chiudiamo questa breve carrellata sulle principali caratteristiche dei caregiver familiari osservando che si tratta, in oltre la metà dei casi, di soggetti in possesso di un diploma di scuola superiore o di un titolo più elevato, a fronte di un 28% che ha conseguito la licenza media e un sesto dei rispondenti con la sola licenza elementare (o, in rarissimi casi, senza alcun titolo di studio).

**Tab. 43: Titolo di studio**

	Frequenza	Percentuale
Nessun titolo	6	1,9
Licenza elementare	44	14,2
Licenza media	86	27,8
Diploma di scuola superiore o laurea	173	56,0
Totale	309	100,0

Per quanto riguarda infine la percezione soggettiva dello stato di salute dei caregiver (Tab. 44), circa la metà di essi valuta abbastanza positivamente le proprie condizioni di salute (considerandole cioè "eccellenti", "molto buone" o "buone"). Solo "discrete" quelle riportate da un gruppo quasi altrettanto numeroso di caregiver, mentre si limitano ad un 4% coloro che definiscono decisamente come negativo il proprio stato di salute. Quasi doppio (7,6%) risulta invece il numero di coloro che valutano come "cattiva" o "molto cattiva" la propria qualità della vita (Tab. 45).

**Tab. 44: In generale, come giudica la sua salute?**

	Frequenza	Percentuale
Eccellente	5	1,6
Molto buona	32	10,4
Buona	116	37,8
Discreta	142	46,3
Cattiva	12	3,9
Totale	307	100,0

**Tab. 45: Qualità della vita**

	Frequenza	Percentuale
Molto buona	9	3,0
Buona	123	40,5
Né buona né cattiva	149	49,0
Cattiva	21	6,9
Molto cattiva	2	,7
Totale	304	100,0

**2.2.2. L'assistenza prestata**

Circa un caregiver su due riferisce di prendersi cura del proprio congiunto da un periodo di tempo piuttosto lungo, pari o superiore ai quattro anni (e addirittura superiore ai sei in oltre un quarto dei casi). Coloro che assistono da meno tempo si suddividono piuttosto equamente tra chi presta cure da tre, due o meno di un anno. Esiste quindi una varietà di situazioni riconducibili ai diversi stadi di evoluzione (temporale) della cronicità nell'anziano fragile, ed alle particolari patologie di cui questi soffre.

**Tab. 46: Durata dell'assistenza prestata dal caregiver**

	Frequenza	Percentuale
1 anno	50	16,2
2 anni	51	16,6
3 anni	54	17,5
4 anni	37	12,0
5 anni	33	10,7
Da 6 anni in su	83	26,9
Totale	308	100,0

Per quanto riguarda l'intensità dell'attività di cure prestate (Tab. 47), oltre un terzo dei caregiver intervistati dichiara di assistere il proprio congiunto per un numero di ore settimanali uguale o maggiore a 50, evidenziando quindi un carico assistenziale piuttosto elevato, che in molti casi arriva ad assorbire svariate ore al giorno (in media sette o più, contando anche la domenica). Una quota di poco inferiore riferisce di prendersi cura del proprio caro per un monte ore settimanale che va dalle 29 alle 49 ore, mentre un quinto di essi dedica al proprio familiare tra le 15 e le 28 ore settimanali. Pochi, meno di un quarto, coloro che dichiarano un impegno settimanale più contenuto, inferiore alle 14 ore a settimana (l'equivalente di due ore al giorno in media).

Quest'ultimo gruppo, che presente una situazione più favorevole in termini di coinvolgimento richiesto, è presumibilmente rappresentativo di quelle situazioni in cui la perdita di autonomia dell'anziano è ancora ad uno stadio iniziale (ad es. per una situazione di disabilità instauratasi recentemente), o in cui ci siano più figure che concorrono all'assistenza. Come si è visto, infatti, non è infrequente che, accanto al caregiver principale, vi siano altre figure, in primis assistenti familiari conviventi e non, ma anche altri congiunti, che contribuiscono alla fornitura quotidiana di cure. Viceversa, le situazioni caratterizzate da un'elevata intensità di caregiving sono tendenzialmente quelle in cui più spesso il caregiver principale è anche il fornitore esclusivo di cure.

**Tab. 47: Ore settimanali di assistenza prestate**

	Frequenza	Percentuale
Fino a 14 ore a settimana	42	13,9
15-28	60	19,8
29-49	94	31,0
Oltre 50 ore a settimana	107	35,3
Totale	303	100,0

Oltre all'intensità dell'attività di cure prestata, è opportuno esaminare la contemporaneità di eventuali situazioni assistenziali multiple (Tab. 48). Tale circostanza non appare molto diffusa, e riguarda complessivamente solo un decimo del campione di caregiver familiari che dichiara di prendersi cura di due persone anziane (con pochissimi casi impegnati ad accudirne addirittura tre). Questo gruppo di caregiver dovrebbe tuttavia essere particolarmente monitorato, in quanto il carico assistenziale che poggia sulle loro spalle può subire variazioni repentine che più facilmente rischiano di determinare situazioni di sovraccarico, specialmente quando il caregiver principale non può contare su un'ampia rete di supporto. A tal fine occorre tener conto anche della possibilità che tale ruolo di caregiver multiplo venga svolto anche nei confronti di soggetti più giovani, come ad esempio

nipoti e/o adulti disabili (Tab. 49). Tale situazione caratterizza circa il 40% del campione, con oltre un quarto dei caregiver che si trova a prestare cure ad almeno altri due soggetti, oltre alla persona anziana non autosufficiente.

**Tab. 48: Numero di familiari anziani over 65 assistiti nel complesso**

	Frequenza	Percentuale
1	275	89,0
2	31	10,0
3	3	1,0
Totale	309	100,0

**Tab. 49: Numero di altri familiari NON anziani assistiti**

	Frequenza	Percentuale
Nessuno	183	59,2
1	39	12,6
2	48	15,5
3 o più	35	11,3
Totale	305	98,7

Al fine di comprendere quale sia la percezione soggettiva del caregiver familiare relativamente alla sicurezza dell'anziano all'interno dell'ambiente domestico e, più in generale, nel contesto urbano di riferimento, il questionario conteneva due domande volte a cogliere l'opinione degli intervistati su questo tema. Per quanto riguarda il primo aspetto (Tab. 50), complessivamente quasi nove caregiver famigliari su dieci ritiene che l'anziano sia abbastanza o molto sicuro all'interno della propria abitazione, a fronte di un 12% degli intervistati che riferisce una percezione di insicurezza (che diviene elevata solo nel 4% dei casi). Tale percezione di insicurezza, quando presente, appare in larga parte riconducibile alla ridotta autonomia dell'anziano (timore di incidenti domestici, presenza di barriere architettoniche in casa, ecc.) e/o alle condizioni abitative dello stesso (anziano che vive da solo, mancanza di sistemi anti-intrusione, ecc.).

**Tab. 50: A suo avviso, l'anziano è al sicuro nella sua abitazione?**

	Frequenza	Percentuale
Molto sicuro	99	32,1
Abbastanza sicuro	172	55,8
Abbastanza insicuro	25	8,1
Molto insicuro	12	3,9
Totale	308	100,0

Più variegata appare la percezione di sicurezza riferita dagli intervistati in relazione al contesto urbano di riferimento (Tab. 51). In questo caso, infatti, mentre oltre i due terzi degli intervistati riferisce di sentirsi sicuro o molto sicuro nel camminare da solo/a la sera nella zona di residenza, circa un terzo di essi dichiara di sentirsi insicuro o molto insicuro nel farlo. Tale preoccupazione appare principalmente giustificata da timori legati alla micro-criminalità, ma anche dalla percezione di degrado ambientale e trascuratezza nella zona di residenza (ad esempio per la presenza di aree poco illuminate, sporcizia, cattiva manutenzione degli arredi urbani).

**Tab. 51: Si sente sicuro nel camminare da solo in questa zona o nel vicinato di sera quando è buio?**

	Frequenza	Percentuale
Molto sicuro	45	14,9
Sicuro	161	53,3
Insicuro	46	15,2
Molto insicuro	50	16,6
Totale	302	100,0

Al fine di identificare le necessità assistenziali affrontate dai famigliari caregiver, è stata rilevata la presenza o meno di problemi comportamentali da parte dell'anziano assistito, circostanza che spesso insorge in presenza di forme di demenza (Tab. 52). In oltre la metà dei casi questa situazione è risultata reale, con sintomi che vanno dal vagare senza meta né scopo preciso, alle difficoltà di comprensione ed espressione, fino all'agitazione psicomotoria.

**Tab. 52: Presenza di problemi di comportamento nell'anziano**

	Frequenza	Percentuale
No	137	44,3
Si	172	55,7
Totale	309	100,0

Tra coloro che riferiscono la presenza di tali sintomatologie comportamentali nell'anziano, tuttavia, solo poco più di un terzo riferisce che ciò si ripete con una certa frequenza, mentre poco meno di un quinto riporta che ciò avviene spesso (Tab. 53). La presenza di questi sintomi comportamentali nell'anziano rende sicuramente più complessa e stressante la sua gestione a domicilio, e i caregiver stessi necessitano in tal caso di informazioni e supporto particolarmente mirati affinché possano affrontare al meglio tali problematiche.

**Tab. 53: Con che frequenza l'anziano presenta problemi di comportamento come vagare per casa, non rispondere o comportarsi in modi che la agitano?**

	Frequenza	Percentuale
Raramente o mai	92	46,2
Qualche volta	71	35,7
Gran parte del tempo	36	18,1
Totale	199	100,0

Al fine di verificare la robustezza della rete di supporto disponibile nei confronti dell'anziano e del suo caregiver, a quest'ultimo è stato chiesto se, in caso di malattia, sarebbe stato in grado di reperire una persona in grado di sostituirlo nell'attività di assistenza (Tab. 54). Se ciò risulta facile in quasi la metà dei casi e, seppur con maggiori difficoltà, in un numero quasi altrettanto elevato di situazioni, in un decimo dei casi tale sostituzione appare impossibile. Queste rappresentano certamente le realtà che maggiormente necessitano di un supporto da parte dei servizi pubblici, al fine di prevenire situazioni insostenibili.

**Tab. 54: Se Lei fosse malato, ci sarebbe qualcuno che potrebbe aiutarla nell'assistenza all'anziano?**

	Frequenza	Percentuale
Sì, facilmente	147	47,6
Sì, con difficoltà	129	41,7
No, nessuno	33	10,7
Totale	309	100,0

Un quadro simile emerge quando l'ipotesi considerata riguarda la possibilità di assicurare al caregiver familiare un periodo di sollievo dall'impegno di cura, soprattutto quando questo si svolge con continuità e senza pause (Tab. 55). Per rispondere a questo tipo di esigenze, recentemente l'INPS ha previsto la possibilità di optare, nell'ambito dei permessi lavorativi concessi dalla legge n. 104 del 1992, per la cosiddetta "assistenza saltuaria". Si tratta di una soluzione che consente al lavoratore dipendente di non essere l'unico ad occuparsi di un parente non autosufficiente, condividendo questo compito con un'altra persona, in genere un altro familiare. Questa misura, tuttavia, si rivolge ad una platea limitata di caregiver familiari (quella dei lavoratori dipendenti), escludendo altre categorie di soggetti (cioè lavoratori autonomi e/o disoccupati), né si associa ad altri servizi in natura (come ad esempio i servizi di sollievo), che potrebbero fornire un contributo nella stessa direzione.

**Tab. 55: Se Lei avesse bisogno di una pausa dall'assistenza, ci sarebbe qualcuno che potrebbe badare all'anziano al posto suo?**

	Frequenza	Percentuale
Sì, facilmente	136	44,2
Sì, con difficoltà	135	43,8
No, nessuno	37	12,0
Totale	308	100,0

Alla luce di quanto appena segnalato, è utile esaminare i servizi che i caregiver familiari indicano come particolarmente utili per sé o per i propri assistiti ma che, per svariati motivi, non sono loro disponibili. Questa situazione – che viene riportata da oltre un terzo degli intervistati (Tab. 56) – è dovuta in larga misura alla carenza di servizi di assistenza domiciliare, lamentata da oltre un quarto del campione (Tab. 57). Assai inferiore (e pur ammontante nel complesso a circa un sesto del totale)

risulta essere il numero di coloro che riferisce altre deficienze, come quelle inerenti il trasporto assistito, il reclutamento di colf e/o assistenti famigliari private, o la disponibilità di centri diurni e servizi residenziali dedicati.

**Tab. 56: Ci sono dei servizi che Lei o l'anziano non usate, ma dei quali avreste bisogno?**

	Frequenza	Percentuale
No	201	65,7
Si	105	34,3
Totale	306	100,0

**Tab. 57: Quali sono i servizi che Lei o l'anziano non usate, ma dei quali avreste bisogno?**

	Frequenza	Percentuale (sul totale dei rispondenti: N=309)
Cure domiciliari	85	27,5
Trasporto assistito	19	6,1
Badante/colf	17	5,5
Centro diurno o di aggregazione, servizi residenziali	14	4,5

I motivi individuati dai famigliari caregivers come causa del mancato utilizzo dei servizi sopra indicati sono diversi (Tab. 58). Al primo posto viene indicato il costo del servizio, che rappresenta il principale ostacolo per quasi tutti i servizi in oggetto (e pressoché l'unica causa del mancato impiego di una colf o assistente famigliare a pagamento). Una barriera insormontabile all'uso dei servizi è inoltre rappresentata chiaramente dalla loro indisponibilità, spesso verificatasi a seguito della riduzione dell'offerta di servizi nel corso della riorganizzazione venutasi a determinare negli ultimi anni per motivi di natura economica (e questo risulta particolarmente menzionato rispetto ai centri diurni e ai servizi residenziali). Un terzo motivo, per importanza, viene individuato nella lontananza a cui si trovano i servizi di cui si avrebbe bisogno (causa che, quasi paradossalmente, viene citata soprattutto con riferimento al trasporto assistito). Meno frequenti risultano infine la mancanza o la perdita dei requisiti necessari per poter usufruire dei servizi indicati e, con riferimento specifico all'assistenza domiciliare, la bassa qualità percepita agli occhi dell'utenza, che li renderebbe poco appetibili a chi ne avrebbe bisogno.

**Tab. 58: Perché non utilizzate i servizi di cui Lei o l'anziano avreste bisogno?**

	Troppo costoso	Non più disponibile	Troppo distante	Mancanza o perdita dei requisiti per usufruirne	Bassa qualità
Cure domiciliari	45,3	35,8	9,4	5,7	18,9
Trasporto assistito	30,8	15,4	15,4	15,4	0,0
Badante/colf	100,0	0,0	7,1	0,0	0,0
Centro diurno / servizi residenziali	30,0	40,0	10,0	10,0	0,0

Al fine di individuare una priorità tra le varie tipologie di supporto esistenti per far fronte alla varietà di bisogni degli anziani non autosufficienti e dei loro caregiver, è stato inoltre chiesto a questi ultimi di indicare, all'interno di un elenco predefinito, quali ritenessero essere quelle più importanti, scegliendo le tre delle quali avessero maggior bisogno (Tab. 59). In ordine decrescente di importanza, ai primi posti troviamo aspetti quali: l'esigenza di ottenere informazioni sugli aiuti disponibili e su come accedervi; il poter usufruire di maggiori contributi economici (in evidente collegamento con la segnalata necessità di poter assumere personale privato di cura); l'esigenza di avere maggiori informazioni sulle patologie dell'anziano, di avere un sostegno nel pianificare l'assistenza futura, e di poter disporre di servizi di sollievo.

**Tab. 59: Quali tipi di supporto ritiene più importanti? E di quali avrebbe maggior bisogno?**

Tipo di supporto	Importanza (media)*	Bisogno (percentuale)^
Informazioni sugli aiuti disponibili e su come accedervi	2,89	42,7
Più denaro per comprare ciò che è utile a fornire un'assistenza adeguata	2,61	26,9
Informazioni sulle malattie dell'anziano	2,55	19,4
Aiuto nel pianificare l'assistenza futura	2,32	22,0
Possibilità di fare una vacanza o una pausa dall'assistenza	2,26	22,0
Aiuto per adattare l'ambiente abitativo dell'anziano	2,06	12,0
Opportunità di passare più tempo con la sua famiglia	2,03	6,5
Formazione per sviluppare le abilità che le servono per assistere	2,01	9,4
Opportunità di partecipare ad attività fuori dell'assistenza	1,90	5,8
Opportunità per l'anziano di partecipare ad attività che lo divertano	1,78	12,9
Possibilità di conciliare l'assistenza con il lavoro retribuito	1,73	13,6
Possibilità di partecipare ad un gruppo di supporto per familiari di anziani	1,39	4,9

\*: media calcolata su una scala che va da un massimo di "4" (=estremamente importante) a "0" ("per nulla importante");  
 ^: percentuale di rispondenti che ha indicato questo servizio come uno dei tre di cui avrebbe maggiormente bisogno.

Questi dati sottolineano con chiarezza la necessità da parte delle famiglie marchigiane di essere affiancate dai servizi nell'organizzazione e nella gestione dei diversi aspetti dell'assistenza. All'opposto, tra gli aspetti ritenuti meno importanti degli altri, spiccano la richiesta di iniziative ricreative rivolte all'anziano, quella di avere strumenti che favoriscano la conciliazione tra lavoro retribuito e attività di cura, e la possibilità di partecipare a gruppi di sostegno per caregiver familiari.

Quando è stato chiesto agli intervistati di indicare di quali di questi aiuti ritenessero di avere maggiormente bisogno nella loro situazione attuale (colonna a destra della Tab. 59), la disponibilità di informazioni sui servizi esistenti e su come accedervi è risultato quello di gran lunga più menzionato. In generale, all'importanza attribuita ad un servizio è stato associato anche un maggior bisogno da parte dei rispondenti. Tuttavia, si riscontrano due eccezioni, riguardanti due supporti che, seppur ritenuti meno importanti di altri, sembrano al momento forniti in misura insufficiente: la possibilità di conciliare lavoro retribuito e attività informali di cura; e la fornitura di attività ricreative per l'anziano assistito.

Una metodologia simile è stata impiegata anche per individuare le caratteristiche dei servizi ritenute più importanti dalle famiglie marchigiane (quindi il "come" i servizi debbano essere erogati) (Tab. 60).

**Tab. 60: Quali caratteristiche dei servizi ritiene più importanti?  
E di quali sente al momento di più la mancanza?**

Caratteristica del servizio	Importanza (media)*	Bisogno (percentuale)^
Che gli addetti all'assistenza trattino l'anziano con dignità e rispetto	3,43	26,5
Che l'aiuto sia disponibile nel momento in cui Lei ne ha più bisogno	3,30	43,7
Che gli addetti all'assistenza La trattino con dignità e rispetto	3,27	11,0
Che gli addetti all'assistenza abbiano le capacità e la preparazione necessarie	3,25	19,4
Che l'aiuto arrivi quando è stato promesso	3,24	18,4
Che l'aiuto fornito migliori la qualità di vita dell'anziano	3,24	18,1
Che l'aiuto fornito non sia troppo costoso	3,19	21,7
Che l'aiuto consideri sia i Suoi bisogni, sia quelli dell'anziano	3,11	11,3
Che il Suo punto di vista e le Sue opinioni siano ascoltate	2,96	4,2
Che l'aiuto migliori la Sua qualità di vita	2,94	8,1
Che l'aiuto si adatti bene ai Suoi orari e alle Sue abitudini	2,80	8,4
Che l'aiuto venga fornito sempre dallo stesso addetto	2,73	6,5

\*: media calcolata su una scala che va da un massimo di "4" (=estremamente importante) a "0" ("per nulla importante");

^: percentuale di rispondenti che ha indicato questo servizio come uno dei tre di cui avrebbe maggiormente bisogno.

In proposito, emergono al primo posto in ordine di importanza alcune qualità riferibili agli operatori dell'assistenza, che dovrebbero essere rispettosi nei confronti dell'anziano, disponibili al confronto con i familiari caregiver, e dotati della necessaria competenza e preparazione. A seguire, vengono poi menzionate alcune caratteristiche che riguardano le prestazioni erogate, che dovrebbero essere il più possibile tempestive, arrivando quando sono state promesse e volte a migliorare la qualità della vita dell'anziano, possibilmente ad un costo contenuto. Sotto la media, per importanza, appaiono invece aspetti come la capacità dei servizi di essere flessibili, adattandosi alle esigenze, anche orarie, dell'utenza, e il fatto che l'aiuto venga prestato sempre dallo stesso addetto.

Anche in questo caso è stato chiesto ai caregiver familiari di indicare quali fossero gli aspetti che ritenessero più carenti nella loro condizione attuale, e di cui quindi per contrapposizione avessero maggior bisogno (colonna a destra della Tab. 60). La tempestività dei servizi spicca in proposito come l'aspetto menzionato di gran lunga più frequentemente dagli intervistati, seguito dalla necessità che gli operatori interagiscano con l'anziano in modo da garantirgli il massimo rispetto della sua dignità di persona. Al terzo posto viene sottolineata la necessità di ricevere servizi adeguati ad un costo contenuto.

Questa parte dello studio si è chiusa verificando l'attitudine dei famigliari caregiver rispetto all'eventuale idea di ricorrere in futuro ad una struttura residenziale per ospitare il proprio congiunto anziano (Tab. 61). I risultati sembrano confermare le risposte fornite dalle persone anziane assistite (cfr. Tab. 37 nella sezione 2.1.4): quasi due terzi dei caregiver dichiara che non ricorrerebbe a questa soluzione neanche di fronte ad un aggravamento delle condizioni di salute del proprio caro, situazione quest'ultima che potrebbe invece spingere un terzo dei rispondenti a farlo. Solo una percentuale molto minoritaria degli intervistati prevede di ricorrere a queste tipologia di servizio nel prossimo futuro, indipendentemente dal variare delle condizioni di salute dell'anziano.

**Tab. 61: Per il futuro, ricorrerebbe ad una struttura come una casa di riposo?**

	Frequenza	Percentuale
No, in nessun caso	191	62,2
Sì, in caso di peggioramento	108	35,2
Sì, anche nel caso di condizioni stabili	8	2,6
Totale	307	100,0

Per cui si può, in sintesi, affermare che la quasi totalità delle famiglie consultate esprime l'intenzione di continuare a mantenere l'anziano presso il proprio domicilio almeno fin quando sarà possibile, suggerendo quindi che la permanenza a casa viene considerata come quella ideale per assicurare

all'anziano un ambiente più idoneo rispetto a quanto offrano oggi le strutture residenziali del nostro territorio.

### 2.2.3. La conciliazione tra attività di cura e impegni lavorativi

Al fine di cogliere l'impatto del caregiving sulla vita professionale degli intervistati, una specifica sezione del questionario è stata dedicata all'esplorazione della tematica della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, e delle ripercussioni sulla carriera affrontate da coloro che assistono informalmente un anziano non autosufficiente. Il punto di partenza dell'analisi non può non prendere le mosse dalla constatazione che, complessivamente, quasi un caregiver familiare su tre risulta occupato in un'attività lavorativa remunerata (Tab. 62).

**Tab. 62: Lei attualmente sta lavorando?**

	Frequenza	Percentuale
No	213	69,8
Sì	92	30,2
Totale	305	100,0

Tra gli occupati (Tab. 63), quasi la metà è impegnata in un'attività lavorativa full-time, con un monte ore lavorativo settimanale di 36 o più ore. Dell'altra metà che lavora part-time, un quarto lavora tra le 31 e le 36 ore settimanali, poco meno di un decimo tra le 26-30 ore settimanali, mentre un quinto non supera le 25 ore settimanali.

**Tab. 63: Quante ore lavora alla settimana?**

	Frequenza	Percentuale
Meno di 25 ore a settimana	16	20,3
26-30	7	8,9
31-36	19	24,1
Più di 36 ore a settimana	37	46,8
Totale	79	100,0

Per quanto riguarda le varie tipologie di lavoratori maggiormente rappresentati tra i familiari caregiver occupati (Tab. 64), si tratta per metà di lavoratori dipendenti del settore privato, che

complessivamente superano il totale dei dipendenti pubblici e dei lavoratori autonomi messi assieme, mentre quasi assenti sono i lavoratori afferenti ad altre tipologie di lavoro (ad esempio flessibile o intermittente).

**Tab. 64: Tipologia di lavoro svolto**

	Frequenza	Percentuale
Lavoro dipendente nel settore privato	46	51,1
Lavoro dipendente nel settore pubblico	22	24,4
Lavoratore autonomo	19	21,1
Altro	3	3,3
Totale	90	100,0

Passando ad analizzare l’impatto dell’attività di caregiving familiare tra gli occupati (Tab. 65), si può osservare che oltre un quarto di questi dichiara di essere stato spinto a ridurre il proprio orario di lavoro in conseguenza dell’attività di assistenza prestata informalmente. Tale decremento orario si distribuisce piuttosto equamente tra le fasce di 3-4 ore, 5-8 ore, 10-11 ore e 15-24 ore (Tab. 66), rivelando una certa variabilità nella flessibilità oraria accordata per far fronte alle esigenze assistenziali extra-lavorative dei famigliari caregiver occupati.

**Tab. 65: Il fatto di assistere il suo famigliare l’ha spinto a ridurre il suo orario di lavoro?**

	Frequenza	Percentuale
No	68	73,1
Si	25	26,9
Totale	93	100,0

**Tab. 66: Di quante ore alla settimana ha ridotto il suo orario di lavoro?**

	Frequenza	Percentuale
3 – 4 ore a settimana	6	26,1
5 - 8	5	21,7
10 - 11	6	26,1
15 - 24	6	26,1
Totale	23	100,0

Lo studio ha consentito di verificare in che misura vengano fruiti i benefici resi disponibili dalla legge n. 104 del 1992 in materia di permessi e congedi concessi al personale dipendente impegnato nella

cura informale di famigliari disabili (Tab. 67). Tra tutti i caregiver famigliari occupati presenti nel nostro campione, un quarto ha dichiarato di usufruire correntemente delle agevolazioni previste dalla legge suddetta. In particolare, quasi un occupato su cinque riferisce di ricorrere ai permessi retribuiti (che ammontano a 3 giorni al mese), mentre molti meno fruiscono del congedo retribuito straordinario (misura che prevede un congedo retribuito della durata massima di due anni, continuativi o frazionati, nell'arco dell'intera vita lavorativa). Va comunque sottolineato che, com'è noto, le agevolazioni previste dalla citata normativa riguardano solo il lavoro dipendente (pubblico e privato), mentre non esistono misure analoghe per il lavoro autonomo e occasionale.

**Tab. 67: Ricorso ai benefici della legge N. 104/1992**

	Frequenza	Percentuale
No	69	75,0
Si, permessi retribuiti	18	19,6
Si, congedi retribuiti	4	4,3
Si, entrambi	1	1,1
Totale	92	100,0

Tra i famigliari caregiver che non risultano impegnati in una attività lavorativa (Tab. 68), la stragrande maggioranza (pari al 70%) è ritirata dal lavoro, una quota pari a circa un sesto è composta da casalinghe, e poco più di un decimo si dichiara in cerca di occupazione.

**Tab. 68: Caratteristiche dei famigliari caregiver non occupati**

	Frequenza	Percentuale
Pensionato	151	70,2
Casalinga/o	38	17,7
In cerca di lavoro	25	11,6
Aspettativa o congedo	1	0,5
Totale	215	100,0

L'impegno richiesto dall'attività di assistenza informale sembra aver inciso negativamente sulla possibilità dei famigliari caregiver attualmente fuori dal mercato del lavoro di sviluppare il proprio percorso professionale (Tab. 69). Quasi un sesto di coloro che si trovano in questa condizione, infatti, dichiara che l'attività assistenziale prestata costituisce correntemente un impedimento allo svolgere un'attività lavorativa remunerata. Un numero inferiore, pari a circa il 7% del totale dei non

occupati, afferma invece di aver dovuto smettere di lavorare, cosa che interessa prevalentemente (quasi nell'80% dei casi) soggetti che prima di smettere svolgevano un'attività a tempo pieno (dati non riportati).

**Tab. 69: Restrizioni determinate dall'attività assistenziale svolta alla vita professionale dei famigliari caregiver non occupati**

	Frequenza	Percentuale (sul totale dei non occupati: N=205)
Non mi consente di lavorare	32	15,6
Ho dovuto smettere di lavorare	14	6,8

Da ultimo, è stato chiesto a tutti gli intervistati (indipendentemente dalla loro condizione professionale) di indicare se, in riferimento alla loro vita lavorativa, attuale o passata, l'attività assistenziale informale avesse determinato delle restrizioni o rallentamenti di carriera (Tab. 70). Poco meno di un intervistato su sei dichiara in proposito di poter (o aver potuto) lavorare solo saltuariamente, mentre oltre un decimo dei rispondenti afferma di non poter (o aver potuto) sviluppare la propria carriera o il proprio percorso di studi in conseguenza dell'attività di assistenza prestata. Con meno frequenza vengono infine segnalate altre ripercussioni, quali la mancanza di tempo per poter cercare un'occupazione lavorativa remunerata, o l'assenza della necessaria concentrazione per riuscire a mantenere un'occupazione stabile.

**Tab. 70: Restrizioni determinate dall'attività assistenziale svolta alla vita professionale dei famigliari caregiver (sia occupati sia non occupati)**

	Frequenza	Percentuale (sul totale)
Possibilità di lavorare solo saltuariamente	43	14,0
Mancato sviluppo della carriera professionale o degli studi	36	11,8
Altre ripercussioni	18	5,9

#### 2.2.4. L'uso delle nuove tecnologie

Con riferimento alle tecnologie a supporto del caregiving, è stato chiesto agli intervistati di indicare il proprio livello di conoscenza di alcune delle tecnologie più diffuse e facilmente reperibili su internet (Tab. 71). I dati raccolti sembrano suggerire una generalizzata scarsa familiarità degli

intervistati con le soluzioni tecnologiche indicate. In particolare, circa l'80-90% degli intervistati non sa cos'è o non utilizza strumenti come i forum online, le chat e le video-chat né i social network dedicati.

Migliore appare il dato relativo a conoscenza ed utilizzo dei servizi di messaggistica (ad es. WhatsApp), che sono noti ed utilizzati abitualmente da quasi metà dei rispondenti. Questi dati vanno tenuti presenti, soprattutto alla luce della forte spinta che si sta registrando attualmente verso la fornitura e l'accesso online di servizi di supporto per la popolazione anziana e i loro caregiver, di cui risulta però necessario affinare preliminarmente le capacità digitali, affinché tale evoluzione possa avvenire senza escludere le componenti meno digitalizzate della popolazione.

**Tab. 71: Conoscenza e uso delle nuove tecnologie**

Tipo di tecnologia	Non so cos'è	So cos'è...		Non risponde	Totale
		... ma non lo uso	... e lo uso già		
Forum online	38,5	52,1	6,1	3,2	100,0
Videochat	30,1	54,4	11,3	4,2	100,0
Social network dedicati	28,2	51,1	17,8	2,9	100,0
Chat	26,2	52,4	18,4	2,9	100,0
Messaggi privati	15,9	33,7	48,5	1,9	100,0

Infine è stato chiesto agli intervistati di indicare se nel corso dell'ultimo anno avessero dovuto affrontare delle spese aggiuntive in conseguenza dell'attività di assistenza svolta e, in tal caso, per quali voci di spesa e con quali conseguenze dal punto di vista della situazione economica personale (Tab. 72). Tra coloro che hanno dichiarato di aver sostenuto spese aggiuntive, quelle più significative hanno riguardato l'acquisto di farmaci e cibi speciali, che hanno creato "abbastanza" o "molti" problemi a circa un terzo degli interpellati.

Al secondo posto, per onerosità, sono risultate le spese per visite specialistiche ed esami di laboratorio, menzionate come problematiche da oltre un quarto del campione. Su valori simili si sono attestate le spese per le assistenti famigliari private, mentre meno di un quarto dei rispondenti citano la problematicità delle spese sostenute per acquistare vari tipi di ausili. Meno onerose, ma sempre su livelli problematici per oltre un decimo degli interpellati, risultano infine le spese di trasporto e quelle per l'adattamento degli ambienti domestici e il mobilio.

**Tab. 72: Ha avuto spese aggiuntive per l'attività assistenziale che le hanno creato dei problemi nell'ultimo anno?**

Tipo di spesa	Non ho avuto spese aggiuntive	Se avuto spese aggiuntive, le hanno creato dei problemi?			
		per niente	poco	abbastanza	molto
Farmaci e/o cibi speciali	36,5	11,4	18,9	24,4	8,8
Visite specialistiche o esami di laboratorio	42,2	11,8	19,3	21,2	5,6
Assistente familiare ("badante")	55,2	11,8	6,9	16,3	9,8
Ausili (protesi, dispositivi vari etc.)	58,0	10,5	12,5	14,8	4,3
Spese di trasporto	52,6	10,1	21,9	13,1	2,3
Adattamento di ambienti domestici e/o mobilio	67,8	8,1	10,1	9,8	4,2

### 3. Osservazioni conclusive *(Giovanni Lamura, Cristina Gagliardi e Flavia Piccinini)*

In un momento drammatico per il nostro paese, che si è trovato tra i primi a dover fronteggiare la pandemia da COVID-19, particolarmente aggressiva proprio nei confronti della popolazione anziana non autosufficiente oggetto del presente studio, diviene ancora più importante capire con rapidità cosa possa essere messo in campo per tutelare questo segmento particolarmente fragile della nostra società dalla minaccia posta dall'epidemia in corso. Il presente studio, ideato e condotto prima dell'attuale emergenza, non può fornire soluzioni ritagliate ad hoc rispetto a questa pandemia, ma può certamente contribuire ad individuare dove intervenire, nel contesto marchigiano, per rafforzare le tutele a favore di questa fascia di popolazione, rendendola più resiliente e meglio attrezzata per fronteggiare quello che sembra configurarsi come un problema con il quale dovremo convivere molto a lungo.

Diversi sono gli elementi emersi dall'indagine che forniscono indicazioni in merito. Un primo elemento è rappresentato dalla conferma della **centralità della famiglia come erogatore principale di cure** alla persona anziana che perde la propria autonomia. Oltre tre quarti dei principali caregiver su cui può contare l'anziano non autosufficiente per fronteggiare le esigenze della propria quotidianità sono costituiti dai figli e dal coniuge dell'interessato. L'elevato carico assistenziale cui queste figure sono sottoposte – oltre un terzo fornisce più di 50 ore di cura a settimana – rende evidente la **necessità di assicurare un sostegno più sistematico e articolato ai famigliari caregiver**. Questo deve essere in grado, da un lato, di non farli sentire soli e impreparati nella gestione delle cure informali, soprattutto nelle fasi più delicate, e dall'altro, di alleggerirli con soluzioni di sollievo, come ad esempio centri diurni, che hanno una valenza importante anche per migliorare la conciliazione tra attività di cura e impegni lavorativi. Tutti servizi rispetto ai quali deve essere assicurata anche una **capillare informazione** dei cittadini su come accedervi, anche attraverso le nuove soluzioni digitali, su cui si tornerà a dire più avanti.

Un secondo aspetto che emerge con forza dallo studio riguarda il **ruolo ormai consolidato delle assistenti famigliari assunte privatamente** dalle persone anziane non autosufficienti (o, se non in grado, dai loro congiunti), ormai presenti in quasi un nucleo famigliare su due. In molti casi anziane anch'esse, troppo spesso impiegate per un numero di ore superiore a quello ammesso dal contratto collettivo di lavoro, e senza adeguata formazione nel settore assistenziale in cui sono chiamate ad operare, queste figure costituiscono la vera colonna portante del "sistema" di cure alla non autosufficienza esistente nelle Marche e nel nostro paese in generale. Mentre ci si appresta a potenziare il sistema di tutele regionali per la non autosufficienza – anche per lo stimolo pervenuto dalla recente adozione del Piano Nazionale per la Non-Autosufficienza e del riparto del relativo fondo per il triennio 2019-2021 (<https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2019/DPCM-del-21112019-adozione-Piano-Nazionale-Non-Autosufficienza.pdf>) – sarebbe opportuno far sì che ciò avvenga non solo in termini di un aumento dell'importo degli assegni di cura monetari trasferiti ai cittadini, ma anche **assicurando un'adeguata formazione delle assistenti famigliari e una loro piena e formale integrazione nel sistema di cure**

**socio-sanitarie esistenti**, al fine di migliorare e monitorare la qualità delle cure prestate, e contenere così anche la piaga del lavoro nero che sappiamo essere così pervasiva in questo settore.

Collegato alla precedente osservazione è il suggerimento, anch'esso emerso con chiarezza dai risultati dello studio, che punta a **potenziare i servizi di assistenza domiciliare**, come auspicato da un buon numero di interpellati, generalmente poco attratti dalle soluzioni residenziali (e questo ancor prima che l'attuale pandemia rivelasse la fragilità di queste strutture anche in termini di rischi di contaminazione da COVID-19: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-2.pdf>). Abbracciare questa strategia implicherebbe il superamento dell'attuale approccio, basato su una prevalente monetizzazione dell'impegno pubblico nel settore, per tornare ad investire nella promozione di servizi in natura. Questi non dovrebbero limitarsi, sul fronte socio-assistenziale, alla cura della persona e della casa e, sul fronte sanitario, agli interventi infermieristici e riabilitativi; bensì idealmente spingersi a prevedere **interventi domiciliari o semi-residenziali volti a migliorare anche la salute mentale** (ed in particolare i così diffusi sintomi depressivi) della popolazione anziana, talora meno considerata rispetto alla disabilità fisica, ma altrettanto importante per garantire una buona qualità della vita degli anziani stessi e dei loro famigliari caregiver.

A tal fine, la scelta del modello gestionale da adottare (diretto o tramite l'appalto ai privati) non potrà non tenere conto di una serie di indicazioni ben precise emerse dall'indagine. In primo luogo, che l'erogazione di tali servizi (ma di tutti gli interventi in generale destinati agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie) avvenga con **tempestività**, al fine di superare l'attuale problema delle liste d'attesa (e della collegata creazione di un mercato parallelo di prestazioni private, erogate con velocità solo a chi può permettersi di pagarle). In secondo luogo, che il servizio venga reso dagli operatori nel **rispetto della dignità della persona anziana** cui è destinato, al di là delle competenze tecniche necessarie ad erogarlo. Ciò andrà garantito cercando di **ridurre al massimo la ricaduta dei costi del servizio sulle spalle degli utenti economicamente più deboli**, già oggi evidentemente esclusi dall'accesso ai servizi più efficaci, come le assistenti famigliari a pagamento e i (pochi) servizi di assistenza domiciliare, laddove esistenti.

Un utile seppur parziale contributo potrà probabilmente venire, in tal senso, anche da un **impiego più sistematico delle nuove tecnologie, soprattutto digitali**, sia in termini di supporto all'organizzazione e gestione dei servizi, sia per facilitare i rapporti tra utenti e operatori ma anche, laddove necessario, tra persone anziane e loro famigliari, quando lontani. Paradossalmente l'attuale pandemia, nella sua terribile negatività, ci ha consentito anche di scoprire i vantaggi che queste nuove soluzioni digitali possono offrire per superare l'isolamento fisico cui siamo stati tutti costretti dalle odierne misure di confinamento per arginare l'epidemia: un isolamento, va sottolineato, che in realtà rappresenta una condizione piuttosto frequente ed abituale tra le persone anziane non autosufficienti e i famigliari impegnati nella loro cura, e a cui finora però solo raramente si era pensato di poter porre rimedio ricorrendo a tali soluzioni (piuttosto comuni invece in altri settori e per altre fasce di età). Affinché queste tecnologie possano realmente rappresentare nuove opportunità di inte(g)razione per chi è più fragile, sarà tuttavia necessario investire non solo nell'approntamento di adeguate infrastrutture digitali, ma anche assicurare una capillare formazione di tutti coloro – operatori, utenti o famigliari, e sono tanti, soprattutto nelle generazioni più attempate – che non hanno dimestichezza nell'usarle, e contribuire così a superare il cosiddetto

“divario digitale” che li caratterizza. Certamente utile sarebbe, a tal fine, se i servizi pubblici approntassero dei sistemi di raccolta e diffusione delle informazioni sulle piattaforme on-line già sviluppate ed operative, finalizzate a supportare coloro che quotidianamente si occupano – a titolo informale o remunerato – dell’assistenza agli anziani non autosufficienti.

A conclusione di queste sintetiche osservazioni, va sottolineato che il presente rapporto, per il taglio divulgativo con cui è nato, ha presentato in forma esclusivamente descrittiva i principali risultati emersi dallo studio, al fine di favorirne la massima e tempestiva diffusione anche ai non addetti ai lavori. Se questa scelta ha certamente dei pregi, comporta tuttavia anche dei limiti, tra i quali spicca quello di non offrire analisi approfondite e statisticamente più sofisticate, che avrebbero consentito di individuare in maggior dettaglio fattori di rischio e tipologie dei sottogruppi di anziani non autosufficienti più vulnerabili, su cui eventualmente concentrare in modo più efficiente le misure di intervento attuabili nell’attuale situazione di risorse scarse. Ciò sarà obiettivo di futuri approfondimenti ed analisi dei dati raccolti, nella speranza di poterli integrare quanto prima anche con un’indagine aggiuntiva sull’impatto dell’epidemia da COVID-19 sui partecipanti allo studio qui presentato, onde poter capire se e come riorganizzare i futuri interventi rispetto alle necessità sollevate da questa devastante e fino a solo poche settimane fa impensabile emergenza.



**La non autosufficienza nelle Marche: una valutazione del sistema di intervento pubblico fra domanda di cura ed offerta di servizi all'interno del quadro italiano**

**Prof. Emmanuele Pavolini**  
**Università degli Studi di Macerata**



## 1. Introduzione

Il presente lavoro ha lo scopo di offrire un quadro di valutazione dello stato delle politiche per la non autosufficienza, in particolare di quelle rivolte a persone anziane, nel contesto marchigiano.

Il lavoro qui presentato ha seguito una doppia logica analitica-metodologica. Da un lato, la valutazione del caso marchigiano è stata effettuata adottando un approccio comparativo. Occorre inquadrare il caso marchigiano in un contesto più ampio (nazionale ma, anche, in linee molto generali, europeo) per comprenderne sia i punti di forza e di criticità che gli elementi di potenziale ma realistica innovazione. Voler basare la valutazione in termini di comparazione significa, però, dover fare scelte in termini di fonti di informazioni utilizzate. La Regione e i Comuni marchigiani raccolgono molte informazioni autonomamente sul tema. Tuttavia, in questa sede si è preferito utilizzare principalmente informazioni ottenute tramite banche dati nazionali e studi internazionali proprio per poter avere un elemento comparativo oggettivo. Dall'altro, l'obiettivo è quello di valutare per quanto possibile più gli *outcome* del sistema marchigiano nel campo degli interventi in aiuto alle persone e alle famiglie alle prese con problemi di non autosufficienza (tassi di copertura dei servizi, livello di sostegno alle famiglie, etc.) che gli *output* (intesi come normativa prodotta nel tempo). Quindi, il testo si concentra meno sulla normativa prodotta dalla Regione e, quando lo fa, adotta un'ottica di valutazione relativa a quale rete di interventi sia stata effettivamente implementata.

Sotto il profilo metodologico, lo studio si basa su quattro tipi di informazioni: ricerche e studi sull'argomento prodotti in Italia e, in maniera limitata, in Europa sul tema; banche dati con informazioni a livello regionale, se non subregionale, su domanda ed offerta di interventi per la non autosufficienza in Italia; un focus group con un gruppo di associazioni e realtà della società civile marchigiana, che intervengono nel campo della non autosufficienza<sup>1</sup>; la principale normativa regionale e nazionale sul tema.

Il rapporto è organizzato nella seguente maniera. I paragrafi 2 e 3 sono utili per contestualizzare il caso delle politiche pubbliche di sostegno alla cura nei casi di non autosufficienza nel territorio marchigiano all'interno del quadro europeo (paragrafo 2) e di quello italiano (paragrafo 3). Ciò è importante per le ragioni indicate sopra. Le politiche in questo campo debbono affrontare una delle sfide più complesse per le società occidentali: trovare soluzioni e sostegno rispetto a malattie croniche, che possono limitare le capacità degli individui anche per decenni, in un contesto di

---

<sup>1</sup> In particolare, hanno partecipato al focus group, tenutosi nell'autunno del 2019, rappresentanti delle seguenti realtà associative: Forum del Terzo Settore delle Marche, FNP-CISL, SPI-CGIL, ACLI, AUSER, ANTEAS e Cittadinanzattiva. Il Gruppo Solidarietà, non potendo partecipare direttamente all'incontro, ha gentilmente fornito una serie di materiali e riflessioni sul tema. L'autore del presente lavoro ringrazia tutte e tutti i partecipanti al focus group, assumendosi allo stesso tempo la responsabilità di tutte le riflessioni e valutazioni che sono riportate nel documento.

accentuato invecchiamento della popolazione (con un conseguente aumento della domanda di cura in termini assoluti). Nessuno in Europa ha trovato una ricetta del tutto soddisfacente in questo campo di politiche, tenendo anche presente che la soluzione tradizionale di alcuni paesi, e cioè la cosiddetta “istituzionalizzazione” degli anziani non autosufficienti con il massiccio ricorso a strutture residenziali, appare sempre meno percorribile, viste le giuste aspirazioni di anziani e di famiglie di cercare di “invecchiare a casa propria” in maniera dignitosa. Le politiche in questo campo debbono, quindi, affrontare il tema di una società che si invecchia e in cui i bisogni cronici aumentano, cercando allo stesso tempo di implementare quella che in inglese viene definita una strategia di “*aging in place*”, basata su cure domiciliari.

Il paragrafo 4 propone una stima del bisogno di cura presente nelle Marche, mentre i paragrafi 5, 6 e 7 offrono una valutazione comparativa, basata su vari tipi di banche dati, della capacità del sistema pubblico regionale di offerta di intervenire. Rispettivamente il paragrafo 5 offre una stima della spesa per interventi sociali e socio-sanitari per anziani, il paragrafo 6 analizza l’assistenza territoriale agli anziani, mentre il paragrafo 7 quella ospedaliera, in particolare cercando di valutare la presenza di inappropriatezza nei ricoveri e la capacità di assicurare continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

Il paragrafo 8 continua la valutazione confrontando il livello di bisogni di cura da non autosufficienza espresso dalla popolazione anziana rispetto alla capacità dei servizi pubblici sociali e socio-sanitari di coprire tali bisogni.

Il paragrafo 9 analizza la normativa regionale marchigiana, concentrando l’attenzione sulla logica che ha guidato nel corso del tempo gli interventi nel campo della non autosufficienza e, in particolare, sui principali atti di programmazione sociali e socio-sanitari attualmente in discussione in Regione.

Il paragrafo 10 offre una sintesi finale del lavoro svolto, mettendo in luce sia i punti di forza che gli aspetti più critici su cui la comunità regionale può intervenire, anche a partire dalle riflessioni, spesso più di tipo qualitativo e di policy, che sono emerse sia dall’analisi della normativa che dall’incontro con le associazioni appartenenti alla società civile marchigiana.

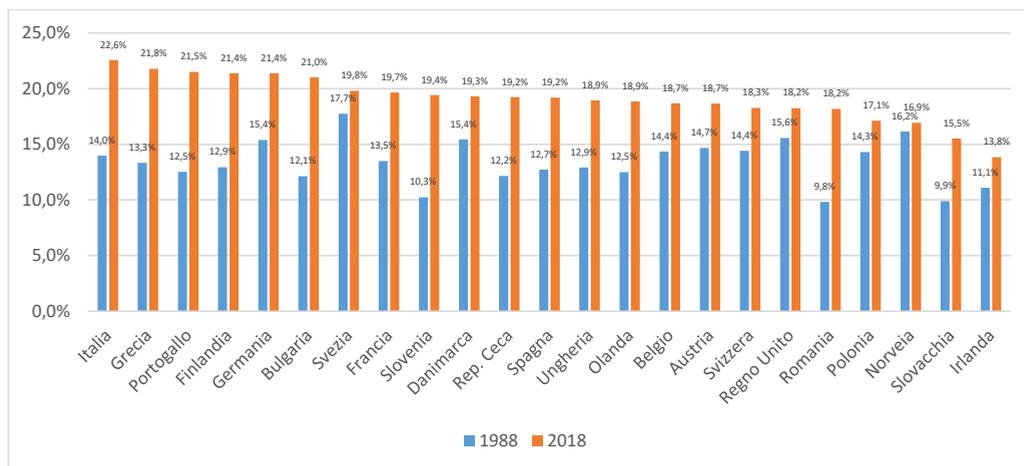
## ***2. Il quadro di riferimento internazionale: la non autosufficienza degli anziani come sfida centrale alla coesione sociale nel XXI secolo***

La non autosufficienza costituisce una situazione di vita caratterizzata da limitazioni croniche nello svolgimento autonomo delle funzioni quotidiane fondamentali. Il grado di limitazione può variare notevolmente tra le persone. Il carattere cronico delle limitazioni rende cruciale non solo la cura

sanitaria e riabilitativa, quanto soprattutto quella socio-assistenziale, rivolta a supplire, con aiuti specifici, alle funzioni quotidiane che non possono essere svolte in piena autonomia.

A partire dagli anni novanta la non autosufficienza è esplosa come problema pubblico in tutti i paesi europei a seguito, principalmente, del processo di invecchiamento della popolazione. Tale processo rappresenta, infatti, uno dei tratti più importanti che caratterizzano il cambiamento socio-demografico del nostro continente. Come mostra la figura 1, nel corso di 30 anni (dal 1988 al 2018) l'incidenza relativa delle persone con almeno 65 anni è cresciuta in maniera consistente pressoché ovunque. Dentro questo quadro, *l'Italia detiene il primato del paese con la più alta incidenza di anziani sulla popolazione*: fra un quinto ed un quarto della popolazione italiana (22.6%) ha almeno 65 anni a fronte di una media europea ben più bassa (19.7% nell'UE a 28 paesi). Tre decenni fa eravamo fra i primi in Europa per livello di invecchiamento ma non al primo posto. Quindi, il processo di invecchiamento della popolazione corre ben più spedito nel nostro paese che altrove.

Fig. 1 *Incidenza percentuale delle persone con almeno 65 anni sul totale della popolazione nel corso del tempo*



Fonte: Eurostat (online database; indicatore: demo\_pjanbroad)

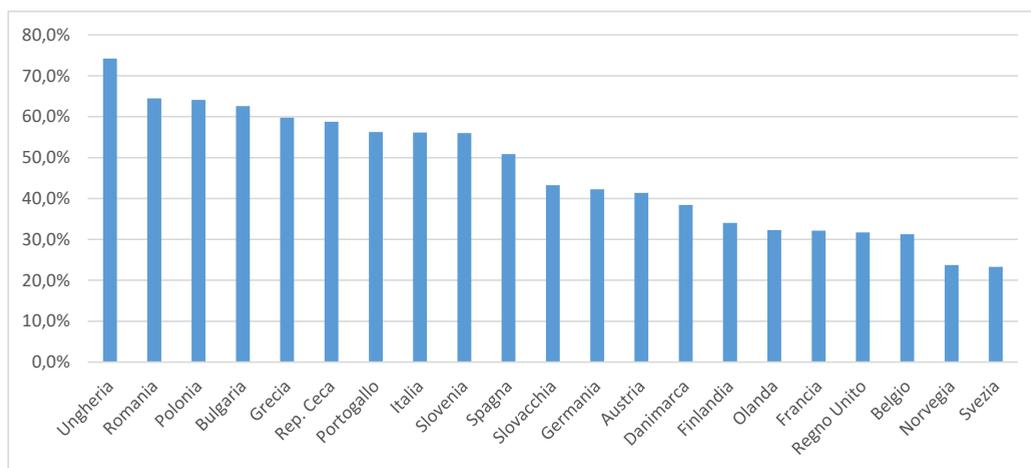
Chiaramente un invecchiamento della popolazione non vuol dire di per sé un peggioramento delle condizioni di salute dell'intera popolazione anziana. In questi decenni, l'invecchiamento della popolazione è, infatti, andato di pari passo con un processo generalizzato di aumento della qualità della vita degli anziani, perlomeno sotto il profilo socio-sanitario: secondo le stime dell'Istat, l'incidenza della disabilità nella popolazione anziana è andata leggermente calando in questi decenni.

Tuttavia, allo stesso tempo è chiaro che un aumento consistente di anziani ha portato con sé, anche in presenza di tassi di incidenza della disabilità che sono andati leggermente scendendo nel tempo, un aumento nel numero assoluto di persone disabili. Per dare un'idea delle dimensioni del fenomeno, si tenga presente che nel 1988 in Italia vivevano 7.9 milioni di anziani, mentre nel 2018 si era arrivati a 13.6 milioni: nella sostanza si è verificato un aumento della popolazione anziana in termini relativi del 72.5% in trenta anni.

Tutto ciò ha avuto un impatto in termini di numero assoluto di persone anziane con problemi di disabilità, anche in presenza di una diminuzione dell'incidenza della disabilità sulla popolazione anziana.

Ottenere statistiche comparate a livello europeo sulla presenza di persone non autosufficienti non è semplice per motivi legati alle modalità di definizione e di misurazione del fenomeno. Nella figura 2, si riporta una stima proposta da Eurostat sulla disabilità fra gli anziani con almeno 75 anni che si basa sulla presenza di una qualsiasi forma di disabilità e quindi non riguarda solo la non autosufficienza (EHSIS). L'Europa Centro-Orientale e quella del Sud, inclusa l'Italia, presentano tassi di disabilità ben più consistenti di quelli presenti nel resto dell'Europa occidentale.

Fig. 2 *Incidenza percentuale di persone con qualche forma di disabilità fra quelle con almeno 75 anni*



Fonte: Eurostat (online database; indicatore: hlth\_dpeh005)

A fronte di questo quadro, legato all'invecchiamento della popolazione e all'aumento numericamente molto forte di persone disabili anziani, i paesi europei hanno difficoltà a rispondere in maniera adeguata.

Le risposte sono avvenute tramite quattro tipi di interventi:

- a) servizi di cura in strutture residenziali;
- b) servizi di assistenza domiciliare professionale;
- c) prestazioni monetarie finalizzate a finanziare l'attività di cura prestata da familiari o da personale specializzato direttamente impiegato dai beneficiari;
- d) forme di regolazione dell'acquisto di lavoro di cura prestato da lavoratori individuali in gran parte costituiti da donne immigrate.

I servizi di cura presso strutture residenziali specializzate restano in gran parte dell'Europa occidentale uno strumento fondamentale per l'assistenza ai disabili più gravi (che richiedono una cura sanitaria e assistenziale integrata) e per i disabili soli senza reti familiari di cura (per i quali la permanenza a casa diventa problematica e un'assistenza domiciliare continuativa si presenta oltremodo costosa).

Allo stesso tempo, ormai da oltre un trentennio, si è diffuso in Europa un approccio - promosso da associazioni di disabili, operatori sociali, gestori di servizi sociali e amministratori pubblici - a favore del cosiddetto "*Ageing in place*", di cui si è accennato nell'introduzione del presente lavoro. L'obiettivo è mantenere le persone non autosufficienti nel loro contesto sociale di vita quotidiana e promuoverne l'autonomia e la socialità. È dentro questa ottica che si sono diffusi i servizi di assistenza domiciliare professionale.

Accanto ai servizi residenziali e domiciliari, un altro strumento che ha avuto larga diffusione nel campo delle politiche per la non autosufficienza è quello dei trasferimenti monetari. Tale sostegno finanziario, dato ai soggetti disabili per sostenere i costi connessi alla cura e all'assistenza, ha assunto nei vari paesi europei due forme alternative: prestazioni monetarie che non pongono alcun vincolo al beneficiario sull'uso delle risorse monetarie concesse; prestazioni monetarie che possono essere utilizzate soltanto per gli scopi e le funzioni stabilite dall'amministrazione che li concede. L'indennità di accompagnamento fa parte del primo tipo di forma: circa 518 euro vengono trasferiti ogni mese dall'INPS a persone gravemente invalide, senza che vi sia alcuna richiesta da parte dello Stato in merito all'uso di tali risorse né in termini di rendicontazione né in termini di impiego appropriato ai fini della cura. In paesi come l'Olanda o la Francia, invece, le somme di denaro trasferite alle persone con disabilità possono essere utilizzate solo per acquistare servizi di cura pre-stabiliti, oppure per organizzare la cura componendo insieme uno specifico pacchetto di servizi (in molti casi questa misura equivale ad un "*voucher*" o "*buono*", che può essere speso scegliendo tra diversi fornitori dello stesso servizio di cura): la *ratio* è quella di demandare totalmente al cittadino la scelta del fornitore, liberamente selezionato entro un albo di agenzie o soggetti certificati dall'amministrazione pubblica. Poiché spesso si ritiene che la capacità di scelta dei cittadini, soprattutto se anziani e disabili,

sia ridotta, in alcuni paesi il voucher viene reso disponibile soltanto una volta steso un piano assistenziale, che prevede il tipo di servizi utili nel caso specifico e che viene supervisionato da un *case manager*, ovvero un operatore sociale specializzato. In questo caso il titolo è non solo vincolato nell'uso, ma subordinato all'approvazione preventiva da parte di un operatore pubblico.

Infine, un ultimo strumento che si è andato diffondendo in vari paesi europei del Centro e Sud Europa, è la regolazione nel mercato del lavoro dei servizi di cura forniti da assistenti familiari presso l'abitazione della persona non autosufficiente, in gran parte costituiti da lavoratori stranieri assunti direttamente dalle persone disabili o da loro familiari. L'obiettivo di questi interventi è quello di regolare tale mercato in forte espansione in questi decenni, da un lato, per assicurare un livello almeno minimo di professionalità degli assistenti familiari (tramite il riconoscimento delle esperienze formative pregresse, se presenti, e corsi di formazione specifici), dall'altro, per tutelare da un punto di vista contrattuale tali figure, dato che frequentemente sono assunte in maniera irregolare.

### ***3. Il modello di politica italiana sulla non autosufficienza in ottica europea***

In Europa i sistemi nazionali di intervento nel campo della non autosufficienza presentano caratteristiche molto differenziate. Per cercare di inquadrare le varie esperienze nazionali si possono prendere in considerazione due aspetti: quanto complessivamente i vari paesi spendono per gli interventi nel campo della non autosufficienza degli anziani; quanto tale intervento avviene tramite servizi (domiciliari e residenziali) o, invece, tramite trasferimenti monetari.

Lo schema 1 illustra molto brevemente i modelli alternativi di intervento pubblico. Un primo modello, definibile di "familismo implicito", si caratterizza per un basso livello di impegno pubblico dato che sia i trasferimenti monetari che i servizi sono scarsi o assenti. Secondo la definizione di Keck e Saraceno (2011), questo modello scarica sulla famiglia tutti i costi, economici, psicologici e sociali, della cura delle persone non autosufficienti. In questo caso, le politiche pubbliche non offrono alternative alle famiglie né sono in grado di garantire loro un adeguato sostegno economico, effettuando interventi limitati (come uno scarso sostegno economico) e/o residuali (servizi rivolti solo ai casi più gravi). Nessun paese dell'Europa occidentale è oggi collocabile in questo modello, mentre esso rimane invece abbastanza diffuso nell'Europa orientale.

Un secondo modello è definibile di "parziale defamilizzazione" e si ispira al principio che i servizi domiciliari e, con una forte diffusione, residenziali possano sostituire la famiglia dai compiti di cura nei confronti delle persone non autosufficienti. In realtà, tale modello ottiene solo una parziale defamilizzazione perché, a meno che i servizi prevedano solo o principalmente l'istituzionalizzazione

dell'anziano in strutture residenziali, l'assistenza domiciliare, anche quando erogata in maniera intensa (per molte ore alla settimana), richiede la presenza di una rete familiare di supporto. Fanno parte di questo secondo modello i paesi scandinavi, l'Olanda e, in buona parte, il Belgio e la Francia. Un terzo modello è definibile di "familismo sostenuto", riprendendo la definizione di Keck e Saraceno (2011). In questo caso l'idea è che sia la famiglia a prendersi cura principalmente della persona non autosufficiente. Allo stesso tempo lo Stato sostiene economicamente la famiglia grazie a generosi trasferimenti monetari, in genere non vincolando la modalità di spesa di tali trasferimenti, ma non tramite servizi. L'Austria e, come vedremo fra poco, l'Italia sono collocabili in termini generali all'interno di tale modello.

Il quarto ed ultimo modello è quello definibile come "integrato", in cui lo Stato interviene sia tramite servizi che trasferimenti monetari, cercando di assicurare sia un'ampia copertura dei bisogni che una buona capacità di scelta su come intervenire alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia. La Germania, paese proveniente da una tradizione di familismo sostenuto, sta crescentemente abbracciando questo quarto modello.

Schema 1. *Modelli di intervento pubblico nel campo della non autosufficienza degli anziani*

		<i>Diffusione dei servizi domiciliari e residenziali</i>	
		<i>Limitata</i>	<i>Forte</i>
<i>Presenza di trasferimenti monetari</i>	<i>Limitato</i>	Familismo implicito	Parziale defamilizzazione
	<i>Forte</i>	Familismo sostenuto	Modello integrato

Osservando più da vicino il nostro paese, si nota come, da un lato, l'Italia non è un paese che spende poco (ma neanche molto) nel campo delle politiche per la cura in caso di non autosufficienza degli anziani (Jessoula et al., 2018), dall'altro, gli interventi pubblici si caratterizzano per la dominanza di una misura nazionale di trasferimenti monetari alle famiglie: l'indennità di accompagnamento. Questa misura fu introdotta nel 1980 a protezione soprattutto dei disabili adulti. A partire dagli anni novanta, in seguito al processo di invecchiamento della popolazione, è diventata il programma di protezione contro la non autosufficienza più diffuso nella popolazione anziana, arrivando a coprire negli ultimi anni circa il 12% della popolazione anziana. L'accesso alla misura è possibile solo per persone con disabilità comprovata al 100% e che pertanto necessitano di cure continue. Il suo importo è fisso indipendentemente dal livello di non autosufficienza e pari nel 2019 a circa 518 euro mensili. L'utilizzo del denaro è totalmente libero da parte del fruitore. L'assenza di una graduazione dell'entità del beneficio in base alla gravità del bisogno e di vincoli nell'uso ha consentito un utilizzo largamente improprio di questa misura. Circa i due terzi della spesa nel campo della non autosufficienza degli anziani vengono allocati tramite questo tipo di trasferimento monetario (Pavolini et al., 2018).

*I servizi pubblici di assistenza residenziale e domiciliare vengono, invece, forniti dalle Regioni e dai Comuni, sulla base di finanziamenti propri e senza alcun diritto esigibile da parte della popolazione. E' importante, anche per valutare la capacità delle politiche pubbliche di intervenire nel caso marchigiano tenere presente questa caratteristica del modello italiano di intervento nel campo della non autosufficienza: l'Italia ha fino ad ora adottato un modello di "familismo sostenuto" molto più centrato sui trasferimenti monetari dati direttamente alle famiglie, senza passare per la rete dei servizi, che su un robusto sostegno dello Stato centrale a Regioni e Comuni per sviluppare un'offerta di interventi sul territorio.*

Ciò ha provocato una forte disomogeneità territoriale, tale per cui in alcune regioni, come si leggerà nei prossimi paragrafi, il tasso di copertura dei servizi supera il 6-7% della popolazione over 65, mentre in altre (soprattutto nel Mezzogiorno) il tasso raggiunge a fatica il 2-3%. Anche i parametri di qualità dei servizi e i relativi costi divergono ampiamente. Si consideri anche che i costi dei servizi residenziali di tipo alberghiero (ospitalità, pasti, ecc.) non vengono coperti dai Comuni (tranne pochi casi di utenti in stato di indigenza) e restano a carico degli utenti e dei loro familiari (che in Italia sono obbligati a pagare in caso che l'utente non ne abbia i mezzi).

Stante la bassa dotazione dei servizi pubblici, la soluzione maggiormente praticata è l'assunzione di un assistente familiare individuale, impropriamente definita "badante", in buona parte composta da donne immigrate. In gran parte le assistenti familiari sono co-residenti e ampiamente sotto-pagate (il salario mensile medio è inferiore agli 800-1000 euro, per un lavoro che dura spesso 24 ore al giorno per sei-sette giorni alla settimana), spesso senza un contratto formale di lavoro e di conseguenza senza permesso di soggiorno. In assenza di un contratto formale, a questi lavoratori non possono essere riconosciuti i diritti che normalmente spettano ai lavoratori, come il pagamento dei contributi per la pensione, il riposo settimanale, il pagamento delle ferie, l'assicurazione contro le malattie. Queste condizioni di particolare favore economico per le famiglie-datori di lavoro hanno favorito la creazione di un immenso mercato privato della cura. Si stima che attualmente quasi 800 mila assistenti familiari individuali siano attive nel paese, di cui la maggioranza in condizioni di irregolarità contrattuale. La legislazione italiana sull'immigrazione ha paradossalmente consentito a questo vero e proprio esercito di lavoratori di poter restare nel paese e svolgere la loro fondamentale funzione sociale ed economica senza accedere ad alcuna forma di riconoscimento legale. Le uniche forme possibili di legalizzazione sono costituite infatti da amnistie periodiche e/o dalla possibilità di inserire queste persone nella programmazione annuale delle quote di ingresso dei lavoratori stranieri: due misure molto limitate e di difficile applicazione. Un ulteriore paradosso è dato dal fatto che, essendo libero l'utilizzo dell'indennità di accompagnamento, spesso questo sussidio pubblico viene utilizzato per assumere, in modo speso irregolare, una assistente familiare. Il carattere essenzialmente monetario

delle misure rivolte alla non autosufficienza degli anziani in Italia finisce così per favorire, paradossalmente, la privatizzazione della cura.

#### ***4. Una stima del bisogno: struttura della popolazione anziana e beneficiari dell'indennità di accompagnamento nelle Marche in ottica comparata***

Tentare di quantificare il bisogno di cura fra le persone anziane non autosufficienti nelle Marche non è affatto facile. Non si possono utilizzare dati sugli utenti dei servizi (assistenza domiciliare, residenziale, etc.) proprio perché non permettono di comprendere se e quante siano le persone che non accedono a tali interventi, pur avendone bisogno. In questa sede si è scelta la seguente strategia di stima: partire dal numero totale di persone anziane presenti nella regione e poi rapportare tale valore ai percettori di indennità di accompagnamento. Come sottolineato nel paragrafo precedente, l'indennità di accompagnamento rappresenta in Italia la misura più universalistica di intervento in Italia rivolta a persone con invalidità civile al 100%. Il bacino di beneficiari interessato da tale misura può essere considerato come una buona approssimazione del numero di persone non autosufficienti anziane in un dato territorio. Occorre, però, ricordare che lo strumento tende a sottostimare le persone con bisogni di cura da non autosufficienza. In particolare, le modalità di valutazione dell'invalidità civile hanno difficoltà a intercettare una parte degli anziani con difficoltà cognitive, se non quando sfociano nelle forme più gravi di demenza senile e, in particolare, di Alzheimer.

Partendo dal dato sulla popolazione con almeno 65 anni, nel 2018 nelle Marche vivevano circa 375 mila anziani. Se il quadro italiano nel suo complesso mostra un marcato processo di invecchiamento della popolazione, le Marche sono fra le prime regioni in Europa per presenza di anziani (Box 1). Nel 2018 circa un quarto della popolazione regionale (24.5%) aveva almeno 65 anni (dato ben più alto sia della media italiana che di quella europea) e circa il 13.2% aveva almeno 75 anni. Il primo dato colloca le Marche fra le 20 regioni europee (su oltre 350 regioni) con più alta incidenza di anziani, mentre il secondo addirittura fra le prime 15 regioni europee.

Un'analisi più puntuale all'interno della regione Marche, aggiornata al 1° gennaio 2019, mostra come l'incidenza della popolazione anziana ha quasi raggiunto il 25% e risulti leggermente meno marcata solo in provincia di Pesaro-Urbino (24.1%) (Box 2).

A livello comunale, circa il 60% dei comuni presenta una incidenza della popolazione anziana superiore alla media regionale. Addirittura il 30% circa dei comuni, in genere di piccole dimensioni, ha una incidenza pari o superiore al 28%. Vi è un 6% di (piccoli) comuni in cui almeno un terzo della popolazione è anziana (Penna San Giovanni, Arquata del Tronto, Arcevia, Fiastra, Serra

Sant'Abbondio, Fiuminata, Borgo Pace, Cantiano, Gualdo, Poggio San Vicino, Castelsantangelo sul Nera, Montegallo e Monte Cavallo).

Box 1 *Incidenza percentuale delle persone con almeno 65 anni sul totale della popolazione: la collocazione delle Marche fra le regioni europee (anno 2018)*

Incidenza della popolazione con 65+ anni		Incidenza della popolazione con 75+ anni	
Marche	UE-28	Marche	UE-28
24.5%	19.7%	13.2%	9.4%
Le Marche sono fra le prime 20 regioni europee per incidenza degli anziani con almeno 65 anni (su 362 regioni)		Le Marche sono fra le prime 15 regioni europee per incidenza degli anziani con almeno 65 anni (su 362 regioni)	

Fonte: Eurostat (online database; indicatore: demo\_r\_pjangroup)

Box 2 *Incidenza percentuale delle persone con almeno 65 anni sul totale della popolazione: la situazione nel territorio marchigiano (1° gennaio 2019)*

% anziani 65+ anni a livello provinciale		Comuni con incidenza di anziani:	% comuni	% popolazione residente nei vari tipi di comuni
Pesaro-Urbino	24.1%	sotto il 20%	6.2%	6.5%
Ancona	25.0%	20-24.8%	33.6%	37.0%
Macerata	25.1%	24.9%-27.9%	30.5%	47.9%
Ascoli Piceno	25.2%	28.0%-29.9%	15.0%	5.8%
Fermo	24.9%	almeno il 30%	14.6%	2.8%
Marche	24.8%	Totale	100.0%	100.0%

Fonte: elaborazioni a partire da I.Stat

A fronte di circa 375 mila anziani residenti nelle Marche, circa 45 mila di essi ha ricevuto nel 2018 un'indennità di accompagnamento. Si tratta di circa il 12% degli anziani presenti in regione. In altri termini, oltre un anziano su dieci nelle Marche è in situazione di grave non autosufficienza, tenendo comunque presente che il dato sull'indennità sottostima la presenza di anziani con difficoltà cognitive. A partire da questo dato, relativo alla domanda di cura, nei prossimi paragrafi si confronterà la capacità di copertura dei servizi sociali e socio-sanitari della regione.

Prima di procedere in tal senso, è opportuno integrare i dati fin qui forniti con altri due tipi di informazioni. Primo, l'indennità di accompagnamento è gestita ed erogata direttamente dall'INPS ai beneficiari finali e alle loro famiglie, dove presenti. Non vi sono, quindi, filtri da parte di Regioni o Comuni (e da parte dei relativi servizi sociali e socio-sanitari) rispetto all'utilizzo di tali risorse. Tali risorse sono relativamente ingenti: *si può stimare che agli anziani assegnatari di tale indennità nelle*

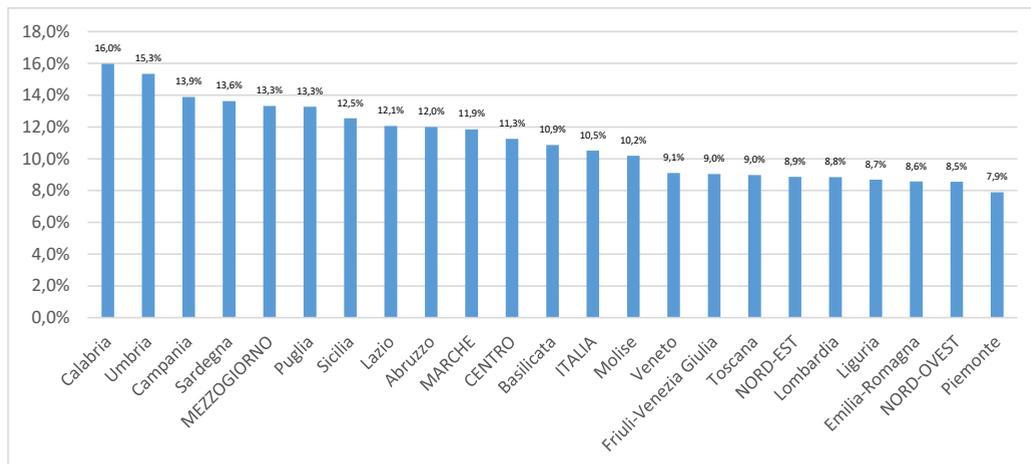
*Marche arrivino annualmente circa 285 milioni di euro per sostenere i costi della non autosufficienza.*

*È utile tenere a mente questa cifra per poterla comparare con le risorse che vengono messe a disposizione dai servizi pubblici di Regione e Comuni per far fronte alla non autosufficienza nelle Marche. Secondo la stima dell'Istat nella sua indagine sulla spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni, il totale di tale spesa nel campo degli anziani nelle Marche nell'anno 2016 è stata pari a circa 17.4 milioni di euro (l'equivalente del 6% delle risorse trasferite dall'INPS tramite l'indennità di accompagnamento). Quella socio-sanitaria, così come certificata dalla Ragioneria generale dello Stato (RGS) nel "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", indicava per il 2017 una spesa del servizio sanitario regionale delle Marche per l'assistenza territoriale agli anziani (residenziale, etc.) pari a 137 milioni e per le lungodegenze ospedaliere pari ad altri 21.9 milioni. Quindi, a fronte dei circa 285 milioni per trasferimenti monetari tramite l'indennità di accompagnamento, su cui Regioni e Comuni non hanno praticamente facoltà di esercitare alcuna forma di regolazione o coordinamento con la propria rete dei servizi, vi sono circa 154 milioni spesi da Regione e Comuni marchigiani per servizi sociali e socio-sanitari per anziani (che diventano 176 milioni nel caso in cui si includa anche la spesa per le lungodegenze ospedaliere). Complessivamente, nelle Marche sono presenti circa 461 milioni di euro (incluso la spesa per lungodegenze ospedaliere) per la cura degli anziani non autosufficienti: il 62% circa di tale spesa passa per l'indennità di accompagnamento.*

Secondo, dove si collocano le Marche in ottica italiana, avendo circa il 12% di anziani beneficiari di indennità? La figura 3 mostra che a livello italiano nel 2018 tale incidenza era mediamente pari al 10.5%. Pertanto, il dato marchigiano è sopra la media italiana, quasi in linea con quello del Centro Italia, ben al di sopra di quello del Nord Italia, ma inferiore sensibilmente di quello registrato in molte regioni del Mezzogiorno. Vi è un dibattito in corso da anni in Italia sui motivi alla base di differenze territoriali così marcate: si va da un 8% circa di anziani in Piemonte che riceve l'indennità al 16% della Calabria, con una incidenza doppia rispetto a quella della regione del Nord-Ovest appena citata. Da un lato, vi sono posizioni che sostengono che in alcune regioni i criteri di concessione dell'indennità siano nei fatti meno stringenti rispetto ad altre e, pertanto, i tassi di copertura dell'indennità non rispondano a reali differenze nei bisogni ma ai meccanismi con cui si accerta l'invalidità totale. Dall'altro, vi sono posizioni che ritengono come sia normale pensare che vi siano più disabili anziani nelle regioni con minor sviluppo economico, dato che la diffusione della disabilità – soprattutto quella accumulata nel corso del ciclo di vita - e la gravità di tale disabilità sono negativamente correlate alle condizioni socio-economiche delle famiglie. Chiaramente in questa sede non si può affrontare il tema di quale spiegazione sia più convincente. Ciò che è importante ai fini

del presente elaborato, però, è tenere presente queste differenze in quanto, come verrà mostrato nelle prossime pagine, utilizzare l'indennità come misura della domanda di cura da parte di persone non autosufficienti significa anche partire da una mappatura dei bisogni sociali fortemente differenziata a livello territoriale.

Fig. 3 *Percentuale di anziani riceventi l'indennità di accompagnamento rispetto al totale degli anziani presenti in ciascuna regione italiana (anno 2018)*



Fonte: INPS banca data online su Osservatorio sulle prestazioni vigenti – prestazioni agli invalidi civili

### **5. Una stima della spesa pubblica in servizi per anziani: le Marche in ottica comparata**

Stimare quale sia il livello di spesa sociale e socio-sanitaria rivolta agli anziani non è compito né agevole né facile e richiede comunque molte cautele e caveat. Come già anticipato nel paragrafo precedente, il presente lavoro propone una stima di tale spesa a partire dai dati Istat sulla spesa sociale dei Comuni e sui dati della RGS sulla spesa dei sistemi sanitari regionali. La tabella 1 riporta i risultati di tale stima.

*Le Marche spendono circa 474 euro per ogni anziano presente in regione sotto forma di servizi sociali, gestiti dai Comuni, servizi socio-sanitari territoriali in capo alla sanità regionale e in lungodegenze ospedaliere, sempre in campo alla sanità regionale. Tale spesa è praticamente in linea con quella italiana (468 euro), ma risulta nettamente inferiore a quella del Nord Italia (644 euro; oltre un quarto più bassa) e della Toscana (558 euro).*

Se si scompone questa spesa complessiva nelle sue principali voci, risulta che *le Marche spendono:*

- nel campo dei servizi sociali dei Comuni molto meno della media nazionale (92 euro) e soprattutto del Nord Italia e della Toscana (rispettivamente 119 euro e 108 euro a fronte dei 47 euro marchigiani);
- nel campo dell'assistenza territoriale socio-sanitaria ben più della media nazionale (368 euro nella Marche a fronte di 316 euro), ma meno di quella delle regioni settentrionali (476 euro); nel campo dell'assistenza territoriale buona parte della differenza nella spesa pro-capite fra Italia del Nord e Marche è imputabile alla spesa pro-capite per strutture residenziali, più bassa nelle Marche (dato non riportato in tabella);
- nel campo della lungodegenza ospedaliera tanto quanto la media nazionale (attorno ai 59 euro) e più di quanto avvenga nel Nord Italia (48 euro).

Tab. 1 La spesa pro-capite per anziano per servizi sociali, socio-sanitari e di lungodegenza (valori assoluti in euro) (anno 2016-17)

	Spesa sociale dei Comuni <sup>a</sup>	Spesa del SSN per assistenza territoriale <sup>b</sup>	Spesa del SSN per assistenza ospedaliera per lungodegenti <sup>b</sup>	Totale spesa per servizi sanitari, socio-sanitari e sociali
<b>Marche</b>	<b>46,8</b>	<b>368,1</b>	<b>58,9</b>	<b>473,8</b>
<b>Italia</b>	<b>91,6</b>	<b>316,5</b>	<b>59,9</b>	<b>467,9</b>
<b>Nord</b>	<b>119,0</b>	<b>476,5</b>	<b>48,2</b>	<b>643,7</b>
<b>Centro</b>	<b>78,2</b>	<b>256,3</b>	<b>89,9</b>	<b>424,3</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>58,5</b>	<b>112,1</b>	<b>57,9</b>	<b>228,5</b>
Piemonte	86,7	305,1	57,5	449,2
Valle d'Aosta	734,3	181,2	49,8	965,3
Lombardia	85,5	562,6	20,7	668,8
TAA	659,7	928,9	148,1	1736,7
Veneto	102,3	601,5	51,3	755,2
Friuli V.G.	243,1	430,8	13,0	687,0
Liguria	83,3	254,7	35,7	373,8
Emilia Romagna	90,9	368,1	88,4	547,4
Toscana	107,9	344,2	105,6	557,7
Umbria	40,6	283,0	25,0	348,7
Lazio	71,9	151,7	98,9	322,5
Abruzzo	44,5	111,4	28,5	184,4
Molise	32,2	13,5	56,0	101,7
Campania	51,3	81,1	78,4	210,9
Puglia	58,3	104,9	14,2	177,4
Basilicata	41,8	18,2	107,2	167,1
Calabria	23,1	318,9	49,2	391,1
Sicilia	50,2	82,5	37,8	170,5
Sardegna	164,3	123,8	174,4	462,6

Fonti: <sup>a</sup> Istat: Indagine spesa sociale dei Comuni. Anno 2016; <sup>b</sup> Ragioneria generale dello Stato: “Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN. Anno 2017”

Come si leggerà nei prossimi paragrafi, queste differenze sia nei livelli di spesa che nella composizione della stessa in buona parte si rispecchiano nel livello di offerta dei servizi.

## ***6. Una stima dell’offerta regionale di servizi in ottica comparata: l’assistenza territoriale tramite servizi sociali e socio-sanitari***

Come già sottolineato nel paragrafo precedente, una caratteristica del sistema italiano di interventi a favore di persone anziane con problemi di non autosufficienza è quella di un sistema centrato più sui trasferimenti monetari universalistici (l’indennità di accompagnamento) che su vari servizi sociali e socio-sanitari, che però hanno difficoltà ad integrarsi fra loro, dato che sono gestiti da istituzioni differenti (Regioni per il socio-sanitario e Comuni per il sociale). Questa frammentazione si rispecchia anche nella difficoltà di ottenere stime esatte sul numero di anziani che hanno accesso ai servizi. Occorre, infatti, raccogliere dati ed informazioni da varie fonti, coscienti del fatto che una stessa persona può ricevere interventi da istituzioni differenti e quindi vi possono essere rischi di sovrastimare la presenza di anziani. Nella tabella 1 si riportano i tassi di copertura assicurati dai principali servizi rivolti ad anziani fragili e non autosufficienti. Come già brevemente spiegato nell’introduzione del presente elaborato, si è scelto di non utilizzare dati provenienti dagli uffici della Regione Marche, optando, invece, per informazioni elaborate da istituzioni nazionali (Istat e Ministero della Salute): la motivazione è la comparabilità del dato marchigiano con quello delle altre regioni italiane. Se l’obiettivo del presente scritto è quello di valutare lo stato delle politiche per la non autosufficienza nelle Marche, occorre chiaramente avere un termine di confronto con quanto realizzato nel resto del paese. Ciò significa rinunciare a dati più aggiornati (la tabella 2 si ferma al 2016), eventualmente ottenibili tramite gli uffici della Regione Marche, al fine di poter meglio inquadrare in ottica comparata lo stato delle politiche per la non autosufficienza nella regione. La tabella 1 riporta i tassi di copertura rispetto ai principali tipi di servizi domiciliari (inclusendo voucher e assegni di cura e residenziali), erogati da Comuni o Regioni tramite le ASL/ASUR.

Si tenga presente che storicamente in Italia la diffusione di servizi di welfare sociali e socio-sanitari è stata e rimane nettamente meno sviluppata nel Mezzogiorno. Pertanto, il dato medio italiano risente molto di tale fenomeno. In termini di valutazione e di obiettivi per la regione Marche, è preferibile

un confronto con l'area del paese in cui tradizionalmente c'è stata più attenzione allo sviluppo del welfare territoriale: il Centro e, soprattutto, il Nord Italia (che include anche l'Emilia-Romagna).

*Iniziando l'analisi dai servizi domiciliari, la situazione marchigiana appare abbastanza simile, se confrontata con il dato medio italiano, ma più distante nel momento in cui il confronto viene effettuato con il resto del Centro-Nord, soprattutto nel campo dei servizi sociali più che socio-sanitari.*

*In particolare, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), offerta dai Comuni, copre nelle Marche una quota molto ridotta di anziani (0.5%), pari alla metà di quella media italiana (1%) e largamente inferiore a quella del Nord Italia (attorno 1.3%).* La diffusione di assegni di cura e voucher è limitata ma in linea con quella media italiana. L'assistenza domiciliare integrata (ADI), offerta dalle strutture sanitarie, interessa meno del 3% degli anziani e mostra una diffusione anche in questo caso pari alla metà di quella media italiana (5.8%) e anche più bassa di quella registrata in Nord Italia (6.9%). Il caso dell'ADI merita, però, un approfondimento e alcuni distinguo, la cui importanza è approfondita nelle prossime pagine.

*Un quadro in parte simile si riscontra anche nei servizi residenziali.* In questo caso, se il tasso di copertura del 2% nella Marche non si discosta troppo da quello medio nazionale (2.2%), il ritardo con il Nord Italia è marcato (3.1%).

*Complessivamente, quindi, il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari per gli anziani non autosufficienti nelle Marche mostra margini di miglioramento, se si vogliono raggiungere livelli di intervento più simili a quelli delle regioni del Nord e a parte del Centro, come la Toscana.*

Tab. 2 Tassi di copertura di servizi per anziani non autosufficienti (% anziani coperti) (anno 2016)

	Servizi domiciliari				Servizi residenziali	
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale <sup>a</sup>	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari <sup>a</sup>	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario <sup>a</sup>	Assistenza domiciliare integrata <sup>b</sup>	Strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali <sup>c</sup>	Strutture semi-residenziali sanitarie e socio-sanitarie <sup>b</sup>
<b>Marche</b>	<b>0.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.5</b>	<b>2.9</b>	<b>2.0</b>	<b>0.1</b>
<b>Italia</b>	<b>1.0</b>	<b>0.6</b>	<b>0.4</b>	<b>5.8</b>	<b>2.2</b>	<b>0.2</b>
<b>Nord</b>	<b>1.3</b>	<b>1.0</b>	<b>0.8</b>	<b>6.9</b>	<b>3.1</b>	<b>0.3</b>
<b>Centro</b>	<b>0.5</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2</b>	<b>5.4</b>	<b>1.5</b>	<b>0.1</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>1.0</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>3.9</b>	<b>1.2</b>	<b>0.1</b>
Valle d'Aosta	4.4	0.0	0.0	0.6	3.4	0.0
Piemonte	0.7	0.7	0.3	4.1	3.6	0.1
Liguria	1.0	0.2	0.2	3.5	2.9	0.2

Lombardia	1.5	0.1	0.2	6.1	2.9	0.4
TAA	3.6	0.1	0.1	2.2	4.3	0.3
FVG	2.0	0.2	0.6	5.9	3.3	0.2
Veneto	1.1	3.6	2.4	8.9	3.1	0.2
Emilia-Romagna	1.2	0.4	0.3	10.8	2.7	0.4
Toscana	0.5	0.8	0.3	11.1	1.9	0.1
Umbria	0.3	0.6	0.0	3.6	1.2	0.2
Lazio	0.5	0.2	0.0	4.2	1.2	0.0
Abruzzo	1.1	0.2	0.1	5.7	1.4	0.0
Molise	1.6	0.1	0.0	8.7	1.6	0.0
Campania	0.7	0.2	0.1	3.9	0.6	0.1
Puglia	0.7	0.3	0.0	3.5	1.1	0.1
Basilicata	1.0	0.0	0.3	4.4	1.4	0.0
Calabria	0.7	0.3	0.0	2.4	1.0	0.1
Sicilia	1.1	0.1	0.3	4.6	1.4	0.1
Sardegna	2.1	0.1	0.3	3.2	1.7	0.1

Nota: il Ministero della Salute include: le Residenze Sanitarie Assistenziali, le Case protette e gli Hospice fra le strutture residenziali; i centri diurni fra le strutture semi-residenziali

Fonti: <sup>a</sup> Istat: Indagine spesa sociale dei Comuni. Anno 2016; <sup>b</sup> Ministero della Salute: Annuario statistico del SSN. Anno 2016; <sup>c</sup> Istat: online database I.stat Dataset Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2015

Nel caso degli interventi domiciliari dei Comuni, i dati a disposizione, di provenienza Istat, permettono una ulteriore disaggregazione delle informazioni a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS). Come mostra la tabella 3, è possibile comparare il tasso di copertura assicurato da SAD, voucher e assegni nei vari ATS marchigiani sia fra loro che rispetto a tutti gli altri ATS italiani (circa 650). Per semplificare la lettura di una ampia mole di dati, in tabella vengono riportati sia i tassi di copertura nei servizi sociali domiciliari che il posizionamento di ogni ATS marchigiano rispetto al quartile di appartenenza. In altri termini, i 650 circa ATS italiani sono stati ordinati rispetto al tasso di copertura assicurato, partendo da quelli con maggior grado di copertura e arrivando a quelli che coprono relativamente meno anziani. Effettuato tale ranking, tutti gli ATS sono stati collocati all'interno di quattro quartili: il I quartile è quello in cui sono collocati quel 25% di ATS con più alto tasso di copertura tramite servizi sociali domiciliari, mentre IV quartile raccoglie quel 25% di ATS con minore copertura a livello italiano.

I dati presentati nella tabella 3 permettono due ordini di riflessioni. Primo, vi è una forte eterogeneità intra-regionale nella diffusione dei servizi sociali domiciliari: si va da tassi di copertura attorno al 2.5-3.0% a tassi vicini allo 0%. Tali tassi non tendono a seguire nessun pattern facilmente

individuabile (né una linea di differenziazione fra costa ed entroterra, né una fra Nord e Sud della regione, né una fra ATS con Comuni di più ampie dimensioni o di minori dimensioni).

Secondo, gran parte degli ATS marchigiani si situano, in ottica comparata nazionale, nella parte bassa della classifica degli ATS. In particolare, solo due ATS marchigiani appartengono al I quartile di ATS italiani per livello di copertura dei servizi sociali domiciliari, tre fanno parte del II quartile, gran parte appartiene al III quartile (11 ATS) e un numero non trascurabile (7) appartiene all'ultimo quartile.

*Quindi, oltre ad una sfida rappresentata dalla necessità di aumentare la copertura a livello regionale degli interventi domiciliari, occorre porsi l'obiettivo di sostenere una maggiore convergenza (verso l'alto) di tutti quei territori delle Marche in cui la copertura dei servizi sociali domiciliari per gli anziani appare particolarmente carente.*

Tab. 3 *Tassi di copertura di servizi per anziani non autosufficienti: la collocazione degli Ambiti Territoriali marchigiani in un'ottica italiana (% anziani coperti) (anno 2016 o anno più recente disponibile)*

	Assistenza domiciliare e socio-assistenza le <sup>a</sup>	Assistenza domiciliare e integrata con servizi sanitari <sup>a</sup>	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario <sup>a</sup>	Totale copertura domiciliare e	Quartile di appartenenza (su 650 Ambiti Territoriali italiani)
<b>Marche</b>	<b>0.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.5</b>	<b>1.0</b>	
<b>Italia</b>	<b>1.0</b>	<b>0.6</b>	<b>0.4</b>	<b>2.0</b>	
<b>Nord</b>	<b>1.3</b>	<b>1.0</b>	<b>0.8</b>	<b>3.0</b>	
<b>Centro</b>	<b>0.5</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2</b>	<b>1.1</b>	
<b>Mezzogiorno</b>	<b>1.0</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>1.3</b>	
ATS 18 - Camerino	2.5	0	0.7	3.2	I quartile
ATS 03 - Cagli	1.7	0	0.8	2.5	I quartile
ATS 15 - Macerata	1.4	0	0.6	2.0	II quartile
ATS 13 - Osimo	0.7	0	1.2	1.9	II quartile
ATS 14 - Civitanova Marche	0.4	0.2	1.2	1.8	II quartile
ATS 05 - Montefeltro	0	0	1.3	1.3	III quartile
ATS 07 - Fossombrone	0.5	0	0.8	1.3	III quartile
ATS 08 - Senigallia	0.4	0	0.8	1.2	III quartile
ATS 09 - Jesi	0.4	0.1	0.7	1.2	III quartile
ATS 01 - Pesaro	0.3	0.3	0.4	1.0	III quartile
ATS 22 - Ascoli Piceno	0.3	0	0.7	1.0	III quartile
ATS 11 - Ancona	0.4	0	0.5	0.9	III quartile

ATS 16 - Comunità Montana Monti Azzurri	0.9	0	0	0.9	III quartile
ATS 17 - San Severino Marche	0.6	0	0.3	0.9	III quartile
ATS 19 - Fermo	0.5	0	0.3	0.8	III quartile
ATS 24 - Monti Sibillini	0	0	0.8	0.8	III quartile
ATS 04 - Urbino	0.2	0.3	0.2	0.7	IV quartile
ATS 20 - Porto Sant'Elpidio	0.7	0	0	0.7	IV quartile
ATS 10 - Fabriano	0.4	0	0	0.4	IV quartile
ATS 12 - Chiaravalle	0.3	0	0.1	0.4	IV quartile
ATS 21 - San Benedetto del Tronto	0.3	0	0	0.3	IV quartile
ATS 06 - Fano	0.2	0	0	0.2	IV quartile
ATS 23 - Unione Comuni Valli del Tronto	0	0	0	0.0	IV quartile

<sup>a</sup> Istat: Indagine spesa sociale dei Comuni. Anno 2016

Nel caso, invece, dei servizi domiciliari socio-sanitari (ADI) non è possibile un approfondimento comparato a livello sub-regionale ma è opportuno un caveat che permetta di contestualizzare meglio l'apporto che tali servizi danno al fronteggiamento dei bisogni di cura degli anziani non autosufficienti. Se nella tabella 2 sono riportati i tassi di copertura assicurati dall'ADI nelle varie regioni italiane, la tabella 4 riporta l'intensità di tale assistenza, espressa in termini di numero di ore medie per anziano trattato in ciascuna regione.

*Premettendo che l'ADI offre principalmente servizi di cura infermieristici a domicilio, non può non sorprendere che a livello italiano un anziano non autosufficiente riceva mediamente solo 16 ore di assistenza all'anno. Quindi, l'ADI interviene in periodi acuti di bisogno e per un ammontare di ore limitate. Tuttavia, vi sono forti differenze fra le regioni italiane in termini di ore assicurate. Ad esempio, in Nord Italia il numero di ore è mediamente pari a 14, che diventano 21 al Centro e 28 nel Mezzogiorno. Sotto questo profilo, le Marche sono fra le regioni che assicurano un maggior numero medio di ore (28) all'anno per anziano trattato.*

Tab. 4 Intensità della cura nell'ADI (anno 2016)

Regione	N° di ore di ADI all'anno per anziano trattato
<b>Marche</b>	<b>28</b>
<b>Italia</b>	<b>16</b>
<b>Nord</b>	<b>14</b>
<b>Centro</b>	<b>21</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>28</b>
Piemonte	10
Valle d'Aosta	26
Lombardia	12

TAA	19
Veneto	5
Liguria	24
FVG	14
Emilia-Romagna	15
Toscana	7
Umbria	23
Lazio	21
Abruzzo	26
Molise	19
Campania	27
Puglia	29
Basilicata	38
Calabria	21
Sicilia	28
Sardegna	48

Fonte: Ministero della Salute: Annuario statistico del SSN. Anno 2016

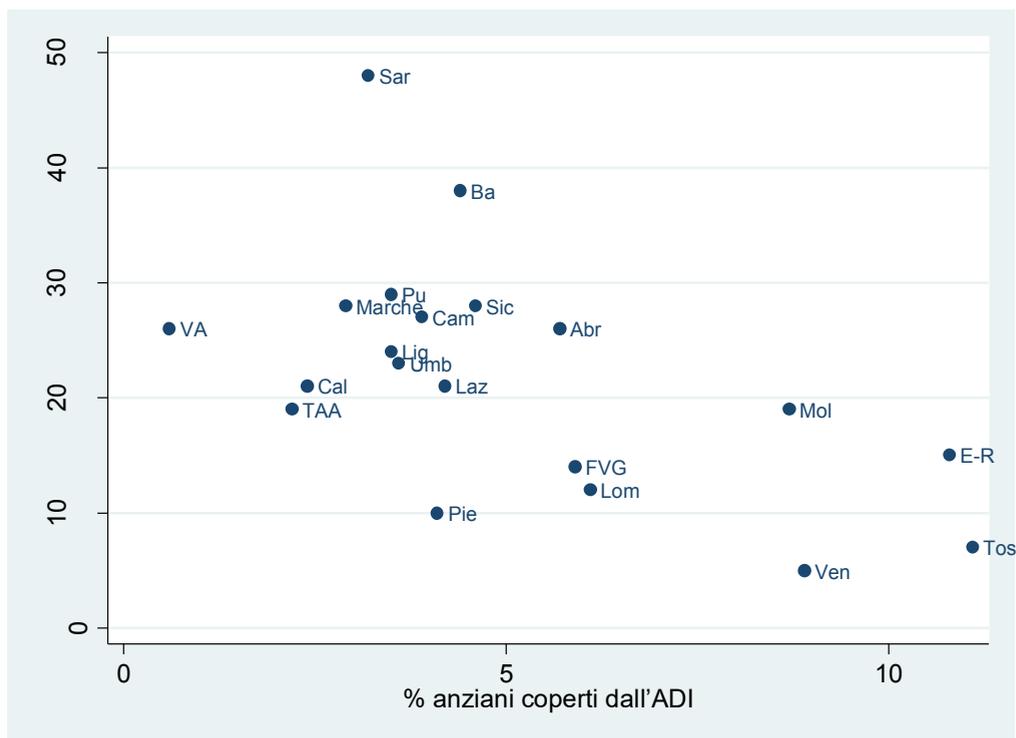
La differenza in termini di ore si accompagna a tassi di copertura che variano molto da regione a regione, seguendo però un pattern abbastanza chiaro, come mostrato in figura 4.

Da un lato, abbiamo Regioni che preferiscono investire le proprie risorse in base ad una logica che potremmo definire “un po’ di ADI a molti”. I casi più caratterizzanti questo modello sono l’Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto, ma anche la Lombardia ed il Friuli-Venezia-Giulia, in cui alti tassi di copertura si accompagnano ad un numero ridotto di ore di assistenza per anziano. Dall’altro lato, abbiamo Regioni che seguono una logica definibile di “più risorse per un numero più limitato di anziani”. Quasi tutte le Regioni del Sud, ma anche buona parte del Centro Italia, incluse le Marche, seguono questo modello che concentra un numero maggiore di risorse (espresse in termini di ore di assistenza) su un più contenuto numero di anziani.

Sono chiaramente due modelli differenti. Tuttavia, *non va dimenticato che si discute di un numero di ore abbastanza limitato: 28 ore all’anno per anziano significano mediamente circa 2 ore e 20 minuti al mese. Si tratta di un ammontare di tempo insufficiente ad assicurare una copertura della cura (se non molto strettamente infermieristica) nei casi di persone anziane con bisogni di assistenza prolungati nel tempo e nel corso della giornata.*

*Il punto importante su cui si tornerà è che la copertura di questo tipo di bisogno cronico ha meno senso che venga intercettato tramite servizi prettamente socio-sanitari, come l’ADI, mentre occorrerebbe una risposta tramite servizi territoriali più di importa sociale e relazionale.*

Fig. 4 Modelli di ADI in Italia: le Marche in ottica comparata (2016)



Fonte: dati tratti dalle tabelle 2 e 4

Infine, seppur il presente lavoro si focalizza sui servizi espressamente rivolti agli anziani fragili e non autosufficienti, è importante considerare, anche seppur brevemente, un altro elemento fondamentale dell'offerta pubblica nel campo della cura: le caratteristiche e la diffusione dei medici di medicina generale (MMG). Tenendo presente che gli anziani sono fra i principali fruitori dei servizi dei medici di medicina generale (per ovvie ragioni legate allo stato di salute associato ai vari momenti del ciclo di vita) e che nelle Marche un quarto della popolazione è anziana, la presenza e le caratteristiche dei MMG sono fondamentali dentro un'ottica di risposta organica ed integrata ai bisogni degli anziani non autosufficienti, rappresentando una delle porte di accesso più importanti alla rete dei servizi socio-sanitari per questo profilo di utenza. La diffusa e radicata presenza di MMG rappresenta uno dei fiori all'occhiello della sanità italiana vista in ottica internazionale, perché assicura un buon funzionamento delle cure primarie.

La tabella 5 riporta alcune informazioni di base sui MMG sempre in ottica comparata. *Una notizia positiva per le Marche riguarda la diffusione dei MMG rispetto alla popolazione adulta nella regione: il numero di adulti per ogni MMG è fra i più bassi in Italia (soprattutto nel Centro-Nord del*

paese) ad indicare una maggiore possibilità di interazione fra medico e pazienti (anziani) nei territori della regione rispetto ad altre realtà italiane.

Una notizia più preoccupante riguarda il livello di “invecchiamento” dei MMG stessi. In Italia, per tutti i medici ed in particolare per quelli di medicina generale, si pone un fortissimo problema di invecchiamento (e di futura sostituzione una volta in pensione) e questo problema appare anche più accentuato nelle Marche. L’Italia è il paese occidentale con la più alta incidenza di medici con almeno 55 anni (dati di provenienza OCSE). La tabella 5 indica come a livello di paese circa il 72% dei MMG si è laureato almeno 27 anni fa e, quindi, ha probabilmente un’età superiore ai 52-55 anni. Nelle Marche questo dato supera il 76% (nel Nord si ferma al 70% e nel resto del Centro attorno al 67%) ed è fra i più alti del paese (superato solo da Toscana e da alcune regioni del Mezzogiorno). Sono praticamente assenti “giovani”, laureatisi da massimo 13 anni. Come altrove ed in parte più che altrove in Italia, si pone nelle Marche e si porrà in termini sempre più urgenti un problema di ricambio generazionale dei MMG in una regione a forte presenza di anziani, concentrati spesso in tanti piccoli comuni.

Tab. 5 Distribuzione relativa dei medici di medicina generale per anzianità di laurea e adulti per medico di medicina generale (anno 2016)

	Anzianità dalla laurea					N° adulti per MMG
	Da 0 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale	
<b>Marche</b>	<b>1.7%</b>	<b>5.8%</b>	<b>16.4%</b>	<b>76.2%</b>	<b>100.0%</b>	<b>1078</b>
<b>Italia</b>	<b>2.2%</b>	<b>5.3%</b>	<b>21.0%</b>	<b>71.6%</b>	<b>100.0%</b>	<b>1197</b>
<b>Nord</b>	<b>3.0%</b>	<b>5.3%</b>	<b>21.1%</b>	<b>70.3%</b>	<b>100.0%</b>	<b>1269</b>
<b>Centro</b>	<b>3.5%</b>	<b>7.7%</b>	<b>21.0%</b>	<b>67.7%</b>	<b>100.0%</b>	<b>1214</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>0.6%</b>	<b>3.8%</b>	<b>20.6%</b>	<b>75.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>1071</b>
Valle d’Aosta	3.7%	6.1%	29.2%	61.0%	100.0%	1248
Piemonte	6.7%	3.3%	18.9%	71.1%	100.0%	1231
Liguria	3.0%	4.6%	19.7%	72.6%	100.0%	1353
Lombardia	13.8%	10.3%	23.8%	52.1%	100.0%	1584
TAA	5.3%	4.5%	22.4%	67.7%	100.0%	1240
FVG	2.8%	5.6%	22.4%	69.3%	100.0%	1320
Veneto	2.5%	5.6%	20.8%	71.2%	100.0%	1205
Emilia-Romagna	0.9%	4.3%	22.3%	72.5%	100.0%	1187
Toscana	1.9%	5.6%	14.7%	77.8%	100.0%	1286
Umbria	6.8%	13.3%	21.2%	58.8%	100.0%	1213
Lazio	1.7%	5.5%	20.4%	72.4%	100.0%	1200
Abruzzo	2.4%	5.4%	21.8%	70.5%	100.0%	1106

Molise	1.1%	4.3%	16.8%	77.8%	100.0%	1078
Campania	0.0%	0.8%	10.6%	88.6%	100.0%	1050
Puglia	0.4%	2.4%	16.0%	81.2%	100.0%	1166
Basilicata	0.2%	4.6%	25.2%	70.0%	100.0%	1080
Calabria	0.4%	2.8%	14.0%	82.7%	100.0%	1028
Sicilia	0.2%	1.7%	20.0%	78.1%	100.0%	1062
Sardegna	1.2%	3.7%	20.7%	74.5%	100.0%	1068

Fonte: Ministero della Salute: Annuario statistico del SSN. Anno 2016

### ***7. Una stima dell'offerta regionale di servizi in ottica comparata: l'assistenza ospedaliera fra rischi di inappropriatazza dei ricoveri e continuità assistenziale***

L'analisi dei servizi territoriali, sia domiciliari che residenziali, sociali e socio-sanitari non offre un quadro completo di quale sia l'offerta pubblica nei confronti degli anziani con fragilità. Un'area di intervento importante riguarda anche direttamente il sistema ospedaliero. Quest'area di intervento può essere analizzata, grazie ai dati disponibili, sotto due punti di vista. Il primo è quello dell'appropriatezza clinica e cioè quanto frequentemente persone anziane, in genere fragili, vengono ricoverate in strutture ospedaliere per acuti in presenza di patologie che richiederebbero, sia per la qualità della vita degli anziani che per la spesa pubblica che ne consegue, altri tipi di interventi. Il secondo è quello della cosiddetta continuità assistenziale e cioè l'accompagnamento della persona anziana in un percorso al di fuori dell'ospedale dopo la dimissione. Alcuni dati del Ministero della Salute, ricavabili dalle cosiddette SDO, schede che contengono informazioni relative alle dimissioni ospedaliere, aiutano a contestualizzare il caso marchigiano in ottica comparata sotto entrambi i profili. In particolare, si sono utilizzati in questa sede due insieme di indicatori: quelli dedicati a problemi di accessibilità ai servizi sanitari territoriali per gli anziani (tab. 6); quelli relativi al percorso di accompagnamento in caso di dimissione da reparti di lungodegenza (tab. 7).

Fra gli indicatori raccolti dal Ministero della Salute tramite le SDO ve ne sono due specificatamente orientati a rilevare problemi di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali per gli anziani, che spingono questi ultimi a ricorrere, in maniera impropria, a ricoveri ospedalieri: il tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca e quello per influenza. In entrambi i casi, i tassi di ospedalizzazione, in assenza di situazioni patologiche più gravi (ad esempio procedure cardiache significative), indicano un non corretto funzionamento del sistema di cure territoriali, che porta l'anziano al ricovero in ospedale, una struttura non adeguata rispetto ai bisogni specifici. Come si nota dalla tabella 6, *le Marche mostrano una buona performance sotto questo punto di vista: entrambi*

*i tipi di tassi sono relativamente contenuti e bassi rispetto a gran parte delle regioni italiane. Le Marche, pertanto, mostrano una buona capacità relativa di contenere ricoveri ospedalieri in attività per acuti inappropriati.*

Tab. 6 *Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali per gli anziani - attività per acuti in istituti pubblici e privati accreditati: le Marche in ottica comparata (anno 2016)*

	<i>Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (per 100.000 ab.) (età &gt;= 65 anni)<sup>a</sup></i>	<i>Tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano (per 100.000 ab.)<sup>b</sup></i>
<b>Marche</b>	<b>1.073</b>	<b>3</b>
<b>Italia</b>	<b>1.085</b>	<b>6</b>
<b>Nord</b>	<b>1.093</b>	<b>7</b>
<b>Centro</b>	<b>1.067</b>	<b>5</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>1.123</b>	<b>3</b>
Piemonte	763	3
Valle d'Aosta	1.187	7
Lombardia	1.158	6
TAA	1.218	12
Veneto	1.204	10
Friuli V.G.	1.189	5
Liguria	873	4
Emilia Romagna	1.140	16
Toscana	866	5
Umbria	1.226	14
Lazio	1.089	2
Abruzzo	1.394	5
Molise	1.280	-
Campania	1.270	3
Puglia	1.100	4
Basilicata	1.072	1
Calabria	929	3
Sicilia	1.118	2
Sardegna	870	7

<sup>a</sup> Esclusi i pazienti con procedure cardiache significative principali e/o secondarie (angioplastica e bypass aortocoronarico), deceduti in ospedale o provenienti da altri istituti di cura

<sup>b</sup> Esclusi i pazienti deceduti in ospedale o provenienti da altri istituti di cura.

Fonte: Ministero della Salute – Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero. Capitolo 4 – Indicatori di efficacia e appropriatezza (anno 2016)

La situazione appare più critica per quanto riguarda, invece, il secondo tipo di indicatori: la continuità assistenziale dopo i ricoveri ospedalieri. Anche se tale fenomeno è difficile da misurare, in questa sede si è deciso di analizzare i percorsi di dimissione dei pazienti dalle lungodegenze ospedaliere, andando a verificare quali sono le destinazioni successive. Le lungodegenze sono strutture di ricovero per malati, soprattutto anziani e non autosufficienti, affetti da forme morbose croniche che necessitano di trattamenti fisioterapici e assistenza sanitaria finalizzata a ottenere un miglioramento della condizione di malattia o a impedirne il peggioramento. *La tabella 7 mostra che nelle Marche sono relativamente pochi i casi di dimissioni dalla lungodegenza a cui fa seguito l'attivazione di un percorso di cura alternativo (28.2%), rispetto a quanto avviene mediamente in Italia (35.3%) e, soprattutto, nel resto del Centro-Nord Italia (attorno al 37%).* I motivi di questa minore continuità assistenziale nel dopo ricovero ospedaliero in lungodegenza vanno in buona parte cercati nel minore accesso ed accompagnamento del dimesso verso strutture residenziali socio-sanitarie (solo l'11% circa delle dimissioni viene indirizzato verso RSA nelle Marche a fronte di percentuali pari al 14% in Italia e al 20% nel Nord del paese) o verso servizi di assistenza domiciliare socio-sanitaria (solo il 2% circa delle dimissioni viene indirizzato verso RSA nelle Marche a fronte di percentuali pari al 5% in Italia e al 4% nel Nord del paese). *Quindi, la minore diffusione nelle Marche di interventi socio-sanitari territoriali per anziani, di cui si è discusso nel paragrafo precedente, ha un costo anche rispetto alla capacità del sistema sanitario di affrontare il tema delle dimissioni protette e della continuità assistenziale.*

Tab. 7 *Distribuzione delle dimissioni da reparti di lungodegenza per modalità di dimissione: le Marche in ottica comparata (esclusi pazienti deceduti in ospedale; anno 2016)*

	Totale dimessi su totale anziani in regione	% dimissioni da reparti di lungodegenza con attivazione di percorso di cura	Tipo di percorso di cura intrapreso				
			Dimissione ordinaria presso RSA	Dimissione protetta a domicilio con ospedalizzazione domiciliare	Trasferimento ad istituto di riabilitazione	Dimissione ordinaria con attivazione ADI	Altro tipo di intervento <sup>a</sup>
<b>Marche</b>	1.4%	28.2%	11.2%	0.7%	2.5%	1.7%	12.1%
<b>Italia</b>	0.7%	35.3%	14.0%	0.4%	2.9%	5.1%	12.9%
<b>Nord</b>	1.0%	37.0%	19.7%	0.7%	2.1%	4.1%	10.4%
<b>Centro</b>	0.6%	37.3%	13.8%	0.5%	3.7%	0.9%	18.4%
<b>Mezzogiorno</b>	0.5%	31.6%	6.0%	0.2%	2.8%	6.0%	16.6%
Piemonte	0.8%	35.2%	14.1%	1.9%	0.0%	3.0%	16.2%
Valle d'Aosta	0.5%	32.9%	22.2%	0.6%	0.0%	0.0%	10.1%

Lombardia	0.2%	25.6%	6.4%	0.1%	1.9%	5.3%	11.9%
TAA	2.2%	29.8%	11.1%	0.1%	1.6%	5.1%	11.9%
Veneto	0.6%	40.8%	16.9%	0.9%	5.7%	7.3%	10.0%
Friuli V.G.	0.5%	46.7%	37.1%	0.2%	1.4%	3.9%	4.1%
Liguria	0.7%	45.3%	28.7%	1.7%	1.5%	0.5%	12.9%
Emilia Romagna	2.7%	39.9%	21.1%	0.0%	5.0%	8.2%	5.6%
Toscana	0.2%	48.8%	28.0%	0.1%	2.1%	0.4%	18.2%
Umbria	0.6%	35.8%	15.8%	1.1%	10.1%	1.4%	7.4%
Lazio	0.4%	36.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	36.1%
Abruzzo	0.7%	32.7%	7.1%	0.3%	6.4%	7.9%	11.0%
Molise	0.6%	13.3%	0.5%	0.0%	0.0%	3.2%	9.6%
Campania	0.8%	23.5%	0.2%	0.1%	0.2%	0.4%	22.6%
Puglia	0.2%	26.5%	3.4%	0.1%	4.7%	2.5%	15.8%
Basilicata	0.1%	67.3%	0.9%	0.0%	1.8%	37.2%	27.4%
Calabria	0.5%	19.1%	1.7%	0.1%	0.2%	0.3%	16.8%
Sicilia	0.3%	51.2%	9.8%	0.4%	2.0%	16.5%	22.5%
Sardegna	0.3%	36.8%	13.8%	0.4%	3.6%	8.5%	10.5%

<sup>a</sup> Fra gli altri tipi di interventi sono inclusi: trasferimento ad altro istituto per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero o altro tipo attività nello stesso istituto

Fonte: proprie elaborazioni a partire da Ministero della Salute – Rapporto sull’attività di ricovero ospedaliero. Capitolo 4 – Indicatori di efficacia e appropriatezza (anno 2016)

## ***8. L’incontro fra domanda di cura ed offerta di servizi territoriali: una valutazione del caso marchigiano in ottica comparata***

Alla luce dei dati riportati nei paragrafi precedenti, relativi ad una stima della potenziale domanda di cura da parte degli anziani non autosufficienti (calcolata a partire dal numero di beneficiari dell’indennità di accompagnamento) e al sistema di offerta tramite servizi socio-sanitari e sociali, si può cercare di calcolare il divario fra offerta di servizi territoriali e domanda. La figura 5 mostra i risultati di questo esercizio.

Prima di discutere le informazioni contenute nella figura 5, sono necessarie due precisazioni. Primo, occorre effettuare due diversi ordini di stime: una stima basata su una comparazione che include l’ADI nel calcolo dei tassi complessivi di copertura dei servizi territoriali (in figura questo caso è rappresentato nella colonna definita “mismatch n°1”), sapendo che mediamente sono poche le ore di assistenza offerte tramite questo strumento; un’altra stima basata sull’esclusione dell’ADI dai tassi di copertura dei servizi territoriali (in figura questo caso è rappresentato nella colonna definita

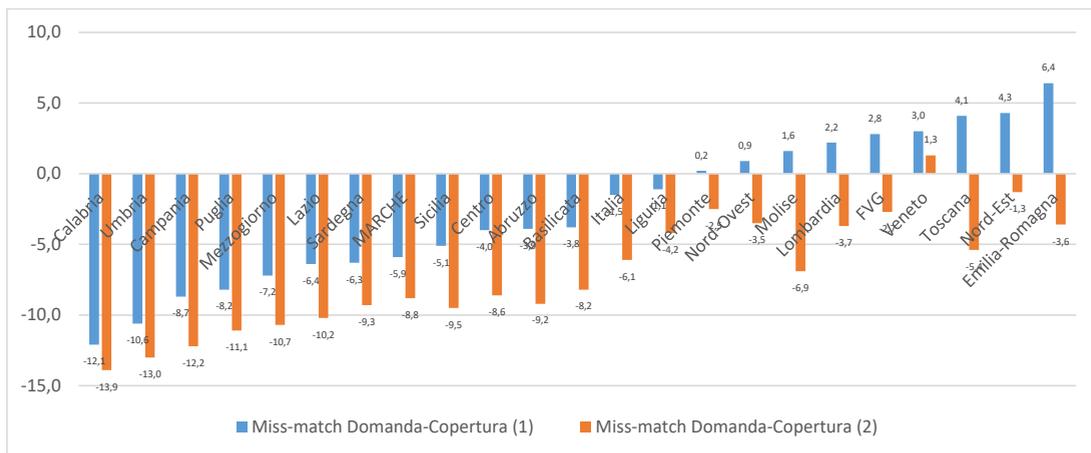
“mismatch n°2”). Secondo, si ricordi che le regioni del Nord Italia presentano una incidenza più contenuta di anziani beneficiari di indennità di accompagnamento e, pertanto a parità di altre condizioni, la differenza fra domanda ed offerta è già più ridotta grazie a questo elemento.

*Complessivamente, quasi tutte le regioni italiane presentano un numero di anziani con problemi di non autosufficienza maggiore rispetto a quelli presi in carica dai servizi. Ciò vale in particolare se non consideriamo la copertura offerta dall'ADI. Se prendiamo in considerazione anche la copertura offerta dai servizi socio-sanitari domiciliari, il gap fra domanda ed offerta si riscontra in tutto il paese tranne che nel Nord Italia (in cui, però, l'incidenza di anziani beneficiari di indennità è più contenuta).*

*Dentro questo quadro la situazione marchigiana appare abbastanza critica: fra un 6% ed un 9% di anziani, a seconda del metodo di stima, non riceve aiuto tramite servizi territoriali, pur ricevendo l'indennità di accompagnamento. Per essere più chiari, un beneficiario di indennità su due nelle Marche non riceve aiuti tramite servizi professionali nel caso si includa nella stima la copertura assicurata dall'ADI) o circa tre su quattro non ricevono un supporto da parte dei servizi nel caso si escluda l'ADI. Solo Lazio, Umbria e gran parte delle regioni del Mezzogiorno hanno una performance meno soddisfacente di quella marchigiana.*

*In linea più generale, che va oltre l'analisi del caso marchigiano, questi dati mostrano come dalla tradizionale linea di distinzione fra Centro-Nord e Mezzogiorno, che ha caratterizzato per oltre un quarantennio la differente capacità di risposta ai bisogni sociali degli anziani (con il Centro-Nord più attento allo sviluppo dei servizi rispetto al Mezzogiorno), si stia passando ad una nuova linea di distinzione che vede, da un lato, il Nord (inclusa l'Emilia-Romagna) e la Toscana, dall'altro il Centro ed il Mezzogiorno, con il Centro, incluse le Marche, che si sta progressivamente allontanando dalle aree settentrionali del paese.*

**Fig. 5. La capacità di risposta dei servizi sociali e socio-sanitari pubblici alla domanda di cura degli anziani non autosufficienti: le Marche in ottica comparata (anno 2016)**



Fonti: dati contenuti nella tabella 2 e figura 3

## 9. La normativa marchigiana nel campo della tutela degli anziani non autosufficienti

L'analisi fin qui svolta si è centrata sugli *outcome*, come spiegato nelle pagine introduttive del presente lavoro. Appare, però, necessaria una riflessione sulla normativa regionale che in questi decenni ha supportato l'espansione della rete dei servizi (l'*output normativo*). La Regione Marche è stata fra le prime in Italia, già negli anni '70 ed '80, ha dotarsi di una normativa specifica sulla cura degli anziani non autosufficienti (Fargion, 1998). Questa capacità di innovazione e di regolazione normativa nel campo delle politiche per gli anziani si è mantenuta nel corso del tempo. Negli ultimi due decenni i piani sociali e socio-sanitari della Regione hanno dato importanti indicazioni su molti aspetti, aggiornando la logica alla base della rete degli interventi territoriali in questo campo. Accanto ai piani approvati, vi sono stati altri atti normativi (fra i quali la DGR n. 1566 del 2004 concernente l'atto di indirizzo relativo al sistema dei servizi degli anziani della regione Marche, la L.R. n.32 del 2014 in parte dedicata al sistema regionale integrato dei servizi sociali nei casi di non autosufficienza di persone anziane, così come la normativa riguardante il supporto delle strategie volte a sostenere l'invecchiamento attivo, che ha visto una recente codificazione nella L.R. n.1 del 2019).

La normativa prodotta presenta vari pregi. Essa tende, infatti, ad essere completa e a recepire non solo le principali normative nazionali ma anche a sviluppare alcuni dei più importanti orientamenti di *policy*, che la comunità scientifica e professionale ha elaborato nell'ultimo quindicennio. Esempi sono: l'istituzione di un "Elenco regionale degli assistenti familiari" – già regolato con una DGR del 2009; l'istituzione di un assegno di cura, che prevede la presa in carico e la formulazione di un PAI – piano assistenziale integrato, con l'obiettivo di sostenere economicamente le famiglie, senza che

però ciò si trasformi in un trasferimento monetario svincolato dalla rete dei servizi (come avviene invece con lo strumento dell'indennità di accompagnamento), così come di far emergere e regolarizzare l'eventuale presenza di assistenti familiari a pagamento; la promozione ed il sostegno dell'integrazione socio-sanitaria tramite vari strumenti (la regolazione ed il rafforzamento dei Punti Unici di Accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari nella regione – PUA; l'impiego di Unità valutative multidimensionali – UVA; l'istituzione, a partire dal 2015, delle Unità operative funzionali Sociale e Sanitaria - U.O.SeS – previste in ogni Distretto sanitario / Ambito Territoriale Sociale con l'obiettivo di favorire la progettazione, organizzazione e gestione dell'integrazione dei servizi fra distretti sanitari ed ambiti sociali, con PUA, UVA e PAI operanti all'interno di tali U.O.SeS e da esse dipendenti organizzativamente; le modalità di accreditamento e di autorizzazione delle strutture assistenziali e sanitarie in questo campo.

In questa ottica possono essere valutati positivamente anche i due atti di programmazione regionali più recenti in discussione attualmente in Regione. Durante i primi mesi del 2019 la Regione Marche ha, infatti, prodotto, dopo un lungo lavoro di elaborazione ed ascolto di istituzioni, professionisti ed organizzazioni della società civile, due documenti programmatori in campo socio-sanitario e sociale, in fase ancora di approvazione finale, che contengono una serie di indicazioni anche per quanto concerne il tema della non autosufficienza degli anziani.

I documenti sono:

- “Piano socio-sanitario regionale 2019-2021. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità”, così come deliberato dalla Giunta Regionale nella seduta del 28-1-2019;
- “Piano sociale regionale 2019-2021. Indirizzi prioritari e strategie per lo sviluppo e l'innovazione del welfare marchigiano e per il rafforzamento degli interventi in materia di servizi sociali”, così come deliberato dalla Giunta Regionale nella seduta del 5-8-2019.

Entrambi i documenti presentano una serie di punti di forza nel campo degli interventi in favore delle persone anziane non autosufficienti.

I due atti di programmazione focalizzano fortemente l'attenzione sul miglioramento del modello di governance ed organizzativo degli interventi. Nel Piano socio-sanitario vengono riportati, rispettivamente fra gli obiettivi strategici e fra le aree di intervento, il sostegno a fragilità e cronicità dal neonato all'anziano e azioni concernenti l'assistenza territoriale e l'integrazione socio-sanitaria. In particolare, gli interventi specifici più importanti con ricadute rispetto alla tutela delle persone con problemi di non autosufficienza sono:

- il miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali;
- l'accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi, con l'inclusione degli anziani fra tali figure fragili;

- la presa in carico post-dimissione, tema centrale nel campo degli anziani in quanto volto ad assicurare la continuità assistenziale;
- la regolamentazione e lo sviluppo delle “Case della Salute”, di cui gli anziani sono fra i principali beneficiari;
- l’infermiere di famiglia e di comunità;
- il miglioramento della presa in carico delle persone affette da demenza.

Il miglioramento della presa in carico delle persone affette da demenza appare un obiettivo particolarmente saliente nel campo della non autosufficienza. Tradizionalmente, il sistema di intervento in questo campo è stato pensato per persone con bisogni di cura da malattie legate a disabilità fisico-motorie o da assenza di una rete informale di supporto. Nell’ultimo ventennio è, invece, esploso il problema della cura di persone con bisogni cronico-degenerativi spesso legati, appunto, a forme di demenza. Il problema è che il tipo di risposte che vanno allestite per questo secondo profilo di anziani è molto più complesso e diverso da quelle tradizionalmente approntate per il primo profilo. Ad esempio, mentre per il primo profilo un tema da affrontare è la scarsa mobilità della persona non autosufficiente, per il secondo profilo il problema può essere esattamente l’opposto (l’iper-mobilità). Tutti i sistemi di cura in Occidente e in Italia stanno cercando di mettere a regime sostegni ed interventi disegnati ad hoc per questo secondo profilo. Nel documento di programmazione marchigiano gli obiettivi specifici di tale intervento, così come le modalità previste per le azioni da avviare (dal potenziamento dell’assistenza domiciliare alla definizione di un PTDA unico regionale all’aumento dei posti letto dedicati in strutture residenziali), sono pertanto importanti e vanno nella direzione di aiutare ad affrontare le sfide poste dalle demenze.

Ugualmente il testo attualmente in discussione del “Piano sociale regionale 2019-2021” presenta numerosi elementi strategici positivi in un’ottica di potenziamento della rete di intervento nel campo della non autosufficienza, dato che una delle direttrici trasversali di sviluppo è dedicata proprio al sostegno alle persone con tali problematiche.

In particolare il Piano prevede i seguenti obiettivi:

- il potenziamento dei servizi di domiciliarità, anche a partire dal sostegno e dalla valorizzazione della figura del caregiver (prevedendo fra gli interventi corsi di formazione ed indicando la fonte del finanziamento per sostenere questa attività);
- una maggiore integrazione fra interventi domiciliari e residenziali;
- interventi regolativi sia sul lato della graduazione delle prestazioni sulla base del bisogno e delle risorse familiari e della compartecipazione ai costi delle prestazioni che sul lato della valutazione della non autosufficienza in base al livello di gravità;
- la gestione del Fondo di solidarietà e l’allargamento del raggio di intervento dello stesso.

Complessivamente, quindi, i due atti di programmazione, presi in considerazione assieme, mostrano l'intenzione del legislatore regionale di continuare a intervenire in maniera ampia ed articolata nel campo della tutela delle persone anziane non autosufficienti, promuovendo azioni che vanno in una duplice direzione: da un lato, quella del rafforzamento della *governance* del sistema delle cure (prevedendo, ad esempio, meccanismi di integrazione migliori fra assistenza domiciliare e residenziale, il miglioramento delle modalità di accesso ai servizi territoriali, il rafforzamento delle forme di accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi); dall'altro, quella della promozione di interventi innovativi o di rafforzamento della rete dei servizi già esistente (ad esempio, la presa in carico post-dimissione, l'infermiere di famiglia e di comunità, il rafforzamento delle case della salute, il sostegno alla figura del *care giver* ed il potenziamento degli interventi nel campo delle demenze).

#### **10. Conclusioni: punti di forza e criticità del sistema marchigiano per la non autosufficienza**

Complessivamente, l'analisi sviluppata in queste pagine restituisce un'immagine abbastanza articolata del funzionamento del sistema di intervento pubblico marchigiano nel campo della tutela delle persone anziane non autosufficienti. Possiamo sviluppare le considerazioni conclusive attorno a tre dimensioni: punti di forza; criticità; proposte di policy.

Prima di illustrare le riflessioni rispetto a tali tre dimensioni, sono, però, necessarie e doverose quattro premesse.

La prima è che le politiche di cura nei casi di non autosufficienza degli anziani non hanno trovato una risposta del tutto soddisfacente in nessun paese europeo occidentale, come sottolineato e spiegato nel secondo paragrafo del presente lavoro. Pensare, quindi, che una regione come le Marche possa trovare una sorta di "ricetta magica" per risolvere tale sfida da sola è problematico e fuorviante. Il punto in realtà è mettere in campo una serie di interventi che, in maniera organica ed integrale, aiutino le famiglie nei propri compiti di cura o, nei casi più gravi, facilitino l'accesso a strutture residenziali.

La seconda è che tale difficoltà nel trovare una soluzione ottimale a livello regionale risulta anche più marcata in un paese come l'Italia dove storicamente gli interventi pubblici hanno privilegiato la concessione di trasferimenti monetari alle famiglie (l'indennità di accompagnamento) piuttosto che lo sviluppo di un sistema più bilanciato fra trasferimenti e servizi o più centrato sui servizi (come in Germania, Francia e Scandinavia). I margini di manovra delle Regioni e dei Comuni in Italia sono, quindi, più ridotti che in buona parte del Centro-Nord Europa anche per questa ragione: ingenti risorse

economiche passano per un istituto, come l'INPS, e non prevedono alcun ruolo attivo delle amministrazioni regionali e comunali.

La terza premessa è che le difficoltà per Regioni e Comuni italiani sono state anche maggiori a partire dalla crisi economica del 2007-08. Le politiche di austerità di questo decennio hanno lasciato una spesa nazionale fortemente ridimensionata sia sul lato dei servizi sociali che della sanità. Ad esempio, come recentemente certificato anche dal CEIS (2019) dell'Università di Roma Tor Vergata, ormai la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia è di circa un terzo inferiore a quella media dell'Europa occidentale ed è più simile a quella media nell'Europa centro-orientale. Voler promuovere i diritti sociali e sanitari in un contesto come questo è estremamente complicato ed arduo.

La quarta è che, date le tre premesse precedenti, le caratteristiche del tessuto produttivo e socio-economico locale hanno assunto un ruolo anche più importante che in passato nel determinare la capacità di risposta di Regioni e Comuni italiani ai bisogni di cura relativi alla non autosufficienza. In altri termini, in una situazione di risorse nazionali decrescenti per sanità e servizi sociali, le Regioni ed i Comuni hanno dovuto far leva quanto più possibile sulla propria capacità di *governance* del sistema (tema su cui si tornerà nel proseguo di questo paragrafo), ma anche sulle risorse economiche che potevano chiedere direttamente ai propri territori (ad esempio, tramite addizionali IRPEF, maggiori compartecipazioni ai costi dei servizi, etc.). Da questo punto di vista, le Marche hanno incontrato e stanno incontrando più difficoltà di molte altre regioni, anche limitrofe, del Nord Italia. È indubbio che, purtroppo, è stata più limitata fino ad ora la capacità del nostro sistema produttivo e del mercato del lavoro regionale di riprendersi dalla crisi dell'ultimo decennio. Le ragioni sono complesse e chiaramente non qui ricostruibili (si pensi, ad esempio, all'impatto del terremoto sul tessuto socio-economico marchigiano). Il dato di fatto è che le Marche non sono riuscite per ora a sviluppare una capacità di reazione e di crescita economica che regioni come la Lombardia, l'Emilia-Romagna, il Veneto ed il resto del Nord-Est hanno mostrato a partire dal 2013-14. Tutto ciò ha, quindi, limitato anche lo sviluppo di politiche espansive nel campo della non autosufficienza non solo perché le Marche hanno potuto contare di meno su risorse economiche da reperire sul territorio ma anche perché la diffusione di altre problematiche sociali (a partire dal rischio di povertà) è risultata più marcata che in molte altre regioni del Nord e ha richiesto maggiori (e relativamente nuove per il tessuto sociale locale) attenzioni da parte delle politiche pubbliche.

Premesso tutto ciò, rimangono comunque spazi di azione, relativi alle politiche pubbliche, tramite i quali una Regione, quale le Marche, può porsi l'obiettivo di migliorare la rete di interventi nel campo della cura delle persone anziane non autosufficienti.

### *Punti di forza*

I principali punti di forza appaiono tre: *sanità; approccio normativo/regolativo; l'infrastrutturazione di base della rete dei servizi*, soprattutto socio-sanitari.

Nonostante i tagli dell'ultimo decennio, la *sanità marchigiana* ha mantenuto un buon livello di risposta ai bisogni dei propri residenti. I dati e le valutazioni proposte in merito dai governi nazionali (dal monitoraggio dell'implementazione dei LEA ad altri esercizi di analisi), che si sono succeduti nel corso del tempo, restituiscono costantemente questa immagine: gli interventi effettuati, seppur fra molte difficoltà, hanno permesso al sistema sanitario regionale di mantenere una qualità e una capacità di intervento che lo situano fra i primi posti in Italia. Tutto ciò si riverbera anche sul lato sanitario delle cure per gli anziani non autosufficienti (ad esempio, con ridotti problemi di appropriatezza nell'accesso a tutta una serie di cure).

La *normativa prodotta in merito alla non autosufficienza* ha integrato ed arricchito la rete degli interventi, muovendosi in più direzioni. Da un lato, sono stati via via previsti ed introdotti nuovi tipi di servizi (da quelli di sollievo all'assegno di cura, etc.). Dall'altro, si è lavorato sull'integrazione fra servizi sociali comunali, servizi socio-sanitari distrettuali e ospedale. Lo sforzo effettuato in tal senso è stato consistente ed ispirato da un disegno organico su come far sviluppare il sistema di intervento nel suo complesso. A riprova di ciò, si possono considerare anche gli ultimi due atti programmatici in discussione attualmente in Consiglio Regionale (i due Piani regionali per il 2019-2021, quello socio-sanitario e quello sociale).

Se passiamo ai tassi di copertura dei *servizi*, si nota come le Marche presentino valori in linea con quelli medi italiani in molti campi di intervento, come la residenzialità. Sotto questo profilo nel campo dell'assistenza domiciliare integrata le Marche hanno scelto un modello che privilegia maggiore intensità relativa della cura, espressa in termini di numero medio di ore di assistenza per paziente, a scapito del numero di persone seguite.

### *Criticità*

Se vi è, quindi, un insieme di punti di forza, rimangono allo stesso tempo varie criticità, fra cui cinque appaiono particolarmente rilevanti: il *livello complessivo di copertura assicurata dai servizi a fronte dei bisogni della popolazione*; il *livello di spesa e di intervento in campo sociale*; l'*effettivo sviluppo di interventi integrativi rispetto a quelli tradizionali* (ad esempio, servizi di sollievo, assegno di cura, regolazione del mercato delle assistenti familiari e interventi volti a sostenere l'invecchiamento attivo); il *livello ed il tipo di copertura assicurata dagli interventi residenziali*; l'*effettivo livello di integrazione socio-sanitaria*.

Per quanto riguarda il *livello complessivo di copertura assicurata dai servizi a fronte dei bisogni della popolazione*, il grafico 5 ha mostrato chiaramente come vi sia un gap rilevante fra anziani aiutati

tramite servizi sociali e socio-sanitari pubblici ed anziani fragili ai quali tali servizi non si rivolgono. Come minimo, sono uno su due i percettori di indennità di accompagnamento che non ricevono aiuti. Questo problema si pone in buona parte d'Italia ma non in tutta Italia e non necessariamente con la stessa intensità. Come si può evincere da una attenta lettura del presente documento, le Marche, se, da un lato, non sono una regione con scarse dotazioni di interventi nel campo della non autosufficienza, dall'altro, non si collocano neanche ai primi posti in Italia per capacità di intervento rispetto a questo tipo di bisogni. Soprattutto, appare ampio il divario fra Marche e Nord Italia nella capacità di dare risposte ai bisogni di cura degli anziani. Tale divario è andato aumentando nel corso dell'ultimo decennio, in parte per le ragioni spiegate nelle premesse di queste pagine conclusive e quindi slegate dalla volontà di intervento delle amministrazioni regionali e locali.

Tuttavia, in parte il divario è aumentato perché in varie regioni del Nord nell'ultimo decennio si è deciso di investire più che nelle Marche sulle politiche per la non autosufficienza. Vi è nelle Marche un *problema rilevante di dotazioni finanziarie per aumentare la capacità di intervento pubblico, soprattutto, ma non solo, nella componente sociale*. In altri termini le risorse investite per l'assistenza domiciliare e residenziale appaiono più esigue di quelle messe a disposizione da varie regioni italiane, in gran parte collocate nel Nord del paese, che si sono dotate di Fondi regionali per la non autosufficienza relativamente robusti sotto il profilo delle risorse finanziarie: un Fondo regionale esiste anche nelle Marche ma le risorse messe a disposizione sono molto più limitate di quelle allocate da altre Regioni in fondi simili. I dati sulla spesa sono molto chiari: se in campo socio-sanitario il livello di spesa marchigiano è maggiore di quello medio italiano ma inferiore a quello del Nord Italia, nel campo dei servizi sociali le Marche spendono molto meno della media nazionale e sono a distanze considerevoli dal Nord Italia e dalla Toscana. Con una tale caratterizzazione della spesa, non deve sorprendere che i tassi di copertura dei servizi e degli interventi sociali siano molto più limitati rispetto non solo al Nord ma anche al dato medio italiano. Si tenga presente, a tale proposito, che vi sono limiti oltre i quali i servizi socio-sanitari non possono spingersi nel supporto domiciliare a persone anziane con malattie croniche e invalidanti, proprio perché è essenziale un coordinamento ed uno sviluppo più ampio di interventi di tipo sociale.

Questo secondo ordine di criticità si collega direttamente al terzo tipo di criticità: l'effettivo *sviluppo di interventi integrativi a quelli tradizionali* (servizi di sollievo, assegno di cura, regolazione del mercato delle assistenti familiari, sostegno all'invecchiamento attivo). La Regione ha previsto nella propria normativa e si è iniziata a dotare da vari anni di strumenti di intervento, che allargassero il sistema di cura pubblico. Tuttavia, le risorse messe a disposizione sono state non sempre sufficienti rispetto agli obiettivi. Questo punto è emerso con chiarezza nella discussione con i rappresentanti dell'associazionismo marchigiano. I *servizi di sollievo* non appaiono sufficientemente sviluppati nella

regione e ciò rappresenta un problema particolarmente grave per coloro che vivono (e convivono in qualità di familiari) con malattie quali l'Alzheimer. L'*assegno di cura* è partito con un forte slancio e ha dato buoni risultati, ma poi nel corso degli anni ha perso una parte della propria capacità di collegare il mondo delle cure familiari e delle assistenti private con quello dei servizi pubblici. Di nuovo, anche in questo caso il problema sembra risiedere più nelle dotazioni di risorse disponibili per questo tipo di intervento che nel disegno istitutivo e regolativo dello stesso. Ne consegue che anche la capacità di *regolazione del mercato del lavoro delle assistenti familiari* è rimasta limitata (ad esempio l'Elenco regionale degli assistenti familiari appare aver perso parte della sua efficacia). Le *politiche per l'invecchiamento attivo*, che dovrebbero aiutare a ritardare l'insorgere o l'aggravarsi di forme di disabilità e non autosufficienza, sono state ben impostate nella normativa regionale ma necessiterebbero di maggiori risorse per essere maggiormente incisive.

La rete dei servizi appare non adeguatamente sviluppata anche nel campo degli *interventi residenziali* per due ordini di motivi. Il primo è che un tasso di copertura dei servizi residenziali tradizionali (RSA, case protette, etc.) attorno al 2% appare inadeguato per una popolazione anziana come quella marchigiana: in Nord Italia siamo attorno al 3%. Non si tratta tanto di tornare a forme di istituzionalizzazione della cura, quale modalità di risposta principale nel campo della non autosufficienza. Si tratta di dotarsi, però, di un più ampio numero di posti letto e di strutture in grado di evitare liste di attesa e forte pressione da parte di tutti quegli anziani (e famiglie), che non riescono più a gestire a domicilio le proprie difficoltà di cura, data la loro gravità. Altrimenti, il rischio, già in buona parte realizzatosi, è di avere una pressione in parte non appropriata sulle strutture prettamente sanitarie: le due tabelle che riportano dati sulle lungodegenze (la tabella 1 sulla spesa e la tabella 7 sulle dimissioni da tali strutture) mostrano, ad esempio, che le lungodegenze sono molto più utilizzate nelle Marche (e costano mediamente di più) che in molte altre regioni italiane. È probabile che, in un sistema in cui vi è una difficoltà nell'accesso a servizi residenziali socio-sanitari per la non autosufficienza, una parte non irrilevante della domanda inesa si rivolga impropriamente ai servizi ospedalieri di lungodegenza. Il secondo motivo è relativo al tipo di interventi residenziali messi in campo nella regione. Un tema crescentemente importante nel campo della cura delle persone con problemi di non autosufficienza è il rapporto fra domiciliarietà e residenzialità. Un'area di intervento che rimane, però, scoperta nel modello marchigiano riguarda la previsione ed il sostegno a forme di residenzialità leggera o di domiciliarietà sostenuta (a seconda di quale ottica si adotti), diverse dalle soluzioni fino ad ora sviluppate nelle Marche (e in gran parte d'Italia). Il sistema dei servizi attualmente si caratterizza o per interventi a domicilio della persona fragile (SAD, ADI, etc.) o per interventi di tipo residenziale nelle situazioni di maggiore compromissione della capacità dell'anziano (case protette e RSA). Quello che manca è un anello intermedio e cioè la previsione di

forme di sostegno residenziali per (coppie di) anziani che iniziano ad avere problemi di fragilità ma non richiedono ancora interventi fortemente sanitarizzati. Nel Centro-Nord Europa, così come in alcune realtà italiane, si stanno diffondendo forme di sostegno abitativo che cercano di colmare questo gap (abitazioni e spazi condominiali pensati per aiutare anziani fragili grazie a forme “portierato sociale”, co-housing, organizzazione degli spazi comuni, interventi di domotica, etc.). Questo elemento, che si collega al tema più generale del sostegno all’adeguamento del proprio domicilio alle esigenze derivanti dalla non autosufficienza, risulta ancora non sufficientemente sviluppato nella regione Marche.

Infine, per quanto riguarda *l’integrazione socio-sanitaria*, se, da un lato, si valuta positivamente il modello di *governance* adottato e promosso dalla Regione, basato su U.OSeS e relativi strumenti operativi, dall’altro, l’implementazione sul territorio sembra aver seguito una logica non ovunque omogenea. In altri termini, come sottolineato anche nella discussione con i rappresentanti dell’associazionismo regionale, accanto ad aree in cui distretti sanitari ed ambiti sociali hanno trovato una maniera efficace di coordinarsi ed integrarsi, vi sono altri territori in cui questo processo stenta di più ad affermarsi.

#### *Proposte di policy*

Alla luce dei punti di forza e delle criticità appena elencate, si possono indicare molto sinteticamente tre linee di azione che potrebbero aiutare a migliorare il sistema marchigiano degli interventi a sostegno delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

*Il primo punto essenziale è legato alla capacità e alla volontà della Regione di dotarsi di risorse economiche maggiori e maggiormente integrate fra sociale e sanitario.* In altri termini servono più risorse da investire per le varie forme di assistenza domiciliare e residenziale già esistenti, oltre che per finanziarie innovazioni. Chiaramente i vincoli di finanza pubblica impongono di evitare di fissare obiettivi troppo ambiziosi rispetto alle risorse disponibili. Tuttavia, come già sottolineato, la Regione potrebbe seguire l’esempio di varie regioni italiane, che si sono dotate di Fondi regionali per la non autosufficienza, relativamente più robusti sotto il profilo delle risorse finanziarie di quello marchigiano. In particolare, si consiglia di valutare una soluzione come quella adottata dalla Regione Emilia-Romagna già ormai da oltre un decennio con l’istituzione di “Fondo per la non autosufficienza”<sup>2</sup>. La suddetta Regione ha compiuto due azioni che hanno permesso di migliorare sia

---

<sup>2</sup> Per un approfondimento si possono leggere i seguenti atti normativi della Regione Emilia-Romagna. Tali atti si riferiscono sia alla fase di avvio del Fondo che alla sua più recente gestione:

Dgr 509/2007: "Fondo regionale per la non autosufficienza: programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007/2009";

Dgr 1206/2007: "Fondo regionale per la non autosufficienza. Indirizzi attuativi della delibera n. 509/2007";

l'efficienza delle risorse dedicate alla non autosufficienza che l'ammontare delle stesse. Da un lato, all'interno del suddetto Fondo sono state convogliate risorse economiche in precedenza amministrare in maniera più separata dalla sanità regionale e dai servizi sociali regionali. In questa maniera si è creato un sistema più integrato di interventi sociali e socio-sanitari, a partire dalla programmazione dell'impiego delle risorse finanziarie. Dall'altro, è stata introdotta una tassa di scopo regionale volta a finanziare il potenziamento del sistema e le azioni più innovative. Il risultato è stato che nell'ultimo decennio è cresciuta sia qualitativamente che quantitativamente la rete dei servizi, così come sono sensibilmente aumentate le risorse dedicate alla cura e al supporto delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. Le Marche dovrebbero avviare una discussione approfondita in tale direzione. Fondi maggiori permetterebbero di intervenire maggiormente sui punti più fragili del sistema marchigiano per la non autosufficienza. Un secondo obiettivo dovrebbe essere il *sostegno alle cure domiciliari nelle loro varie forme* (dal SAD, agli assegni di cura ai servizi di sollievo) ed *un rafforzamento dell'offerta di soluzioni residenziali*, includendo fra queste ultime anche tutto quell'insieme di sperimentazioni nuove volte a rendere più fruibile l'abitazione delle persone anziane con fragilità.

Un'ultima proposta di più ampio respiro e che presumibilmente richiederà tempi più lunghi di realizzazione riguarda *l'azione di advocacy che la Regione Marche dovrebbe svolgere, di concerto ed assieme alle altre Regioni italiane, rispetto alle istituzioni nazionali in merito alla gestione delle risorse dedicate all'indennità di accompagnamento*. L'Italia vive attualmente in una situazione caratterizzata, da un lato, da una crescente domanda di cura da parte di persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, dall'altro, dalla necessità di rendere quanto più efficiente ed efficace possibile la spesa pubblica in campo socio-sanitario e sociale. Dato questo quadro, è molto problematico il fatto che, come nel caso marchigiano, oltre il 60% del totale della spesa pubblica per la non autosufficienza degli anziani passi attraverso uno strumento monetario, quale l'indennità di accompagnamento, rispetto al quale non solo le Regioni ed i Comuni non hanno modo di utilizzarne le risorse, ma neanche di collegarlo in maniera più organica dentro il sistema regionale di interventi sociali e socio-sanitari. Pertanto, l'auspicio che qui si formula è che la Regione si faccia promotrice assieme alle altre Regioni italiane di una riforma del sistema di indennità di accompagnamento che, come minimo, lo colleghi maggiormente ai sistemi di intervento regionali. Nel caso marchigiano, si tratta di una cifra pari a circa 285 milioni.

---

Dgr 1230/2008: "Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità";

Dgr 2055/2018: "Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma anno 2018".



Stampato nel mese di luglio 2020  
presso il centro Stampa Digitale  
del Consiglio Regionale delle Marche

QUADERNI  
DEL CONSIGLIO  
REGIONALE  
DELLE MARCHE

312

ANNO XXV - n. 312 Luglio 2020  
Periodico mensile  
reg. Trib. Ancona n. 18/96 del 28/5/1996  
Spedizione in abb. post. 70%  
Div. Corr. D.C.I. Ancona

ISSN 1721-5269  
ISBN 978 88 3280 106 4

*Direttore*  
Antonio Mastrovincenzo

*Comitato di direzione*  
Renato Claudio Minardi, Piero Celani,  
Mirco Carloni, Boris Rapa

*Direttore Responsabile*  
Giancarlo Galeazzi

*Redazione*  
Piazza Cavour, 23 - Ancona - Tel. 071 2298295

