

TERZO SETTORE E NUOVI ASSETTI DI GOVERNANCE NEI PROCESSI DI PRESA IN CARICO DOMICILIARE DEL SOGGETTO ANZIANO

Abstract

L'assistenza a domicilio è già dalla fine degli anni novanta la modalità assistenziale privilegiata dalle politiche europee. La diversificazione esistente nell'ambito di tale macrocategoria, sia a livello dei servizi realmente offerti sia a livello degli enti erogatori, rende altrettanto difficile poter condurre un'analisi comparativa efficace. Il presente contributo ha ad oggetto una riflessione sul ruolo degli attori del Terzo settore nel profilarsi delle nuove forme di presa in carico del paziente anziano, mettendo in luce alcune debolezze attribuibili all'attuale organizzazione delle politiche di welfare ed individuando delle dinamiche innovanti e migliorative nei nuovi assetti di governance e nelle azioni congiunte di attori privati, profit o not-for-profit, ed istanze pubbliche.

Home care has been the preferred form of care in Europe since the late 1990s. The existing diversification within this macro-category, both at the level of the services offered and at the level of the providers, makes it difficult to conduct an effective comparative analysis. This contribution concerns a reflection on the role of Third sector actors in the emergence of new forms of taking care of the elderly patient, highlighting some weaknesses attributable to the current organization of welfare policies and identifying innovative dynamics, and also improvements, in the new governance structures and in the joint actions of private actors (profit or not-for-profit) and public bodies.

Keywords: third sector, elderly patient, welfare policies, profit, no-profit.

Si legge nel Rapporto sulla città di Milano 2012¹ dell'Ambrosianum fondazione culturale che «il bisogno di aiuto nelle sue diverse forme, è certamente una delle chiavi di lettura più importanti della condizione degli anziani, in particolare dei grandi anziani non autosufficienti, tanto che negli ultimi anni l'assistenza continuativa è divenuta un'area specifica e autonoma del welfare»².

Come riferisce Bulsei³, da rilevare non è il semplice dato demografico; vi sono una serie di “condizioni avverse” che delineano la reale situazione della popolazione anziana italiana. In parti-

¹ Ambrosianum Fondazione culturale, R. LODIGIANI (a cura di), *Milano 2012. Le generazioni che verranno sono già qui*, Milano, 2012.

² *Ibid.*, p. 32.

³ Paper presentato in occasione del X Colloquio scientifico sull'impresa sociale, 10-11 giugno 2016, Dipartimento di Scienze Politiche Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

colare una “distonia” tra domanda sanitaria e risposte istituzionali, nonché fattori culturali individuabili in una visione retorica e formalista delle persone anziane, che non si arricchisce ancora di una reale presa di coscienza dei bisogni “strutturali e relazionali” della popolazione che invecchia.

Non irrilevante è la risposta che ai bisogni di “aiuto” e di cura cerca di dare il Terzo settore. Il settore del no-profit mette in campo servizi di alta qualità professionale, supportando le famiglie sia nel ruolo di attore accreditato del sistema pubblico, sia nel ruolo alternativo e «fuori sistema» rappresentato dalle reti di volontariato.

L'intervento degli attori del Terzo settore si iscrive in un panorama estremamente complesso e variegato, la cui regolazione è una delle sfide più ardue della maggior parte dei sistemi di welfare europei. I profili dell'accesso ai servizi e le modalità di presa in carico restano i nodi cruciali del quadro regolamentare, sul cui sfondo dialogano i diritti fondamentali della persona.

Fare riferimento al settore dei servizi significa volgere lo sguardo, preliminarmente, ai potenziali beneficiari degli stessi. Gli “utenti” non hanno profili identici e diverse determinanti ne delineano le condizioni, nonché i bisogni: risorse finanziarie e materiali, condizioni di salute e di autonomia, contesto sociale, familiare ed abitativo (Bulsei, 2013). I servizi dovrebbero rilevare della capacità di declinare risposte in base ai reali bisogni degli utenti, facendo della domiciliarizzazione un approccio strategico e metodologico: la scelta delle modalità di erogazione dei servizi dovrebbe seguire ad una valutazione concreta condotta in termini di efficacia ed opportunità.

Come dimostrano i risultati del progetto SPRINT⁴, il livello di soddisfazione in Europa rispetto alla qualità dei servizi LTC (*long term care*) è estremamente variabile ed è legato alle prestazioni dei singoli providers. Le interviste condotte rilevano che la maggioranza dei cittadini desidera poter beneficiare di servizi di alta qualità, erogati a domicilio o in contesti che riproducono la dimensione privato-domestica (*home-like setting*). Gli intervistati manifestano anche il desiderio di assistere all'ampliamento dell'offerta di servizi sanitari per la terza età; nei paesi in cui i sistemi di presa in carico “informale” sono maggiormente diffusi, emerge inoltre con incidenza rilevante il desiderio di invecchiare a casa e ricevere sostegno materiale ed emotivo in un contesto familiare ed amichevole. È interessante sottolineare come emerga dai risultati della menzionata ricerca un diffuso

⁴ *Social Protection Innovative Investment in Long-Term care* (2015-2018). Progetto finanziato nell'ambito del programma per la ricerca e l'innovazione Horizon 2020.

sentimento di insoddisfazione rispetto all'attuale offerta di servizi nei paesi in cui sono maggiormente praticate forme di presa in carico informali ed intra-familiari; gli intervistati dichiarano che preferirebbero dei servizi "personalizzati", ovvero capaci di adattarsi alle specifiche esigenze individuali.

Se la repulsione verso l'idea di una forzata degenza in una casa di riposo o di cura in età avanzata è generalizzata tra i cittadini dei vari paesi europei, i partecipanti di diverse fasce di età hanno espresso diverse percezioni di quelle che dovrebbero essere considerate le *responsabilità* nei confronti delle persone anziane.

Gli intervistati di età più giovane esprimono la voglia di invecchiare in residenze specializzate, occupate da persone della stessa età e preferibilmente da *persone amiche*; inoltre non desiderano che siano i loro figli a dover prendere in carico la loro assistenza in età avanzata.

Sembra opinione diffusa in tutti i paesi che il ricorso ai servizi LTC potrebbe essere considerevolmente ritardato dall'adozione di misure preventive, dall'organizzazione di attività mirate e dalla diffusione di comportamenti appropriati.

A conferma della reale utilità di approcci preventivi, è interessante l'iniziativa canadese della Fondazione AGES, alla base dei cui interventi vi è la volontà di praticare una forma di geriatria "sociale". In particolare il Dr. Lamire, che ne è il promotore principale, sostiene che negli ospedali e negli istituti di cura la pratica della geriatria ed i benefici che essa potrebbe apportare, sono il più delle volte vanificati da aspetti puramente organizzativi, che causano interventi tardivi e condannano i pazienti all'irreversibile perdita dell'autonomia. La geriatria sociale persegue gli stessi fini della geriatria tradizionale, ma mutano le modalità di intervento: la presa in carico è sistematicamente domiciliare, immediata ma, soprattutto, *preventiva*. Essa si accompagna ad un lavoro costante di accompagnamento *psico-socio-relazionale* dei pazienti, nella prospettiva di una pluralità di attività integrate, poste in essere in maniera sinergica, volte a migliorare i livelli di benessere dei più anziani⁵.

Le politiche sulla non autosufficienza si affermano dunque al centro della riflessione sul miglioramento e rinnovamento dei sistemi di welfare. L'insieme delle misure di intervento rivolte ad un pubblico non autosufficiente sono state "ripensate" negli ultimi anni, portando alla ridefinizione

⁵ Cfr. <https://www.lesoleil.com/>, o ancora <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1173381/geriatrie-sociale-aines-quebec-projet-marguerite-blais>.

del rapporto tra residenzialità e domiciliarità, come conseguenza dello sviluppo di una diversa attribuzione di senso da accordare alla “presa in carico”, con riferimento particolare all’utente anziano in condizioni di fragilità.

Espressione di tale trend sembrerebbero essere i mutamenti regolamentari avvenuti nel mercato dell’assistenza privata, ovvero l’affermarsi di linee progettuali aventi ad oggetto la promozione di stili di vita attivi e sani durante “la grande vecchiaia”.

La rivoluzione demografica in atto in tutti i paesi EU focalizza l’attenzione delle politiche di welfare europee sul concetto di *ageing in place*. Lo scopo è quello di incoraggiare, attraverso un serie di politiche coordinate, la possibilità di ricevere cure rimanendo nel proprio domicilio.

L’ospedalizzazione diventa, dal punto di vista umano ed economico, la soluzione da evitare.

L’OMS⁶ sostiene che un sistema di assistenza domiciliare accessibile e ben strutturato dovrebbe essere parte integrante di tutti i sistemi sanitari nazionali.

Il *Quadro europeo per la qualità dei servizi di assistenza a lungo termine*⁷ definisce le caratteristiche proprie di un *servizio di qualità*:

- Rispetto dei diritti umani e della dignità della persona:

I servizi rivolti alle persone anziane in condizioni di fragilità e perdita di autonomia devono essere erogati nel rispetto della libertà degli utenti e delle loro famiglie. È indispensabile che la dignità della persona anziana sia garantita prioritariamente lungo tutto il percorso di cura.

- Centralità della persona:

Lo studio pone l’accento sull’esigenza che i servizi si modellino alle necessità degli utenti, cercando di migliorare la qualità della loro vita nel rispetto della loro integrità personale. Differenze importanti caratterizzano i potenziali utenti: dalla storia di vita, agli interessi personali, alle dinamiche familiari, ecc. Di tali specificità una presa in carico di qualità deve tener conto e su di esse devono essere strutturati e pianificati gli interventi. È inoltre fondamentale che al personale delle

⁶ *Assistenza domiciliare a lungo termine*, in «Quaderni di sanità pubblica», 123, 2000.

⁷ *Quadro europeo per la qualità dei servizi di assistenza a lungo termine. Principi e linee guida per il benessere e la dignità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza*. La pubblicazione è stata sviluppata nel quadro del progetto WeDO, Partenariato europeo per il benessere e la dignità delle persone anziane, un progetto europeo (2010-2012) co-finanziato dalla Commissione Europea. Tale progetto è stato condotto da un gruppo di pilotaggio composto da 18 partner provenienti da 12 Stati Membri dell’Unione Europea (EU) interessati a collaborare per migliorare la qualità della vita delle persone anziane bisognose di cure e assistenza. https://www.age-platform.eu/sites/default/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_IT_WEB.pdf

strutture di assistenza e cura siano garantite condizioni di lavoro tali da poter rendere possibile e realizzabile una presa in carico di questo tipo.

- Scopo preventivo e riabilitativo:

Le tempistiche di presa in carico spesso inappropriate del paziente anziano determinano spesso gravi conseguenze in termini di perdita di autonomia. I servizi rivolti alla terza età dovrebbero non solo contribuire al recupero dell'autonomia e del benessere dell'utente, ma anche e soprattutto essere in grado di strutturare strategie preventive, mettendo in campo azioni volte a garantire il mantenimento dell'autosufficienza il più a lungo possibile.

- Disponibilità:

Il concetto di disponibilità fa riferimento in primo luogo all'offerta di servizi a cui l'utente può fare appello, nonché alla copertura geografica e professionale. Essi dovrebbero essere erogati a prossimità o comunque in luoghi comodi per l'utente e la sua famiglia. La disponibilità dei servizi è inevitabilmente condizionata da fattori strategici ed organizzativi.

- Accessibilità:

Tale requisito si riferisce alla facilità di accesso, sia ai luoghi fisici in cui l'erogazione dei servizi si realizza, sia alle informazioni relative agli stessi.

- Sostenibilità economica:

Il principio della sostenibilità implica che i servizi siano erogati gratuitamente o a prezzi tali da non compromettere la stabilità finanziaria degli utenti. I costi di accesso ai servizi non devono avere impatto negativo sulla qualità di vita degli utenti e non devono determinare una limitazione nelle scelte effettuate dagli stessi.

- Completezza:

I servizi destinati alle persone anziane dovrebbero essere capaci di rispondere ai molteplici bisogni degli utenti e delle loro famiglie.

- Continuità:

I servizi dovrebbero essere erogati con continuità durante tutto il tempo necessario, tenendo in conto *l'evoluzione dei bisogni* dell'utente. La continuità necessita di una coordinazione efficace tra i diversi enti gestori ed erogatori.

- Orientamento ai risultati ed efficacia (valutazione basata su prove di efficacia):

Centro di interesse delle strategie di intervento devono essere i reali benefici che i servizi forniti sono in grado di apportare alla persona anziana. L'ottimizzazione della fornitura del servizio richiede inoltre che siano condotte valutazioni periodiche e attivati strumenti di controllo. I controlli e le valutazioni dovrebbero basarsi su elementi concreti e dimostrabili.

- Trasparenza:

Il principio di trasparenza riguarda il livello di informazione dell'utente, che dovrebbe poter nozioni chiare ed esaustive sul servizio. Qualunque informazione suscettibile di avere un impatto sulla libertà di scelta dell'utente, sulle modalità di erogazione del servizio ovvero sulla qualità dello stesso dovrebbe essere comunicata tempestivamente.

Una trasparenza assoluta dovrebbe applicarsi inoltre ai risultati delle valutazioni e dei controlli, che dovrebbero essere accessibili pubblicamente.

- Attenzione alla cultura e al genere della persona che ne usufruisce:

Gli erogatori dei servizi dovrebbero rispettare la cultura di tutti gli attori coinvolti nelle dinamiche dell'assistenza e considerare il genere degli stessi. Tale principio tutela non solo gli utenti dei servizi, ma anche i membri delle *équipes* di intervento, che dovrebbero essere sempre formati e sensibilizzati su queste tematiche. Esso mira a garantire l'accesso ai servizi del sistema assistenziale a chiunque ne avesse bisogno.

Tali principi si riferiscono ai servizi LTC e sono correlati tra di loro; vanno concepiti come obiettivi da perseguire congiuntamente, tramite misure legislative e grazie all'intervento dei diversi portatori di interessi.

A livello Europeo, le politiche in materia di domiciliarizzazione delle cure si strutturano in maniera molto eterogenea; sebbene quasi tutti i Paesi europei abbiano incorporato quest'esigenza nelle proprie politiche di intervento (o meglio, negli obiettivi delle stesse), solo in pochi essa si è concretizzata in un sistema normativo specifico.

L'affermarsi di una nuova cultura della presa in carico, l'affinarsi degli strumenti disciplinari e concettuali (pensiamo soprattutto agli strumenti multidisciplinari di valutazione del bisogno, ai nuovi approcci in materia di autonomia e *long term care*) non sembra essere elemento sufficiente a promuovere a livello istituzionale dei reali mutamenti nel quadro complessivo dell'assistenza agli anziani.

È proprio quel “secondo welfare” costituito dalle iniziative dei diversi attori, tanto del settore privato commerciale che del cosiddetto Terzo settore, a rappresentare l’impulso più potente ai processi di cambiamento, costituendo una vera fucina di innovazione sociale.

Le iniziative di questo tipo, talvolta parallele a quelle propriamente istituzionali, se canalizzate e valorizzate, sono in grado di generare circuiti sinergici, dando risposte non solo efficaci ma anche economicamente sostenibili ai bisogni emergenti e generando benessere e crescita collettivi.

La vera innovazione sembra allora prodursi nelle dinamiche, spesso fluide ma virtuose, che si instaurano tra istituzioni e attori privati, tra vecchi sistemi e nuove frontiere organizzative. Una dinamica che sembra portare anche a metamorfosi terminologiche nel settore dei servizi, dove si fa spazio una nuova semantica sociale: collaborazione, fiducia, condivisione, partecipazione... Innovazione come orizzonte valoriale oltre che funzionale.

Le progettualità originate dal basso si iscrivono nelle nuove sfide della sostenibilità e della durabilità del vecchio refrain “fare rete”, cercando di costruirsi su modelli circolari e centripeti capaci di permettere a tutti gli attori di trarre un reale beneficio dalla partecipazione al progetto.

Ma come situare l’accrescersi costante dei bisogni, e con essi della domanda di servizi, in uno scenario di crisi economica, al cospetto di una società in piena “crisi demografica”?

È evidente che il rischio di una riduzione, anche significativa, dell’offerta di prestazioni erogate dal settore pubblico è più che concreto, a fronte di politiche di welfare finanziate in maniera sempre meno soddisfacente. Rischi a cui potrebbero connettersene degli ulteriori, come l’aumentazione dei costi dei servizi (tanto per le famiglie quanto per gli altri enti erogatori, tanto del settore *profit* che *not for profit*) o la sempre minore partecipazione delle istanze pubbliche ai processi di presa in carico degli utenti più “fragili” (in particolare, gli anziani ed i “grandi” anziani). Situazioni concomitanti di rischio aventi un sicuro impatto negativo sulla qualità delle cure e dalla presa in carico globale dei soggetti in condizioni di bisogno.

La sperimentazione di nuove forme di partnership tra soggetti pubblici e privati nei settori dell’anzianità e della domiciliarità può essere fattore chiave per assicurare continuità ad uno sviluppo del sistema socio-sanitario che possa dirsi innovante.

L’assistenza a domicilio è già dalla fine degli anni novanta la modalità assistenziale privilegiata dalle politiche europee, sebbene essa, come rilevava all’epoca Gori, rappresenti un fenomeno la cui

evoluzione è di difficile quantificazione. La diversificazione esistente nell'ambito di tale macrocategoria, sia a livello dei servizi realmente offerti sia a livello degli enti erogatori, rende altrettanto difficile poter condurre un'analisi comparativa efficace.

Il quadro europeo dell'assistenza domiciliare presenta comunque tratti comuni, ovvero si struttura in almeno due sottoinsiemi più o meno omogenei; assistenza/aiuto a domicilio e cura a domicilio. Queste due modalità di intervento corrispondono senz'altro a quelle che in Italia definiamo come SAD e come ADI: nella prima ritroviamo azioni di aiuto alla vita quotidiana, mentre nella seconda la presa in carico prevede prestazioni da natura infermieristica e riabilitativa.

Gori individua almeno tre ordini di obiettivi che le politiche europee perseguono promuovendo i servizi domiciliari: miglioramento della qualità di vita degli anziani e delle loro famiglie, realizzazione di economie di spesa, sostituzione di modalità e luoghi di cura.

Il programma di protezione più diffuso in Italia contro la non autosufficienza resta, attualmente, l'indennità di accompagnamento (trasferimento monetario dallo Stato alle famiglie).

I destinatari dell'indennità beneficiano di totale libertà nell'utilizzo della stessa; ciò ha determinato spesso l'uso improprio della stessa, fonte principale di remunerazione di "assistenti privati" che prestano servizi in assenza di regolare contratto di lavoro. È quindi ipotizzabile l'esistenza di un nesso eziologico tra aiuti di tipo monetario e lavoro di assistenza "sommerso" ed irregolare.

Tra le risposte possibili all'emergere di questo tipo di problematiche, da evidenziare è senz'altro il ruolo dell'offerta dei servizi domiciliari: prestazioni, di diversa natura, erogate al domicilio dell'utente. La finalità degli stessi è rispondere a dei bisogni sociali e sanitari di utenti in situazioni di "fragilità". Tali servizi si definiscono ad "accesso selettivo" e rispetto agli stessi Comuni ed Asl si ripartiscono le competenze (sociali e sanitarie). Lo scopo di tali servizi, che mirano a strutturare una presa in carico "globale" dell'utente, è individuabile essenzialmente nella realizzazione di interventi volti a garantire i livelli massimi di autonomia dei soggetti beneficiari dell'assistenza, nel rispetto delle abitudini di vita degli stessi. L'utente non viene *sradicato* dal suo contesto di vita e non entra nel circuito "residenziale" ovvero istituzionale proprio delle cure ospedaliere.

La vocazione dei servizi domiciliari è multidisciplinare e non esclusivamente sanitaria. Ciò determina una complessità regolamentare, che si esprime nell'articolata produzione legislativa, statale e regionale, sul fronte della SAD e sul fronte dell'ADI.

Che operino nel settore residenziale o domiciliare, i prestatori di servizi devono far fronte spesso a domande di risorse umane assai flessibili e variabili, dovendo garantire elevati livelli di vigilanza rispetto al rispetto degli standard imposti dalle legislazioni regionali.

A tal proposito veniva rilavata l'inadeguatezza⁸ del Decreto Lea del 2001⁹ il quale, pur disponendo che tutte le Regioni dovessero garantire l'ADI (assistenza domiciliare integrata), non forniva alcun elemento utile a determinare quantitativamente i livelli dei servizi da garantire. Limiti che sembrerebbero essere stati ereditati dal Capitolo IV (art. 21-35) del nuovo Dpcm¹⁰ del 2017.

In assenza di standard normativi nazionali, il confronto e la valutazione dell'adeguatezza del servizio regionale non può che avvenire sulla base di standard statistici.

Rileva l'INAPP (Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche)¹¹ che l'attuale sistema della domiciliarità risente di numerose problematiche sia sul fronte sanitario che su quello socio-assistenziale. Viene rilevato con particolare criticità come negli anni l'assistenza sanitaria non abbia saputo sviluppare indicatori di qualità e di appropriatezza delle cure; allo stesso modo, un deplorabile processo di de-professionalizzazione e perdita di identità sembrerebbe essere ravvisabile nei servizi di assistenza sociale, scaturente dall'erronea sovrapposizione degli stessi con l'aiuto domestico.

Concretamente, l'assistenza domiciliare si articola in tre grandi macrocategorie: assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), assistenza domiciliare integrata (ADI), servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di autoaiuto.

L'ADI, essendo compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza, è sicuramente la tipologia di intervento a cui è stata riservata la regolamentazione più dettagliata e complessa. Essa si staglia come servizio strategico *quali-quantitativo* dell'assistenza territoriale.

⁸ Cfr. F. PESARESI, *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2007, 15, 2007, p. 5.

⁹ DPCM 29.11.2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*, pubblicato nella G.U. n. 33, S. dell'8 febbraio 2002.

¹⁰ DPCM 12.01.2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017.

¹¹ Rapporto INAPP 2019, *Terzo settore e servizi di welfare. Indagine sui provider non profit di servizi sociali*, Annalisa Turchini (a cura di), Roma, 2019.

Il nuovo Dpcm del 2017 specifica in maniera più dettagliata le risposte assistenziali (110 tipologie di attività) che il legislatore regionale deve assicurare, strutturandole in sottolivelli il cui criterio distintivo risiede nel CIA, ovvero il coefficiente di intensità assistenziale¹².

Sul territorio nazionale le cure domiciliari vengono erogate sulla base di una molteplicità di modelli organizzativi.

Qualunque possibile declinazione dei modelli organizzativi prevede che le fasi di programmazione, valutazione e controllo vengano garantite esclusivamente dalle ASL.

Le varianti di tali modelli risiedono nei processi prettamente esecutivi, che non necessariamente sono assicurati dai Distretti. Mediamente le ASL sono in grado di garantire l'87% delle attività indicate dal LEA¹³.

I modelli organizzativi dell'ADI individuabili sono essenzialmente tre¹⁴:

- ADI erogata in maniera esclusiva dalle Aziende Sanitarie, in cui il 100% delle attività viene garantita dal Distretto servendosi per intero di personale interno all'Azienda.

- ADI erogata esclusivamente da aziende private, in cui il 100% delle prestazioni viene erogata da enti gestori profit e no profit, i quali recepiscono il PAI formulato dal Distretto o vengono scelti dal cittadino stesso tramite voucher socio-sanitario.

- ADI erogata su base di un modello misto, in cui le prestazioni sono suddivise tra Distretto ed enti gestori privati, o in alternativa prestazioni identiche vengono garantite sia dai Distretti che dai provider privati.

La suddivisione delle prestazioni tra pubblico e privato varia su base regionale; un'uniformità della ripartizione non è sempre garantita nemmeno sul territorio di una stessa Regione.

Se gli attori pubblici delle cure a domicilio sono individuabili nelle sole ASL e nei Distretti, il panorama dei provider privati è assolutamente eterogeneo, come lo è la natura giuridica che gli stessi possono assumere.

¹² Il Coefficiente di intensità assistenziale è un indicatore che sostanzialmente fa riferimento al numero di accessi nel periodo di presa in carico. Sulla base di tale indicatore, l'ADI prevede 3 livelli di intensità, in risposta ai quali si modulano gli accessi dell'*équipe* pluridisciplinare e la complessità della presa in carico.

¹³ Cfr. Indagine 2018 di Italia Longeva (Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva, *L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche*, a cura di D.L. Vetrano).

¹⁴ *Ibid.*

L'ADI rappresenta l'elemento chiave del panorama dei servizi domiciliari. Tale posizione deriva dalla sua vocazione, concettuale oltre che semantica, all'*integrazione socio-sanitaria*. Questo tipo di assistenza, rivolgendosi a utenti "fragili", implica una fetta consistente di servizi ed interventi di "aiuto alla persona". Questi ultimi rivestendo nella maggior parte dei casi un peso più rilevante degli interventi di natura squisitamente sanitaria.

Al fine di facilitare l'integrazione degli aspetti socio-assistenziali e sanitari dell'ADI, gli ambiti territoriali delle ASL si sono sovrapposti a quelli di gestione dei servizi sociali.

A prescindere dal modello d'organizzazione dei servizi strutturato dalla singola Regione, le criticità di un tale sistema di welfare potrebbero facilmente essere individuate nelle dinamiche di coordinazione e comunicazione *intra-* ed *inter-*servizi. L'intervento sinergico dei diversi providers nel processo di presa in carico dell'utente, in particolar modo dell'utente *anziano*, resta una sfida resa ardua da fattori quali la diversità degli iter procedurali per attivare servizi differenti, ovvero la molteplicità delle *valutazioni* aventi ad oggetto le condizioni dell'utente, emesse dai diversi servizi ovvero dai molteplici provider che erogano gli stessi a favore di uno stesso beneficiario.

L'erogazione dei servizi presuppone una valutazione, che permette di parametrare e strutturare l'intervento rispondendo ai reali bisogni identificati nei PI (piani individualizzati) e nei PAI (piani di assistenza individuali).

Va da sé che i processi valutativi, pur coinvolgendo *équipes* pluridisciplinari, riescono con maggiore facilità ad assumere un'impronta unidirezionale nei contesti residenziali (si parla di valutazione *multidimensionale*).

Tuttavia, le valutazioni condotte a domicilio sono potenzialmente le più rivelatrici per gli operatori, che possono in tale contesto tener conto di una molteplicità di fattori spesso trascurati in ambito residenziale; allo stesso tempo esse sono particolarmente significative e rappresentano un momento estremamente delicato per l'utente ed il suo nucleo familiare, portando talvolta alla manifestazione e verbalizzazione di fragilità e criticità.

Ciò implica che nell'interesse dell'utente e del suo entourage, dovrebbero essere evitate molteplici valutazioni, condotte dai diversi servizi; una ri-valutazione dovrebbe invece essere condotta ogni qualvolta si verificano modificazioni dei fattori e delle variabili suscettibili di determinare mutamenti nei bisogni del soggetto.

Elementi “disaggreganti” degli interventi di assistenza domiciliare integrata sono spesso individuabili nei diversi tempi di reazione o risposta delle diverse istanze coinvolte (ASL e Comuni) e nelle diverse condizioni finanziarie riservate ai servizi di assistenza sanitaria rispetto a quelli di assistenza sociale. Mentre i primi rispondono ad una logica universalistica e sono pertanto offerti su base gratuita, i secondi esigono, il più delle volte, la partecipazione finanziaria dell’utente (sebbene variabile in base alla fascia di reddito di appartenenza).

Tali fattori, aventi forza deterrente rispetto alla reale integrazione dei servizi, sono spesso la conseguenza degli assetti amministrativo-organizzativi specifici delle istanze coinvolte nell’erogazione dei servizi. L’informatizzazione di taluni servizi, non essendo ancora stata sviluppata in maniera uniforme (soprattutto non a livello delle amministrazioni comunali) potrebbe rappresentare, paradossalmente, un ulteriore fattore d’ostacolo ad un’integrazione efficace.

Come rilevato dal già citato rapporto INAPP, le caratteristiche oro-geografiche di talune aree possono rallentare la creazione di una rete integrata di servizi, come anche i processi di accorpamento delle Aziende Sanitarie che sono avvenuti in alcune Regioni.

Per sopperire a questo tipo di limiti, l’integrazione si attua spesso a livello dell’assistito attraverso processi di “sviluppo pratico” degli interventi, che possono concretizzarsi talvolta in vere e proprie in forme di “delega” delle attività socio-assistenziali, di competenza comunale, alle Aziende Sanitarie. Altre volte, la soluzione più efficace può rivelarsi invece proprio quella contraria, ovvero la gestione totalmente autonoma delle rispettive aree di competenza, generando risposte separate (ma garantendo tempistiche più rapide) ai bisogni sanitari e socio-assistenziali.

Sviluppare il ruolo dei cosiddetti “case managers” permetterebbe di ridurre gli interlocutori nel quadro dell’assistenza domiciliare (in questo senso, allineandosi alle dinamiche comunicative proprie dei servizi residenziali) e contribuire alla realizzazione di una logica integrata dei servizi. Una figura istituzionale di coordinamento interna all’*équipe* di intervento, che dovrebbe avere il ruolo di ricomporre e coordinare le diverse prestazioni afferenti spesso a sistemi e provider diversi.

Tale figura, pur esistente nelle varie legislazioni regionali, si riduce spesso ad essere l’interlocutore di riferimento rispetto al *singolo* servizio di appartenenza, creando una paradossale moltiplicazione delle figure di coordinamento, spesso disfunzionale rispetto ad obiettivi di attuazione efficaci dei servizi.

Il progetto SPRINT, già citato precedentemente, ha messo in evidenza come nei diversi paesi europei rilevi il bisogno di sviluppare un approccio “one manager”¹⁵ al fine di superare l'eccessiva eterogeneità nel livello di qualità dei servizi erogati da diversi stakeholders: un bisogno di uniformità che garantisca equità di accesso e qualità elevata per tutti.

L'integrazione socio-sanitaria, da interpretarsi come elemento chiave di una assistenza domiciliare efficiente ed efficace, risulta essere ancora, all'ora attuale, in molte realtà l'anello debole della catena, rischiando di ledere i diritti dei cittadini, creando condizioni di disegualianza tra gli stessi.

Le reti di volontariato organizzate da provider no-profit rivestono un ruolo importantissimo nel panorama dei servizi di assistenza domiciliare, colmando e compensando spesso i vuoti generati da un'organizzazione istituzionale che, sebbene ambiziosa e lungimirante negli obiettivi che si prefigge, si scontra con i propri limiti strutturali dinanzi ad un'esecuzione ontologicamente complessa delle azioni programmate.

Progetti realizzati a livello locale danno spesso luce a reti di cittadini *care-givers* volontari, capaci di fornire risposte concrete e sinergiche ai bisogni di vari gruppi sociali (i beneficiari e gli erogatori volontari di servizi)¹⁶.

Realtà di questo tipo risultano particolarmente virtuose ed efficaci rispetto alla presa in carico dei soggetti anziani, perché capaci di radicarsi nel territorio di appartenenza degli stessi. Assolvono in questo modo al soddisfacimento dei molteplici bisogni dei “grandi anziani”, in particolare quelli di natura squisitamente relazionale, attivando vere e proprie reti di solidarietà e di supporto nel contesto di appartenenza.

Gli attori del terzo settore, tra cui le reti di *care-givers* volontari, sono in grado di instaurare dinamiche dialogiche efficaci con le istanze pubbliche locali (che svolgono pur sempre l'imprescindibile ruolo di programmazione e valutazione) fungendo da vero e proprio *boosting factor* e contribuendo all'innalzamento della qualità dei livelli dei servizi socio-sanitari.

¹⁵ «It was mentioned by majority of the stakeholders as undesirable situation that there are differences in the availability and quality of the services between municipalities in all the countries. The respondents identified that a “one manager” approach is crucial, that LTC services often are sector-specific¹⁰ and that more focus is needed on the service quality and not just on finances and the structure of market».

¹⁶ Cfr. P. DONATI, *Famiglie e bisogni sociali: la frontiera delle buone prassi*, Milano, 2007.

Ruolo centrale nella promozione di partnerships pubblico-privato è rivestito dagli enti locali, in una logica che favorisce innovazione e sviluppo oltre che risparmio economico¹⁷.

Senza ridimensionare il welfare pubblico locale, il soddisfacimento dei bisogni e l'elaborazione di soluzioni, nell'ambito di una programmazione innovativa, potrebbe iscriversi in nuove dimensioni di governance, basate su reti circolari. Ciò vorrebbe dire rafforzare il ruolo di regolazione e coordinamento rivestito dalle istanze pubbliche locali, ridimensionando il loro intervento nell'erogazione dei servizi.

È in uno scenario di governance *multistakeholder* e di progettazione partecipata che il Terzo settore deve ripensare le sue funzioni di erogazione e sperimentare soluzioni innovative: il passaggio da *government* a *governance* riconfigura i rapporti tra soggetti pubblici e privati, segnando la fine di un sistema in cui le pubbliche istanze sono il solo motore degli eventi, forza promotrice e realizzatrice.

La partecipazione e la coprogettazione determinano una redistribuzione dei poteri, in un'ottica di sviluppo del principio di sussidiarietà orizzontale: quest'ultima in una dinamica dialogica costante con il principio di sussidiarietà verticale, ove partecipazione e ripartizione razionale delle competenze diventano elemento cardine dei processi decisionali.

L'evoluzione della domanda determina la nascita di nuove forme di welfare e sollecita la riarticolazione della governance pubblico-privata, facendo convergere gli obiettivi verso strategie manageriali ed innovative, sostenibili e durabili. Vengono sollecitati inoltre gli assetti normativi, chiamati a disegnare nuovi modelli di imprese operanti nel sociale, che si facciano reali portatori di innovazione nel settore dei servizi alla persona.

Nel 2015 l'OCSE ha pubblicato uno studio dal titolo *Health policy in your country*, concretizzatosi nella stesura di schede sintetiche sulle politiche sanitarie dei paesi oggetto di indagine (29 in tutto, comprensivi di alcuni paesi europei ed alcuni paesi d'oltreoceano).

La sezione della scheda italiana relativa alle misure di LTC specifica che «long term for elderly should be more routinely available». Viene rilevato inoltre che in Italia, nonostante l'aspettativa di vita dei sessantacinquenni sia superiore rispetto alla media europea, le previsioni e le azioni in ma-

¹⁷ Cfr. F. MAINO (a cura di), *Rapporto sul secondo welfare in Italia*, 2015.

teria di LTC restano scarse ed insoddisfacenti. Tra le raccomandazioni formulate, l'OCSE sottolinea l'esigenza di sviluppare nuovi modelli di cura che si basino sulla prevenzione delle malattie croniche e di migliorare i coordinamenti tra il settore dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari, nonché tra le varie istanze istituzionali.

SIMONA DI MARE
(Università degli Studi di Cassino
e del Lazio Meridionale)

Note bibliografiche

G.L. BULSEI, *Paper presentato in occasione del X Colloquio scientifico sull'impresa sociale*, 10-11 giugno 2016, Dipartimento di Scienze Politiche Università degli Studi di Napoli "Federico II".

ID., *Welfare e politiche pubbliche. Istituzioni, servizi, comunità*, Roma, 2008.

ID., *La società diffusa. Organizzazioni e politiche locali*, Roma, 2012.

P. DONATI, *Famiglie e bisogni sociali: la frontiera delle buone prassi*, Milano, 2007.

EUROPEAN COMMISSION, SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, *Report Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, 2014.

C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TODILI, *Il welfare sociale in Italia, Realtà e prospettive*, Roma, 2014.

R. LODIGIANI (a cura di), *Milano 2012. Le generazioni che verranno sono già qui*, Ambrosianum Fondazione culturale, Milano, 2012.

F. MAINO, *Il secondo welfare tra risorse scarse, nuovi protagonisti e innovazione sociale*, in *Politiche Sociali e Servizi*, 2013.

F. MAINO, *L'innovazione sociale nell'Unione Europea: uno stimolo per il rinnovamento del welfare*, in *Quaderni di Economia Sociale*, 1, 2014.

F. PESARESI, *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2007, 15, 2007.

ID., *Residenze assistenziali e sanitarie per anziani*, in *Prisma*, 17, 2000.

ID., *Integrazione e continuità delle cure in Europa*, in FALCITELLI, N. TRABUCCHI, 2001.

D.L. VETRANO (a cura di), *L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche*, Indagine 2018 di Italia Longeva (Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva, 2018).

WORLD HEALTH ORGANISATION, *Assistenza domiciliare a lungo termine* in *Quaderni di sanità pubblica*, 123, 2000.