



## Sintesi

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in costante aumento che, anche se ampiamente anticipato dalle proiezioni demografiche, sembra stia cogliendo impreparato il sistema di Long Term Care (LTC) italiano, che subisce la pressione crescente della domanda di assistenza e mostra ormai l'inadeguatezza di un welfare che ancora assegna molti (troppi) compiti di cura alle famiglie.

Anche nelle aree più giovani della nostra regione (Brescia, Bergamo, Lodi, Monza-Brianza), gli ultrasessantacinquenni sono più di un quinto dei residenti e gli ultra-ottantacinquenni hanno superato la soglia del 3% in tutte le province ad eccezione di Bergamo e di Lodi. Il rallentamento dei flussi migratori in ingresso e il calo della vitalità demografica degli stranieri inducono inoltre a ridimensionare l'effetto della "compensazione anagrafica" di origine migratoria. Secondo le proiezioni demografiche dell'ISTAT, considerando uno scenario intermedio, gli ultra-ottantacinquenni (individuati dalla letteratura gerontologica come la fascia in cui si riscontrano con frequenza apprezzabile – e spesso sovrapposte – le condizioni della vulnerabilità della vita anziana) già nel 2030 raggiungeranno il 4,6%, nel 2040 il 5,5%, per poi superare rapidamente il 6 e il 7% negli anni Quaranta e l'8 e il 9% negli anni Cinquanta. Si prevede che tra il 2018 e il 2040 gli ultrasessantacinquenni residenti in Lombardia crescano da circa 2 milioni e 250mila unità a 3 milioni e 300mila (+ 46%) e gli ultra-ottantacinquenni da 336mila a 580mila (+73%).

Pur considerando i notevoli progressi della qualità della vita in età avanzata, la senilizzazione della popolazione è responsabile di un peggioramento delle condizioni di salute generali e di un conseguente aumento della domanda di assistenza.

Ciononostante, ancora oggi nel sistema di Long Term Care (LTC) italiano i servizi pubblici in natura hanno un ruolo marginale ed esso è sostenuto dai familiari degli individui non autosufficienti, sia in quella di acquirenti dei servizi disponibili sul mercato privato sia in quella di caregiver informali. La riduzione già in atto dei potenziali caregiver a fronte di una crescita della popolazione non autosufficiente impone tuttavia di riconsiderare il modello italiano di presa in carico delle fragilità sia sul piano dell'equità sociale sia su quello della sostenibilità nel lungo e nel medio periodo.

Ad oggi, le risorse messe a disposizione dal settore pubblico vengono destinate in misura predominante ai trasferimenti *cash*, che assumono in gran parte la forma di *indennità di accompagnamento*, una misura assistenziale che pare sempre meno adeguata ad incontrare la necessità di fornire una presa in carico multidimensionale e quella di sostenere gli anziani nella scelta dei servizi più adatti alle loro esigenze. In molti casi essa viene utilizzata per l'assunzione di assistenti familiari, le quali in Lombardia risultano essere

però poco diffuse, nonostante gli sforzi compiuti dalla Regione per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura attraverso l'istituzione dei registri e degli sportelli. Secondo le nostre stime su dati ISTAT, nel 2016 la percentuale di famiglie lombarde con almeno un componente ultrasessantacinquenne che si sono avvalse dell'aiuto di un'assistente familiare era pari al 4,7%, uno dei valori più bassi in Italia.

Nella nostra regione si rileva inoltre, rispetto alle realtà comparabili del Centro-Nord, un sostanziale sottosviluppo dei servizi pubblici di sostegno alla domiciliarità. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) mostra in Lombardia i limiti che lo contraddistinguono anche nel resto dell'Italia e che ne ostacolano lo sviluppo (compartecipazioni dell'utenza elevate; basso numero di ore per caso trattato; "concorrenza" delle badanti, che garantiscono una presa in carico continuativa anche se, sovente, meno qualificata).

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che eroga prestazioni socio-sanitarie garantendo anche la continuità assistenziale in seguito alle dimissioni ospedaliere, mostra una copertura inferiore rispetto a tutte le altre regioni di riferimento e tra il 2016 e il 2017 la percentuale di ultrasessantacinquenni lombardi che hanno avuto accesso al servizio è scesa dal 2,9% all'1,8%. D'altra parte, la "RSA aperta", che prevede l'erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali all'interno dei presidi residenziali e al domicilio degli assistiti, vive una fase di espansione e si è rivelata uno strumento efficace in grado di mettere a frutto le competenze sviluppate dalle RSA lombarde. Basti pensare che nell'intero anno 2015 i beneficiari sono stati 9.017, mentre soltanto nel primo semestre del 2017 sono arrivati a 9.842: una crescita che riflette la capacità di questa misura di intercettare la domanda di servizi socio-assistenziali che l'ADI tradizionale ormai non riesce a coprire.

Il modello lombardo di assistenza agli anziani non autosufficienti ruota intorno al ruolo predominante delle RSA, uno dei fiori all'occhiello del SSR, articolate in una rete di 675 strutture convenzionate (la più vasta d'Italia) che fornisce impiego a circa 16.400 addetti e garantisce 26,6 posti residenziali ogni 1.000 anziani che consentono alla regione di superare ampiamente la soglia minima di 9,8 fissata dai LEA. Nonostante l'offerta sia più sviluppata rispetto a molte altre aree dell'Italia, la pressione della domanda è forte ed è riflessa nelle lunghe liste di attesa, che nel 2017 contenevano circa 69.000 richieste in attesa di approvazione, ovvero più dei 59.000 posti letto contrattualizzati. La Regione ha previsto per l'anno 2019 delle risorse aggiuntive a carico del FSR (10.500.000) che incrementeranno il numero di posti letto destinati ai malati di Alzheimer e ai pazienti in stato vegetativo, i quali verranno però attivati per conversione di posti ordinari, senza contribuire quindi allo "smaltimento" delle liste di attesa. L'istituzione di questo fondo aggiuntivo, peraltro, è stata finanziata abolendo il sostegno di 1.000 euro per il pagamento della quota alberghiera degli ospiti in condizioni sanitarie più gravi (SOSIA 1 e 2), proprio in un periodo in cui il caro delle tariffe colpisce pesantemente le famiglie a causa del mancato adeguamento della parte sanitaria corrisposta dalla SSR. Temi come il calmieramento delle tariffe (da perseguire con un incremento della parte sanitaria, e non con un abbassamento

degli standard dei servizi), la loro omogeneizzazione territoriale e il sostegno economico ai nuclei meno abbienti paiono non adeguatamente governati.

Nelle strutture residenziali lombarde più del 95% degli utenti ricevono cure intensive e trattamenti sanitari specializzati, mentre in Italia la stessa percentuale è del 75%, rivelando una tendenza alla “sanitarizzazione” dell’offerta che, se da un lato mostra la presenza di un prezioso *know-how* per la presa in carico dei casi più complessi, dall’altro rischia di rendere le RSA della Lombardia, anche nell’immaginario collettivo, una soluzione di ultima istanza finalizzata all’accompagnamento degli individui nel loro fine vita.

Forse anche perché “dominato” dalla RSA, il sistema residenziale lombardo risulta rigido e poco aperto all’innovazione sociale. Si rileva una sostanziale debolezza delle soluzioni per la “deinstitutionalization” e per la presa in carico di soggetti ad autonomia limitata. Comunità per anziani, alloggi protetti e centri diurni hanno una scarsa diffusione sul territorio regionale e i dati ISTAT rilevano per il periodo 2009-2015 un calo significativo del tasso di anziani autosufficienti ospiti dei presidi residenziali. Eppure, la crescita delle adesioni alla misura della residenzialità assistita (da 908 beneficiari nel 2016 a 763 soltanto nel primo semestre del 2017), mette in luce le potenzialità di sviluppo di un welfare più articolato, non appiattito sull’intervento riparatore, in grado di farsi carico della prevenzione e di migliorare la qualità della vita degli anziani le cui fragilità non richiedono necessariamente un’assistenza intensiva.

### **Le dinamiche socio-demografiche. Quali sfide per la non autosufficienza?**

La Convenzione O.N.U. sul diritto alle Persone con disabilità, ultimata nel 2007 e divenuta Legge dello Stato italiano nel 2009, promuove e allo stesso tempo riflette un cambiamento della concezione delle prerogative e delle legittime ambizioni delle persone non autosufficienti. Il trattato sottoscritto dai paesi membri sancisce i diritti che afferiscono alla sfera della salute (cure e riabilitazione), dell’uguaglianza di opportunità (istruzione, lavoro, giustizia ...) ed anche a quella dell’inclusione, della partecipazione e della vita indipendente. Per molto tempo l’assistenza ai disabili non era congeniata per rispondere a queste esigenze. Questi erano trattati invece come una categoria indistinta e a tale impostazione si rifacevano le forme di assistenza residenziale, che costituivano “i contenitori per ogni disagio” (Giunco, 2016), non adatti a fornire una presa in carico differenziata e multidimensionale, necessaria per perseguire i diritti sanciti dalla Carta dell’O.N.U. L’aumento della domanda di assistenza discende quindi, in primo luogo, dal cambiamento delle prerogative riconosciute ai disabili, che impongono un maggiore sforzo collettivo affinché un’assistenza qualificata, inclusiva e umana si affermi come un diritto universale. Una sfida impegnativa, dal momento che nei paesi avanzati si assiste ad una progressiva diffusione delle fragilità originata dal processo di senilizzazione.

L'invecchiamento della popolazione lombarda, infatti, è un fenomeno in costante aumento, che si presenta in modo analogo nelle altre regioni italiane e, a un livello più generale, in tutto il pianeta. L'Italia è il secondo paese dopo il Giappone per incidenza degli ultrasessantacinquenni, i quali in molte aree costituiscono ormai un quarto della popolazione residente. Il processo ha avuto luogo in modo lineare e in tempi brevi, se consideriamo che soltanto nei primi anni Ottanta appena un residente su otto aveva compiuto i sessantacinque anni, e investe molti aspetti della società italiana, generando anche preoccupazioni per l'emergere di squilibri intergenerazionali che hanno implicazioni rilevanti per il mercato del lavoro, la produttività, la tenuta dei conti pubblici e – aspetto più importante per le tematiche affrontate in questo rapporto – la pressione sul sistema sanitario e socio-assistenziale.

Anche nelle aree più giovani della nostra regione (Brescia, Bergamo, Lodi, Monza-Brianza), gli ultrasessantacinquenni sono più di un quinto dei residenti e gli ultra-ottantacinquenni hanno superato la soglia del 3% in tutte le province ad eccezione di Bergamo e di Lodi.

La percentuale di ultrasessantacinquenni<sup>1</sup> sulla popolazione residente in Lombardia era del 22,4% al primo gennaio del 2018 e, considerando soltanto la popolazione di cittadinanza italiana, del 24,8%. L'apporto della componente straniera alla struttura demografica lombarda (11,5% il suo peso nel 2018) oltre a mantenere positivo il tasso di crescita della popolazione (+4,1% negli ultimi dieci anni) ha infatti contribuito a limitarne l'invecchiamento (direttamente, grazie al profilo anagrafico degli immigrati, e indirettamente, grazie ai loro maggiori livelli di fecondità). La distribuzione per età della popolazione italiana residente in Lombardia presenta la tipica struttura “a rombo” delle società in declino, mentre la piramide della popolazione straniera ha una forma irregolare che evidenzia, da un lato, una base corposa (corrispondente alle coorti dei giovanissimi), un “rigonfiamento” in corrispondenza delle fasce di età adulta (25-54) e un marcato assottigliamento nelle coorti più anziane. Questa composizione segnala una prevalenza di soggetti in età da lavoro ed anche più elevati tassi di natalità.

L'effetto di “compensazione anagrafica” ha agito in modo più sensibile nell'area di Milano, nella provincia di Brescia e in quelle meridionali (Pavia, Mantova e Cremona) dove, nonostante la percentuale di stranieri tra i residenti abbia superato l'11%, gli ultrasessantacinquenni sono ormai vicini a rappresentare un quarto della popolazione (Tabella 1). La vitalità demografica degli stranieri residenti in Lombardia appare tuttavia destinata ad attenuarsi. Da un lato il loro saldo migratorio, pur mantenendosi su valori positivi (5,2 per 1.000 abitanti nel 2017), è ancora molto basso rispetto a quello della fine

---

<sup>1</sup> Una soglia anagrafica che individua approssimativamente la fascia degli individui che hanno superato l'età da lavoro, la cui incidenza rappresenta oggi il più diffuso indicatore del livello di invecchiamento delle popolazioni, soprattutto in ottica comparativa internazionale.

dello scorso decennio (9,0 nel 2007, anno del picco storico); nello stesso periodo inoltre si è osservata una riduzione dei livelli di fecondità delle donne straniere, il cui il numero medio di figli è passato da 3,04 a 2,13, avvicinandosi al tasso di sostituzione naturale. Inoltre, la stessa popolazione straniera, al pari di quella italiana, è diventata più anziana, come mostra l'andamento del suo indice di vecchiaia, cresciuto da 7,8 a 17,5 negli ultimi dieci anni.

**Tabella 1 Principali indicatori demografici. Lombardia e province. Anno 2018.**

	Comuni	Popolazione residente		Incidenza sul totale della popolazione del 2018			
		2018	Var. % 08-18	Under 15	Over 65	Over 85	Stranieri
Bergamo	242	1.111.035	+4,9%	14,7%	20,7%	2,8%	10,8%
Brescia	205	1.262.402	+4,2%	14,5%	21,3%	3,1%	12,4%
Como	151	599.301	+3,7%	13,7%	22,6%	3,4%	8,0%
Cremona	115	358.512	+0,7%	12,9%	24,0%	3,8%	11,5%
Lecco	88	339.384	+2,4%	13,7%	23,2%	3,4%	8,0%
Lodi	61	229.765	+4,6%	14,1%	21,3%	3,0%	11,8%
Mantova	68	411.762	+2,0%	13,4%	23,5%	3,9%	12,5%
Milano	134	3.234.658	+4,9%	13,7%	22,5%	3,4%	14,2%
Monza-Brianza	55	871.698	+5,9%	14,1%	22,0%	3,1%	8,7%
Pavia	188	545.810	+2,8%	12,4%	24,2%	4,0%	11,4%
Sondrio	77	181.403	+0,0%	13,1%	23,2%	3,6%	5,3%
Varese	139	890.528	+3,2%	13,6%	23,4%	3,5%	8,5%
Lombardia	1.523	10.036.258	+4,1%	13,8%	22,4%	3,3%	11,5%

**Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT**

A causa del percorso di fisiologico decadimento fisico e cognitivo degli individui, la senilizzazione della popolazione residente è responsabile di un peggioramento delle condizioni di salute generali. Questa tendenza è in parte attenuata dal miglioramento della qualità della vita dei “giovani anziani” che, grazie alla crescita del loro livello di istruzione e delle loro disponibilità economiche, riescono a preservare uno stato di buona salute per un periodo di tempo che sarebbe parso inimmaginabile, fino a poco tempo fa. Infatti, oltre ad essersi estesa la speranza di vita in tarda età, è aumentato anche il numero di anni di vita attesa in buona salute e senza disabilità. Dal 2012 l'ISTAT misura la prevalenza della disabilità nella popolazione adottando un nuovo approccio proposto dall'OMS, secondo il quale questa condizione non va ricondotta ad una malattia o ad una menomazione, ma va intesa piuttosto come l'effetto di un'interazione negativa tra condizioni di salute e altri fattori personali e ambientali che ha delle ricadute sulle attività che una persona è in grado di svolgere e sul suo grado di inclusione sociale. Pertanto, secondo questa concezione, la disabilità coincide con una compromissione della sfera funzionale e una persona viene quindi considerata “funzionalmente limitata” se presenta almeno una delle seguenti condizioni rilevate attraverso una batteria di indicatori:

- ✓ Confinamento: costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici;
- ✓ Difficoltà nel movimento: problemi nel camminare, nel salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, nel chinarsi per raccogliere oggetti da terra;
- ✓ Difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana: riduzione dell'autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo;
- ✓ Difficoltà della comunicazione: limitazioni nel sentire, nel vedere, nel parlare.

Più specificamente, si definisce “persona con limitazioni funzionali” quella che, escludendo le limitazioni temporanee, dichiara un livello di difficoltà pari o immediatamente inferiore al massimo grado in almeno una delle quattro aree sopra elencate, pur tenendo conto dell'eventuale aiuto di ausili e apparecchi sanitari (ISTAT, 2015).

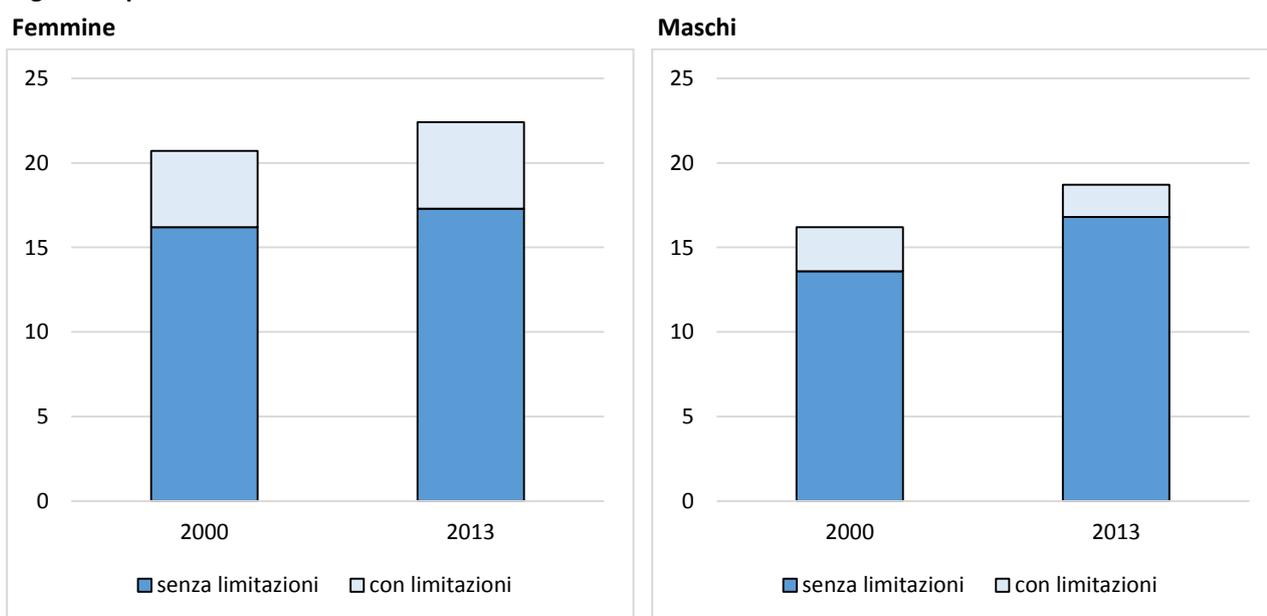
Nella

Figura 1 osserviamo che dal 2000 al 2013 si è prodotto un aumento della speranza di vita delle donne ultrasessantacinquenni lombarde pari a 1,7 anni, che ha quindi raggiunto i 22,4, mentre per gli uomini l'incremento è stato di 2,5 anni, portando la loro speranza di vita a 18,7. Nello stesso lasso di tempo è aumentata anche la speranza di vita senza limitazioni funzionali, di 1,1 anni per le donne e di 3,3 per gli uomini. In media, sia le donne sia gli uomini di sessantacinque anni possono aspettarsi di vivere senza alcuna limitazione funzionale fino alla soglia degli 82 anni. Per le prime è aumentato anche il numero di anni di vita attesa con limitazioni funzionali, da 4,5 a 6,1, per gli altri si è ridotto da 2,6 a 1,9. È noto, infatti, come la maggiore speranza di vita femminile si accompagni, in media, a condizioni di salute in tarda età peggiori rispetto a quelle dei coetanei maschi. Le politiche degli stati avanzati da diverso tempo mirano ad accrescere la speranza di vita in condizioni autonome e di buona salute (e non soltanto la speranza di vita *tout court*), consentendo di

perseguire il duplice obiettivo di migliorare il livello di benessere della popolazione e di contrastare l'impatto della domanda di assistenza sulle risorse della collettività.

Il miglioramento della qualità della vita in tarda età trova conferma nelle rilevazioni periodiche dell'ISTAT sullo stato di salute percepito dalla popolazione. Nel 2000 gli ultrasessantacinquenni lombardi che dichiaravano di essere in uno stato di cattiva salute erano il 16,6%, nel 2005 erano scesi al 15,1% e nel 2013 al 14,3%<sup>2</sup>.

**Figura 1. Speranza di vita a 65 anni. Lombardia. Anni 2000 e 2013.**



**Nota:** La speranza di vita a 65 anni esprime il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età di 65 anni.

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Questi progressi, che abbiamo definito e quantificato nei termini di una riduzione della morbidità nella popolazione anziana e di uno slittamento in avanti delle condizioni di fragilità, tuttavia non sono sufficienti per contrastare l'aumento dell'incidenza della disabilità e della perdita di funzionalità nella popolazione. Dal 2000 al 2013, per effetto

<sup>2</sup>Il tasso di persone in cattiva salute è il frutto di una stima campionaria basata sulla somministrazione della domanda "Come va in generale la salute?" che prevede cinque modalità di risposta: "molto male", "male", "discretamente", "bene" e "molto bene". Sono considerati in cattiva salute gli individui che rispondono "molto male" o "male".

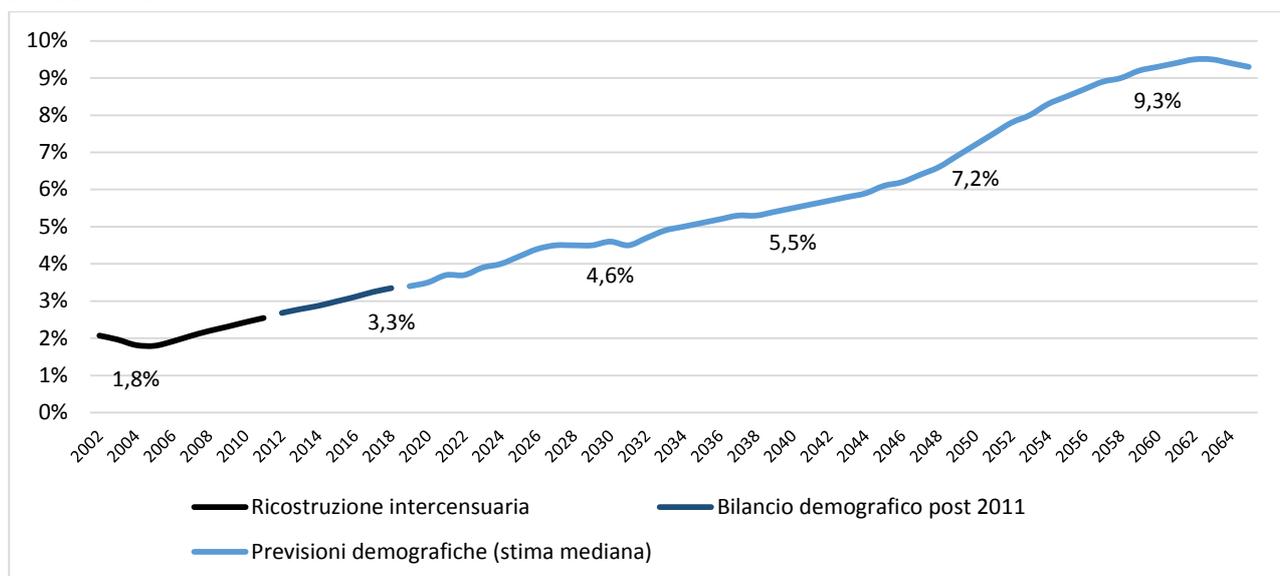
dell'invecchiamento, il tasso regionale di persone con limitazioni funzionali è aumentato dal 4,0% al 4,5%, mostrando che la riduzione del rischio individuale di disabilità non è in grado di compensare gli effetti dall'avvicinarsi di una massa critica della popolazione alle soglie della quarta età, con una prospettiva di sopravvivenza che aumenta più rapidamente rispetto a quanto migliorino le condizioni di salute dell'anziano medio (Micheli 2007, Caselli e Egidi 2011).

Se prendiamo in considerazione la fascia degli ultra-ottantacinquenni, individuata in letteratura (Robine *et al.*, 2007) come quella in cui si riscontrano con frequenza apprezzabile – e spesso sovrapposte – le condizioni della vulnerabilità della vita anziana, la loro incidenza sulla popolazione è destinata ad aumentare in modo dirompente sia per i progressi nella speranza di vita sia per gli effetti “di coorte” (il boom delle nascite degli anni Cinquanta e Sessanta seguito da una lunga fase di denatalità). Questo segmento era pari all'1,8% della popolazione lombarda a metà degli anni 2000, mentre al primo gennaio 2018 aveva già raggiunto il 3,3% (Tabella 1). Secondo le proiezioni demografiche dell'ISTAT, considerando uno scenario intermedio<sup>3</sup>, già nel 2030 raggiungeranno il 4,6%, nel 2040 il 5,5%, per poi superare rapidamente il 6 e il 7% negli anni Quaranta e l'8 e il 9% negli anni Cinquanta (Figura 2). Si prevede che tra il 2018 e il 2040 gli ultrasessantacinquenni residenti in Lombardia crescano da circa 2 milioni e 250mila unità a 3 milioni e 300mila (+46%) e gli ultra-ottantacinquenni da 336mila a 580mila (+73%).

---

<sup>3</sup>Il metodo adottato dall'ISTAT (2018c) per realizzare le proiezioni demografiche si avvale di un modello di simulazione casuale degli scenari demografici che si serve di parametri stimati sulla base di informazioni fornite da esperti. Per diversi indicatori (tra i quali l'incidenza della popolazione ultra-ottantacinquenne) sono stati simulati 3.000 valori. Il valore intermedio (“mediano”) di questa distribuzione viene ricavato analiticamente e può essere assimilato a quello che separa la metà delle simulazioni con i valori più bassi dalla metà delle simulazioni con i valori più alti.

**Figura 2. Storia recente e proiezioni future della percentuale di “grandi anziani” ultra-ottantacinquenni. Periodo 2002-2065. Lombardia.**



Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Alla pressione demografica sul sistema socio-assistenziale e socio-sanitario si somma quella imposta dai vincoli di bilancio che gravano sul nostro paese, la cui spesa sociale pubblica, pur essendo in linea con la media UE, viene assorbita in larga parte dai trasferimenti pensionistici<sup>4</sup>, lasciando scarsi margini di manovra per un potenziamento della spesa sanitaria e per l’assistenza continuativa (Ferrera e Maino, 2011). Una situazione aggravata dalla stagnazione della produzione e, di conseguenza, della base imponibile, anch’essa da mettere in relazione con i cambiamenti demografici in atto, responsabili di una riduzione delle fasce in età da lavoro.

Mentre nella maggior parte dei paesi europei la spesa sanitaria pubblica ha vissuto una crescita imponente tra il 2000 e il 2015, in Italia ha mostrato una dinamica debole: in questo periodo il gap tra l’Italia e l’UE-14 in termini di spesa sanitaria pubblica pro capite misurato a parità di potere d’acquisto è passato dal 9,6% al 29,3% (fonte: Crea Sanità). Le comparazioni internazionali inoltre convergono nell’indicare che l’Italia presenta anche una spesa sanitaria privata inferiore rispetto a quella dei paesi dell’Europa centrale e settentrionale<sup>5</sup>, contrariamente rispetto a quanto suggerisce l’argomento della residualità,

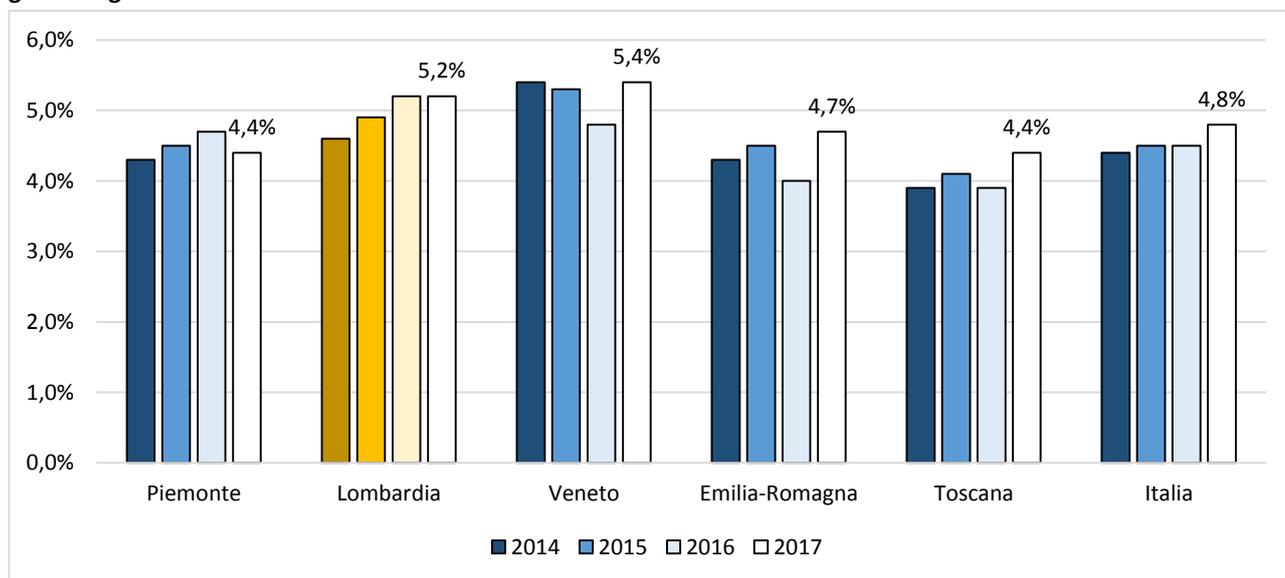
<sup>4</sup>Sia dai confronti con i Paesi UE sia da quelli con i paesi OCSE, l’Italia emerge come il paese secondo soltanto alla Grecia per incidenza della spesa pensionistica lorda sul PIL, che oscilla tra il 16% e il 17% a seconda dell’aggregato considerato, mentre nei paesi comparabili questa risulta sostanzialmente inferiore (in Francia il 15%, in Spagna il 12,6%, in Germania l’11,8%, nel Regno Unito l’11,4%). L’Osservatorio dei Conti Pubblici Italiani ha mostrato che la posizione relativa del nostro paese resta invariata anche ridefinendo gli aggregati oggetto di confronto: escludendo il TFR, sottraendo la tassazione, sottraendo la parte non previdenziale.

<sup>5</sup> Le quali, va precisato, si fondano su definizioni precarie di “spesa pubblica” e “spesa privata”, le cui linee di demarcazione talvolta fanno riferimento alla natura istituzionale (pubblica o privata) dei soggetti che raccolgono le risorse, talvolta sulla volontarietà/obbligatorietà del contributo dei cittadini. In questa seconda accezione, sarebbero assimilabili alla spesa pubblica sia quella finanziata con l’imposizione fiscale sia quella finanziata con regimi assicurativi

secondo cui i cittadini effettuerebbero spesa sanitaria volontaria al fine di compensare le carenze di quella pubblica (Cergas Bocconi, 2018).

Tuttavia, la componente privata della spesa per le cure sanitarie mostra una tendenza crescente, in proporzione alla spesa per i consumi delle famiglie. Secondo l'ISTAT, nel 2017 la spesa sanitaria della Lombardia ammontava al 5,2% di quella sostenuta dalle famiglie residenti sul territorio regionale, in ripresa rispetto alla fase di recessione: un'incidenza più alta rispetto a quella osservata per la media italiana (4,8%), in Piemonte, in Emilia-Romagna e in Toscana. Tra il 2014 e il 2017, infatti, la spesa media sostenuta dalle famiglie per i servizi sanitari è passata da 136 a 159 euro mensili in valori nominali (è di 123 euro la media nazionale).

**Figura 3. Incidenza della spesa sanitaria sui consumi delle famiglie residenti. Periodo 2014-2017. Italia, Lombardia e grandi regioni del Centro-Nord.**



Fonte: Elaborazione IRES Morosini su dati ISTAT

### **Chi si prenderà cura degli anziani? Il welfare familistico nel nuovo scenario demografico**

Il sistema di Long Term Care (LTC) italiano è ancora oggi sostenuto dai familiari degli individui non autosufficienti, sia nella veste di acquirenti dei servizi disponibili sul mercato privato sia in quella di caregiver informali. I servizi pubblici in natura hanno un ruolo marginale e la loro diffusione sul territorio sembra riflettere le disponibilità economiche, le capacità organizzative e la vocazione "sociale" delle amministrazioni e delle comunità locali anziché l'effettiva domanda di assistenza espressa dalla popolazione (ISTAT, 2018a).

---

privati obbligatori. Ulteriori problemi di definizione sorgono quando si considerano aspetti come il *cost sharing* tra cittadini e servizio pubblico (che in Italia assume la forma dei ticket) e le detrazioni fiscali per le spese sanitarie.

Le risorse messe a disposizione dal settore pubblico vengono destinate in misura predominante ai trasferimenti *cash*. Lo Stato infatti, non avendo sviluppato un'offerta diffusa di assistenza pubblica, sostiene il lavoro di cura delle famiglie attraverso l'erogazione delle indennità di accompagnamento, che nel 2016 costituivano il 44,8% della spesa in LTC complessiva e, considerando soltanto la parte destinata agli anziani, il 54,9% (fonte: Ragioneria Generale dello Stato).

I dati più recenti disponibili mostrano che nel 2016 gli ultrasessantacinquenni che hanno beneficiato di questo trasferimento sono stati il 9,6% in Lombardia: un tasso inferiore rispetto a quello italiano di 11,5 assegni ogni 100 anziani.

**Tabella 2. Percentuale di ultrasessantacinquenni residenti con diverse tipologie di trattamenti. Italia, grandi regioni del Centro-Nord, province lombarde. Anno 2016.**

	Vecchiaia, anzianità, pre pensionamento	Superstite	Invalidità	Indennità di accompagnamento
Bergamo	81,0%	27,1%	2,2%	9,6%
Brescia	75,1%	26,9%	2,8%	9,5%
Como	82,7%	26,7%	3,3%	9,3%
Cremona	81,0%	29,4%	2,0%	10,8%
Lecco	85,9%	26,6%	2,3%	9,0%
Lodi	79,3%	29,0%	2,7%	10,6%
Mantova	82,8%	28,9%	2,1%	10,8%
Milano	81,1%	26,2%	2,4%	8,8%
Monza-Brianza	82,5%	26,2%	2,8%	8,5%
Pavia	81,6%	31,2%	4,8%	14,0%
Sondrio	81,3%	29,7%	4,1%	14,0%
Varese	83,7%	26,9%	2,4%	8,7%
<b>Lombardia</b>	<b>81,0%</b>	<b>27,1%</b>	<b>2,6%</b>	<b>9,6%</b>
Piemonte	81,0%	27,8%	3,6%	8,6%
Veneto	76,5%	26,7%	3,0%	9,9%
Emilia-Romagna	82,8%	27,9%	4,8%	9,1%
Toscana	74,9%	26,8%	4,8%	9,7%
Italia	71,9%	26,8%	5,8%	11,5%

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e INPS

L'istituto dell'Indennità di accompagnamento, nonostante l'intensificarsi dei controlli da parte dell'INPS sull'effettiva condizione di salute dei candidati, sembra svolga ancora una funzione impropria di sostegno al reddito, essendo la sua diffusione "a macchia di leopardo" non giustificabile dalla prevalenza della disabilità sul territorio italiano: si pensi che nella totalità delle regioni del Nord i percettori ultrasessantacinquenni di IDA variano dal 5,9% del Trentino-Alto Adige fino al 9,9% del Veneto, mentre in numerose regioni del Centro e del Mezzogiorno questa sfiora o supera il 15% (Umbria, Campania, Calabria, Sardegna). Anche in Lombardia si osservano differenze di rilievo nel tasso di percettori ultrasessantacinquenni, che sembrano in parte attribuibili al più alto grado di senilizzazione della popolazione anziana che caratterizza alcune aree. Tuttavia, l'entità della diffusione

nelle province di Pavia e Sondrio (14%) appare difficilmente giustificabile sulla base di considerazioni di tipo sanitario e chiama in causa la presenza di possibili disparità nelle modalità di applicazione dei criteri di assegnazione. Come evidenziato dall'ex Commissario Cottarelli, "la loro distribuzione territoriale squilibrata suggerisce [la presenza di] abusi", favoriti evidentemente dall'aver demandato gli accertamenti sanitari alle Regioni, e quindi alle ASL, le cui commissioni, in assenza di protocolli valutativi rigidi, operano con ampia libertà discrezionale (Micheli, 2007). I controlli dell'INPS hanno avuto finora soltanto carattere straordinario e, nonostante abbiano dimostrato che nella platea dei beneficiari si nascondono numerosi falsi invalidi<sup>6</sup>, ancora non sono divenuti strutturali.

La centralità di questo strumento nella missione pubblica dell'assistenza agli anziani e ai disabili impegna ingenti risorse che potrebbero essere destinate a interventi di tipo professionale che in Italia appaiono particolarmente sacrificati e in diverse regioni attendono ancora una reale implementazione. Si consideri che essa assorbe più di metà della spesa pubblica per l'assistenza, con un peso dello 0,8% sul PIL italiano che intorno al 2040, secondo le stime del Ministero dell'Economia e delle Finanze, potrebbe superare l'1%. L'importo non modulato in base ai bisogni dell'assistito e la mancanza di integrazione con altre misure di sostegno che favoriscano una presa in carico multidimensionale, inoltre, fanno dell'indennità di accompagnamento uno strumento poco flessibile che necessiterebbe di riforme profonde, o anche di essere sostituito con servizi in natura, che consentirebbero di individuare con maggiore efficacia le situazioni di bisogno. Ad oggi, in ogni caso, l'importo di questo assegno è insufficiente per remunerare i *caregiver* del tempo e delle spese necessarie ad assistere il disabile o per coprire la retta di una struttura residenziale, essendo pari ad appena 516 euro per gli individui in condizioni di invalidità civile totale o che non sono in grado di deambulare e a 915 euro per i ciechi assoluti.

La letteratura sul tema suggerisce che essa venga destinata in molti casi all'assunzione di assistenti familiari, alimentando un mercato di cure informali poco qualificato e con elevato rischio di irregolarità nei rapporti di lavoro (NNA, 2009). Un fenomeno che necessita di essere controllato ed anche governato per la tutela delle famiglie, dei lavoratori (in larga misura donne straniere assunte in nero) e degli anziani. Il governo nazionale e quello regionale sembrano invece aver semplicemente preso atto della situazione, assumendo come un dato di fatto la centralità delle badanti nel nuovo sistema di cura della popolazione anziana. A questa impostazione delle politiche pubbliche vanno ricondotte le diverse sanatorie che si sono susseguite negli anni per la loro regolarizzazione e le iniziative delle amministrazioni regionali per favorire l'emersione del lavoro nero e la qualificazione delle lavoratrici e dei lavoratori del settore. In particolare, la circolare

---

<sup>6</sup> Il Sole 24 Ore. *Il buco nero delle invalidità Inps: costi per 16,6 miliardi. In 10 anni beneficiari raddoppiati*. 23 Marzo 2014.

ministeriale n. 10 del 07/08/2009 e la circolare Inps n. 101 del 10/08/2009, in applicazione dell'art. 1-ter del D.L. 78/2009, hanno incentivato una regolarizzazione massiccia dei lavoratori domestici (colf e badanti), anche extracomunitari irregolari. Per comprendere gli effetti di queste disposizioni basti osservare che dal 2008 al 2009 il numero di badanti regolarmente assunte in Lombardia è passato da 16.215 a 44.807 (+176%), per poi crescere in maniera contenuta di anno in anno fino ad arrivare a 59.305 nel 2017.

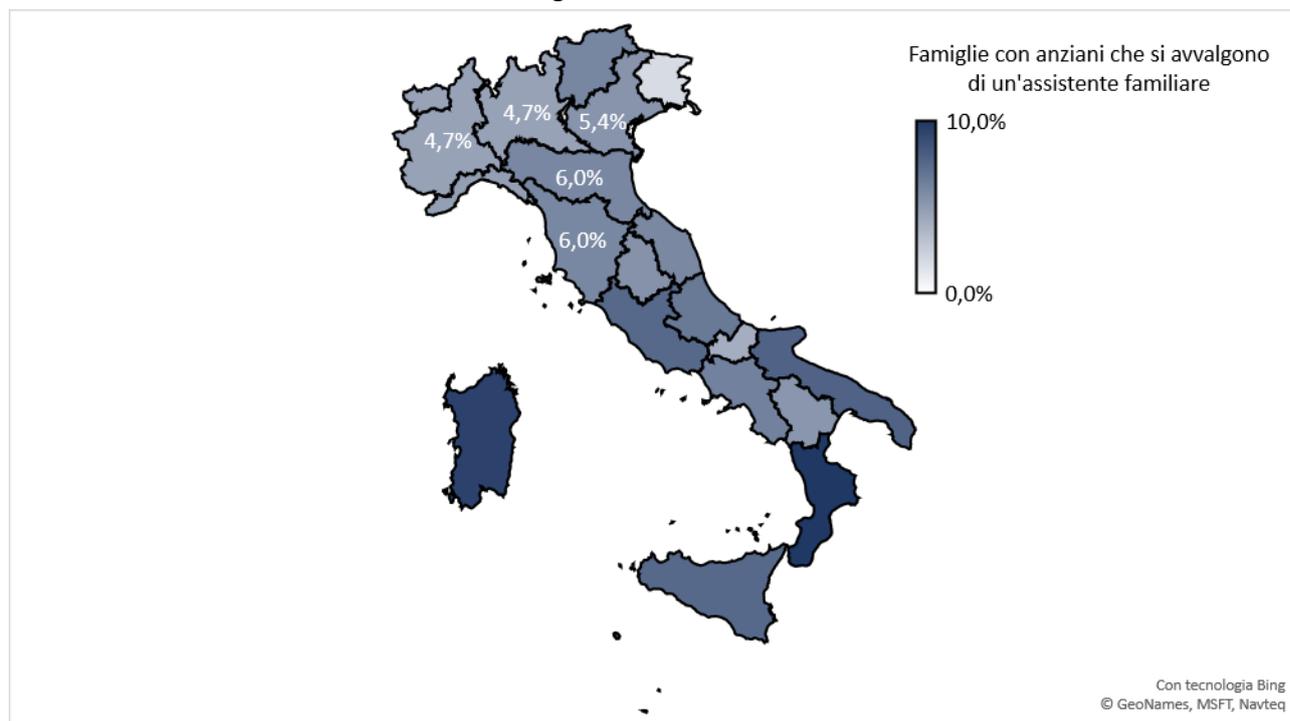
La Regione ha istituito al livello degli ambiti territoriali gli sportelli e i registri delle assistenti familiari finalizzati a favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura (DGR 5648/2016 "Linee guida per l'istituzione dei registri territoriali e degli sportelli per assistenti familiari") e da oltre un decennio promuove percorsi finalizzati alla formazione di personale qualificato (LR n. 19/2007 "Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione", LR n. 15/2015 "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari") e buoni sociali in favore della retribuzione di assistenti familiari con contratti regolari. Inoltre, le risorse integrative della Regione al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, normate con DGR n. 7549/2017, sono finalizzate a contribuire agli oneri per l'assunzione dell'assistente familiare con un importo variabile tra i 400 e gli 800 euro sulla base dell'ISEE familiare. Per l'anno in corso la Regione ha destinato alle ATS, nell'ambito delle azioni di integrazione delle politiche socio-sanitarie con le politiche sociali, ulteriori risorse specifiche per la messa in rete degli sportelli territoriali e per l'istituzione di un registro regionale.

Nonostante la presenza di misure regionali che favoriscono la loro assunzione, sulla base di stime campionarie effettuate su dati ISTAT (Indagine sugli aspetti della vita quotidiana), che a differenza dei casellari dell'INPS consentono di tenere conto anche dei rapporti di lavoro non regolari, le assistenti familiari risultano essere poco diffuse in Lombardia. Nel 2016 la percentuale di famiglie con almeno un componente ultrasessantacinquenne che si sono avvalse dell'aiuto di un'assistente familiare era pari al 4,7%<sup>7</sup> (Figura 4): un dato molto vicino a quello del Piemonte e maggiore soltanto rispetto a quelli del Friuli-Venezia Giulia (1,8%), della Valle d'Aosta (4,6%) e del Molise (4,1%). La presenza delle assistenti familiari è più consistente nelle regioni del Sud – in particolare Calabria (10,0%), Sardegna (9,5%), Puglia (7,9%) e Sicilia (7,6%) – e nel Lazio (7,5%). Essa pare riflettere, in prima battuta, il basso livello di offerta di servizi residenziali che caratterizza le aree meridionali del Paese, cui le famiglie sopperiscono ricorrendo ai collaboratori domestici e, in secondo luogo, il minor fabbisogno degli anziani del Nord Italia, che godono di uno stato di salute migliore, in media, rispetto a quelli del Mezzogiorno.

---

<sup>7</sup> Stima soggetta ad errore campionario.

**Figura 4. Percentuale di famiglie con almeno un componente ultrasessantacinquenne che si sono avvalse nel corso dell'anno dell'aiuto di un'assistente familiare. Regioni italiane. Anno 2016.**



Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Le recenti evoluzioni demografiche impongono di riconsiderare il modello italiano di presa in carico delle fragilità sia sul piano dell'equità sociale sia su quello della sostenibilità nel lungo e nel medio periodo. Se assumiamo che il numero di familiari in grado di prendersi cura dei non autosufficienti (o, in alternativa, il tempo dedicato al lavoro di cura da parte di ciascuno di loro) resti immutato, nei prossimi anni la quantità di cure informali ricevuta dai grandi anziani diminuirà drasticamente. L'OOSR (*Oldest Old Support Ratio*), che esprime la capacità dei potenziali caregiver, identificati con gli individui tra i 50 e i 74 anni, di prendersi cura dei grandi anziani ultra-ottantacinquenni è in calo da molti anni (Robine *et al.*, 2007). Nel 2008, per ogni grande anziano lombardo erano presenti 13,4 potenziali caregiver, nel 2018 soltanto 8,5. Giungeremmo a considerazioni analoghe anche estendendo in senso anagrafico la fascia dei potenziali caregiver e quella dei potenziali non autosufficienti.

Oltre alla loro consistenza numerica è in calo anche la disponibilità individuale di tempo da dedicare alle cure dei familiari, a causa di uno spostamento dei tempi di vita dal lavoro domestico verso il lavoro per il mercato. Nei primi anni Novanta era occupato circa il 59% della popolazione lombarda in età attiva (15-64enne), mentre secondo i dati più recenti riferiti al secondo trimestre del 2018 questa percentuale è ormai arrivata al 68,4%. A crescere, in particolare, è stata l'occupazione delle donne (dal 46% al 60%, all'incirca), sulle cui spalle ancora oggi ricade la maggior parte del lavoro di cura. Spesso però un'attività

lavorativa non è compatibile con l'assistenza di una persona non autosufficiente o finisce per compromettere la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro, divenendo un vero fardello sulle spalle del caregiver. Le ricerche sul tema (Brodaty *et al.*, 2009) mostrano che i soggetti che si occupano di assistere persone non autosufficienti, specialmente se affette da demenza, sono esposte ad un maggiore rischio di provare sensazioni di oppressione, di contrarre patologie a carico della psiche (ansia, depressione, ...) e del fisico (problemi cardio-vascolari, immunodepressione, bassa risposta alle vaccinazioni, ...), di intraprendere abitudini non salutari (fumo, alcol, veglia prolungata), di sperimentare isolamento relazionale e di avere problemi finanziari.

Sulle possibilità di sostegno familiare incidono anche altri fattori che attengono agli stili di vita e ai comportamenti nuziali e riproduttivi. Un primo aspetto da considerare è il fatto che l'ingresso, a partire dagli anni Settanta, nella fase di denatalità non ha diminuito in modo significativo il numero di donne anziane che hanno almeno un figlio, poiché il calo del tasso di fecondità è dovuto quasi interamente alla riduzione delle donne con più di due figli. Questo è un aspetto positivo dal momento che la quantità di trasferimenti intergenerazionali non dipende in misura determinante dal numero di figli per genitore (Ferrera e Maino, 2011).

Uno dei fattori che incide sulle possibilità di ricevere un sostegno familiare in età avanzata è la presenza del coniuge, che costituisce la principale figura di riferimento in caso di bisogno. Fortunatamente, a causa del progressivo allineamento della speranza di vita tra uomini e donne e dell'evoluzione dei comportamenti nuziali nello scorso secolo, gli anziani che vivono in coppia sono in aumento. Tra gli ultra-ottantacinquenni lombardi del 2018, infatti, è diminuita sia la condizione di vedovanza sia quella di nubilitato/celibato rispetto ai primi anni 2000 (Tabella 3). L'aumento di 0,6 punti percentuali dei divorziati, d'altra parte, ha avuto un impatto marginale sul rischio di solitudine: questa condizione interessa soltanto l'1,1% dei grandi anziani lombardi. Dal 2002 al 2018, la percentuale di individui che vivono in coppia per questa fascia di età (principalmente perché coniugati e soltanto in minima parte perché conviventi) è passata dal 18,1% al 27,0% e sembra destinata ad aumentare: secondo le proiezioni, le donne ultra-settantacinquenni residenti in Italia che hanno un coniuge, dal 23% del 2000, supereranno il 40% nel 2030.

**Tabella 3. Composizione degli ultra-ottantacinquenni per stato civile. Anni 2000 e 2018. Lombardia.**

	Celibi/nubili	Coniugati/e*	Divorziati/e	Vedovi/e	Totale
2002	10,7%	18,1%	0,5%	70,7%	100,0%
2018	8,2%	27,0%	1,1%	63,6%	100,0%

\*Compresi gli individui che vivono in convivenza

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Queste considerazioni suggeriscono cautela nell'interpretare gli effetti delle tendenze demografiche in atto sulla capacità di assistenza degli anziani non autosufficienti. Se, da una parte, il "peso" degli anziani sulle generazioni più giovani è in preoccupante aumento, dall'altra dobbiamo tenere conto della presenza di alcune caratteristiche delle forme familiari che sembrano ancora favorevoli allo sviluppo dei trasferimenti inter-generazionali (tempo, lavoro di cura, risorse economiche, ...) e della riduzione del rischio individuale di invecchiare senza il coniuge.

Negli ultimi anni, tuttavia, assistiamo ad un aumento della percentuale di anziani che vivono soli: incrociando le stime dell'ISTAT con i dati delle anagrafi comunali, risulta che nel 2011 il 23,1% dei residenti in Lombardia con almeno 60 anni vivessero soli e che nel 2017 fossero il 27,5%. Anche per questa fascia di età l'incidenza dei vedovi tende a ridursi (dal 25,7% al 23,8% nei due anni presi come riferimento), suggerendo che la crescita degli individui soli sia dovuta all'indebolimento dell'usanza di ricongiungersi ai figli in seguito alla morte del coniuge o al sopraggiungere di altre situazioni di difficoltà: anche questo è un aspetto con implicazioni ambivalenti, perché evidenzia sia un aumento delle forme di vita indipendente – che va interpretato positivamente – sia quello del rischio di trovarsi senza un supporto nel momento del bisogno.

### **I servizi domiciliari**

L'espressione "aging in place" è da molti anni di uso comune nelle agende di *policy* e nel dibattito accademico. È diffusa l'opinione secondo la quale l'invecchiamento debba avere luogo in tutte le sue fasi all'interno dell'abitazione e della comunità di riferimento dell'anziano, a contatto con i suoi familiari anziché in una struttura di cura. In Italia, il discorso pubblico attribuisce un'elevata importanza alla capacità del welfare di garantire alle persone non autosufficienti la domiciliarità, concependo l'istituzionalizzazione come una soluzione di ultima istanza. Questa idea, affermata dagli intenti espressi in occasione dell'istituzione del Fondo nazionale per le non autosufficienze nel 2006, si accorda con la maggiore propensione degli italiani, nelle comparazioni internazionali, a considerare il lavoro di cura in favore degli anziani come una responsabilità dei familiari (Ferrera e Maino, 2011). D'altra parte, questa sembra anche rappresentare l'unica retorica adattabile ad un quadro di scarsa presenza di servizi residenziali che caratterizza una vasta porzione dell'Italia, in particolare il Mezzogiorno.

Trascorrere la vecchiaia nel proprio ambiente di vita (fisico, sociale) consente all'anziano di preservare le proprie abilità e la propria identità, con ricadute positive sulla sfera psico-emotiva (Iecovich, 2014). È evidente che la maggioranza degli anziani desidera trascorrere

la vecchiaia nella propria abitazione e nella propria comunità: l'88%<sup>8</sup>, secondo un sondaggio condotto dall'AARP sulla popolazione ultrasessantacinquenne degli Stati Uniti. È interessante il fatto che questa percentuale aumenti al crescere della fascia di età degli intervistati, in accordo con l'idea che l'invecchiamento rafforzi il radicamento nella comunità e nell'ambiente domestico e quindi la volontà di restare ancorati ad essi (*ibidem*). Pertanto, gli anziani e le loro famiglie si trovano di fronte ad un dilemma: nella fase dell'esistenza in cui cresce la volontà di restare nella propria abitazione, aumentano progressivamente anche le difficoltà che questa soluzione residenziale comporta. Gli ostacoli alla permanenza a domicilio di un anziano non riguardano soltanto il suo stato di salute, ma hanno a che fare anche con le condizioni dell'ambiente domestico, con la presenza di potenziali caregiver e con un adeguato sviluppo dei servizi.

Come anticipato, in Italia è l'indennità di accompagnamento lo strumento di sostegno prevalente alle spese finalizzate al mantenimento degli anziani non autosufficienti in ambiente domestico, mentre il sistema dei servizi in natura è complessivamente poco sviluppato. Le principali unità di offerta pubblica di servizi domiciliari sono l'Assistenza Domiciliare Integrata con Servizi Sanitari (ADI) e il Servizio di Assistenza Socio-Assistenziale (SAD).

Il primo è un servizio di assistenza socio-sanitario assicurato dalle ATS che, per mezzo di un insieme di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e sociali, offre percorsi di presa in carico a domicilio rivolti prevalentemente a pazienti cronici e in fase di post-acuzie, garantendo anche la continuità assistenziale in seguito alle dimissioni ospedaliere. Dal 2001 costituisce un Livello Essenziale di Assistenza (LEA) e, contrariamente al SAD, non prevede quote di contribuzione a carico degli assistiti. Il SSR della Lombardia attribuisce ad essa, esplicitamente, una funzione di contrasto ai ricoveri impropri e all'inserimento prematuro in strutture residenziali, oltre al miglioramento della qualità di vita dei pazienti. I servizi multidisciplinari erogati sono stabiliti dal Piano di Assistenza Individuale (PAI) definito sulla base del livello di assistenza richiesto dal caso trattato. In seguito ad una fase di sperimentazione iniziata nel 2012, la Regione ha definito con la DGR X-7770 del 17 gennaio 2018 le prestazioni previste dal servizio, con l'obiettivo di scongiurare la "parcellizzazione" del processo di erogazione e consentire agli operatori delle diverse aree (medico specialista, infermiere, fisiochinesiterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, educatore, oss, ausiliario socio-assistenziale, psicologo) di effettuare più prestazioni in un singolo intervento, perseguendo il principio della multidimensionalità e della completezza della presa in carico. L'attività di queste figure è sempre complementare e non sostitutiva rispetto a quella dei caregiver familiari e informali, la cui presenza è un requisito

---

<sup>8</sup> Percentuale di ultrasessantacinquenni d'accordo con l'affermazione "What I'd really like to do is stay in my current residence for as long as possible".

indispensabile per l'attivazione del servizio. A questo proposito, il PAI può prevedere anche attività di formazione dei familiari o del/della badante in tema di igiene e di assistenza infermieristica.

Le prestazioni ADI possono essere erogate sia dalle stesse ATS, per mezzo di personale proprio, sia da soggetti privati accreditati, il cui ruolo predominante è un tratto distintivo dell'ADI lombarda. Infatti, dal 1° luglio 2003 la Lombardia ha dato il via a una nuova organizzazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), rivedendone l'organizzazione e il finanziamento. Il nuovo sistema ad oggi consente la partecipazione di enti erogatori pubblici e privati, accreditati dalla Regione, rendendo di fatto "libera" la scelta del paziente relativamente all'ente dal quale ricevere le prestazioni sociosanitarie integrate di cui ha bisogno, tramite lo strumento del Voucher Socio-Sanitario. Un'indagine di Italia Longeva su un campione di ASL italiane ha mostrato che nel 2017 la maggioranza delle prestazioni previste da questo servizio veniva erogato in parte o del tutto da soggetti privati. In particolare, in tre delle realtà prese in esame il sistema prevede che la maggior parte delle prestazioni siano erogate sia dai Distretti sanitari sia dagli enti gestori privati: ATS di Bergamo (100% delle prestazioni), Brianza (87%) e Montagna (96%). Nelle altre due ATS oggetto di indagine, invece, la maggior parte delle prestazioni vengono erogate esclusivamente da enti privati e la parte rimanente (minoritaria) dai Distretti Sanitari: l'ATS di Milano, dove il privato eroga il 97% delle prestazioni e il pubblico il 3%, e l'ATS Val Padana, che presenta una suddivisione 95-5%.

La Lombardia è una regione a bassa diffusione dell'ADI e con una quota di risorse sanitarie destinate alle cure domiciliari contenuta. Questa caratteristica è dovuta in parte ad un modello organizzativo che prevede un alto grado di esternalizzazione del servizio attraverso la remunerazione delle prestazioni per mezzo dei voucher in vece dell'erogazione diretta. Inoltre, il suo sistema di accesso prevede l'esclusione automatica dei casi che conseguono un basso punteggio di necessità assistenziale, i quali vengono indirizzati verso altri servizi, come il SAD. Infine, la Regione ha disposto l'incompatibilità dell'ADI con le varie forme di residenzialità assistita, con l'RSA Aperta e con altri servizi domiciliari erogati dalle unità di offerta socio-sanitarie. Negli ultimi sei anni di rilevazione da parte del Ministero della Salute (2012-2017, coincidenti con una fase di riorganizzazione del sistema regionale di individuazione dei profili assistenziali) la percentuale di anziani presi in carico dall'Assistenza Domiciliare Integrata delle ATS lombarde ha mostrato una crescita fino al 2016 che ha consentito di superare la soglia di adempienza (1,88%) prevista dai LEA prima del crollo del 2017. Tra il 2016 e il 2017 infatti la percentuale di ultrasessantacinquenni che ha avuto accesso al servizio è scesa dal 2,9% all'1,8% (fonte: Italia Longeva), posizionandosi su un valore molto più basso rispetto alle altre regioni del Centro-Nord, soprattutto dell'Emilia-Romagna (4,6%) che ha mantenuto

nel corso degli anni un'elevata copertura del servizio e del Veneto (7,2%) che ha più che raddoppiato il suo tasso di copertura rispetto agli anni precedenti.

I dati sulle ore per caso trattato provenienti dalle rilevazioni del Ministero della Salute sull'attività del SSN, anche se fermi al 2013, possono fornire delle indicazioni sull'intensità del servizio durante la fase recente di riordino dell'offerta. Essi suggeriscono che quella della Lombardia sia maggiore rispetto alle altre regioni del Centro-Nord, con 20 ore in media per utente anziano nel corso dell'anno, più di Piemonte (14) ed Emilia-Romagna (13), il doppio del Veneto (10) e più del doppio della Toscana (8). Le regioni del Centro-Nord hanno risolto in modi diversi il dilemma tra l'intensità (investimento di risorse ingenti sul singolo caso trattato) e la copertura (estensione del servizio al più alto numero di casi possibile): privilegiare un aspetto significa inevitabilmente sacrificare l'altro. La combinazione di intensità e copertura del servizio mostra che la Lombardia ha adottato un modello di ADI *intensivo*, contrapposto a quello *estensivo* di Veneto e Toscana e a quello *intermedio* del Piemonte e dell'Emilia-Romagna.

**Tabella 4. Copertura e intensità del servizio ADI. Grandi regioni del Centro-Nord. Periodo 2012-2017.**

	Tasso di copertura (% di over 65 trattati)						Ore per caso over 65 trattato 2013
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Piemonte	1,9	2,9	3,2	3,1	3,3	2,9	14
Lombardia	1,4	1,7	2,6	2,6	2,9	1,8	20
Veneto	2,0	2,0	2,8	2,3	5,1	7,2	10
Emilia-Romagna	3,4	4,0	4,2	4,1	4,2	4,6	13
Toscana	0,4	1,6	2,8	3,0	3,5	3,7	8

Fonte: Ministero della Salute

Il SAD, invece, è un servizio di competenza comunale che fornisce un insieme articolato di prestazioni socioassistenziali ai non autosufficienti (prevalentemente anziani) che vivono a domicilio a sostegno delle attività della vita quotidiana, della cura personale e dell'integrazione sociale. Nato negli anni Settanta come un servizio "leggero" rivolto ad anziani relativamente autonomi con bisogni di assistenza limitati alla gestione domestica e all'accompagnamento, nel corso degli anni ha vissuto un potenziamento, strutturandosi in modo da divenire un servizio rivolto prevalentemente ad un'utenza con elevati bisogni di assistenza sanitaria e tutelare (Pesaresi, 2007). Questo sviluppo è in parte l'effetto di un aumento dei casi di non autosufficienza nella popolazione ed è stato favorito dalla diffusione di nuove tecnologie nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Pertanto, si è assistito ad un aumento del contenuto professionale delle prestazioni erogate, che tendono a spostarsi dalla cura della casa verso la cura dell'individuo. Tuttavia, allo stesso

tempo, questa evoluzione ha contribuito a mostrare alcuni dei limiti di questo servizio. La critica principale che gli viene mossa è che il tempo dedicato ai casi trattati risulta ampiamente insufficiente in relazione al loro stato di bisogno (NNA, 2018) e quindi il SAD ha assunto un ruolo residuale rispetto alle strategie di assistenza già messe in atto dalle famiglie (cure informali e assistenti familiari, in primo luogo), configurandosi come un intervento complementare o “riparatore”. La sua attrattività è diminuita, complice anche l’aumento dell’offerta di lavoratori domestici che, pur fornendo prestazioni meno qualificate rispetto agli operatori professionali, garantiscono una presa in carico più continuativa. Secondo le rilevazioni censuarie dell’ISTAT sui servizi sociali dei comuni, gli utenti anziani del SAD in Italia sono passati da 198mila nel 2003 a 138mila nel 2015, portando il tasso di copertura del servizio da 1,8% a 1,0%. Nello stesso periodo, tuttavia, la spesa complessiva è rimasta stabile, portando l’impegno medio per utente da 1.710 a 2.407 euro, a conferma del fatto che le prestazioni erogate tendono a divenire più specializzate ed intensive. Il tasso di copertura lombardo (1,2% nel 2015) è leggermente superiore a quello italiano e a quello delle altre regioni comparabili del Centro-Nord ad eccezione dell’Emilia-Romagna. Mostra però una riduzione di 0,1 punti percentuali nell’ultimo triennio di rilevazione a fronte di una spesa pro capite sostanzialmente stabile (2.226 euro per utente). Si rilevano importanti differenze territoriali nei tassi di copertura e nell’intensità del servizio che segnalano la presenza di diversi modelli di presa in carico da parte dei comuni lombardi. I due poli opposti sono rappresentati dalla Provincia di Mantova, i cui comuni garantiscono tassi di copertura relativamente elevati (2,3%) in presenza di una spesa media per utente limitata a 1.375 euro, e dalla Provincia di Milano, dove soltanto lo 0,9% degli anziani hanno avuto accesso al servizio nel corso del 2015 potendo però contare su un’alta intensità assistenziale, come mostra la spesa media di 3.040 euro per caso trattato (Tabella 5).

Un’altra criticità del SAD è che esso sconta un’eccessiva burocratizzazione nella fase di accesso al servizio, determinando *iter* complessi per le famiglie (che cominciano nella fase di presentazione dell’ISEE) che spesso rinunciano ad usufruirne anche quando ne avrebbero diritto. I suoi costi di compartecipazione, infine, in molti casi risultano elevati, esponendolo alla competizione degli attori privati e dei *voucher*. Questo è un problema particolarmente sentito nella nostra regione, dove si osserva la più alta compartecipazione degli utenti al servizio tra le regioni comparabili (12,8% nel 2015). La percentuale dei costi sostenuti dagli utenti raggiunge appena il 3,5% nella Città Metropolitana di Milano ma è molto superiore in alcune province, in particolare Como (27,6%), Lecco (22,8%) e Brescia (21,1%). Spesso, infatti, la modulazione delle tariffe prevede quote molto elevate di competenza degli utenti e, pertanto, risulta significativa l’incidenza di indigenti tra gli assistiti (i quali beneficiano in molti comuni di un’esonazione totale), contribuendo a

veicolare un'immagine distorta di un servizio rivolto agli anziani poveri, con il rischio generare stigma. Inoltre, i comuni lombardi hanno strutturato una relazione non univoca tra il diritto all'assistenza domiciliare e il livello di benessere economico dell'anziano, applicando sistemi tariffari molto diversi anche su territori contigui o appartenenti alle medesime unità amministrative. Ad esempio, nel comune di Legnano è prevista una compartecipazione minima di 2,5 euro l'ora fino a un massimo di 7,9 euro per gli ISEE superiori a 16.000 euro. Ad Abbiategrasso, invece, è prevista una fascia esente fino agli ISEE di 7.445 euro e, al crescere del reddito, cresce la compartecipazione degli utenti fino al 100% della spesa (18 euro). Ancora, nel comune di Rho è prevista una fascia esente fino a 6.596 euro con una tariffa massima più contenuta (9,45 euro) ed uno sconto del 27% applicato agli utenti che richiedono più di 12 prestazioni in un mese.

**Tabella 5. Indicatori del servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale (SAD) in favore degli ultra-sessantacinquenni. Grandi regioni del Centro-Nord e province lombarde. Periodo 2013-2015.**

	Tasso di copertura			Intensità del servizio (euro per caso trattato)			Compartecipazione degli utenti		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Bergamo	2,0%	1,7%	1,6%	2.304	2.516	2.423	14,8%	14,5%	15,1%
Brescia	1,6%	1,8%	1,9%	2.158	2.029	1.828	22,7%	20,0%	21,1%
Como	1,3%	1,3%	1,2%	2.081	1.884	1.951	25,4%	25,3%	27,4%
Cremona	1,4%	1,3%	1,5%	2.350	2.223	1.911	15,7%	18,4%	18,8%
Lecco	1,7%	1,2%	1,3%	1.732	1.844	1.402	22,5%	19,9%	22,8%
Lodi	1,2%	1,2%	0,9%	2.587	2.495	2.488	10,0%	9,0%	8,5%
Mantova	1,8%	1,8%	2,3%	1.744	1.686	1.375	20,4%	18,8%	18,9%
Milano	1,2%	1,0%	0,9%	2.356	3.234	3.040	4,0%	3,2%	3,5%
Monza-Brianza	1,3%	1,0%	1,0%	2.127	2.178	2.056	11,8%	11,6%	12,1%
Pavia	0,6%	0,5%	0,5%	2.312	2.552	2.302	10,8%	12,5%	12,8%
Sondrio	1,0%	1,0%	0,9%	2.134	2.251	1.687	21,0%	19,5%	18,6%
Varese	0,9%	0,8%	0,8%	2.040	2.105	2.103	16,6%	15,2%	14,0%
<b>Lombardia</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,2%</b>	<b>2.204</b>	<b>2.442</b>	<b>2.226</b>	<b>13,2%</b>	<b>12,0%</b>	<b>12,8%</b>
Piemonte	0,8%	0,8%	0,7%	1.809	1.813	1.696	5,8%	7,7%	6,8%
Veneto	1,4%	1,2%	1,1%	1.833	1.887	1.895	12,0%	10,9%	11,2%
Emilia-Romagna	1,3%	1,3%	1,3%	2.333	2.184	2.049	10,6%	10,2%	10,9%
Toscana	0,7%	0,6%	0,6%	2.895	2.831	3.001	5,1%	4,7%	4,2%

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

In parte, la crisi del SAD è l'effetto della voucherizzazione del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale lombardo iniziata nel 2003. Come si è detto, a partire da quell'anno è stata favorita la formazione di un mercato privato di prestazioni socio-sanitarie sostenuto dai voucher. Lo stesso è avvenuto per i servizi sociali dei comuni in favore delle persone fragili, con l'istituzione dei buoni e dei voucher sociali (Tidoli e Marotta, 2011). Il primo strumento è finalizzato alla remunerazione dei caregiver informali per il lavoro di cura svolto in famiglia, senza un vincolo di spesa. Il secondo è assimilabile ad un ticket ed è destinato all'acquisto di prestazioni a carattere sociale. Il sistema dei voucher introduce la "libertà" di scelta che in molti casi più che un'opportunità sembra rappresentare un

compito arduo di cui gli utenti e le loro famiglie farebbero a meno. I soggetti più fragili sembrano quindi essere messi in una condizione di svantaggio, soprattutto quando non dispongono di una rete familiare solida che li sostenga nella scelta dell'operatore (Giunco, 2011).

Poiché i comuni sono tenuti a destinare a queste due misure il 5% delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, è ragionevole ipotizzare che la crisi del SAD lombardo sia l'effetto di uno spostamento dell'utenza verso i servizi di assistenza forniti dagli enti accreditati, ma la scarsa disponibilità di dati sul numero degli assegni erogati non consente di approfondire questo tema.

L'ultimo servizio domiciliare che prendiamo in esame è una misura che ben rappresenta la tendenza del welfare lombardo alla voucherizzazione delle prestazioni: l'RSA aperta. Introdotta dalla DGR n. 856/13, essa prevede l'erogazione da parte di soggetti accreditati (RSA, RSD, CDI) di servizi socio-sanitari e di assistenza sociale sia all'interno delle loro strutture sia al domicilio degli assistiti, in una logica di prossimità e con l'obiettivo di mettere a frutto le competenze e le professionalità sviluppate nel corso del tempo da questi soggetti che forniscono servizi residenziali e semi-residenziali. Essa ha come target i grandi anziani, in particolare non autosufficienti e affetti da demenza, che risiedono nel proprio domicilio grazie al sostegno di un caregiver: nel primo semestre del 2017 il 55% degli utenti era affetto da demenza e il 50% aveva più di 85 anni. In seguito ad una valutazione multidimensionale con esito positivo, viene formulato un Progetto Individualizzato (PI) e un Piano di Assistenza Individuale (PAI) che definiscono le prestazioni da erogare tramite voucher. Queste comprendono, tra i tanti, ricoveri di sollievo, interventi sanitari specialistici, cura dell'igiene personale, stimolazione cognitiva, accoglienza semiresidenziale, care management e counselling rivolto ai caregiver.

Si è partiti nel 2013 con uno stanziamento di 30.000.000 aumentato progressivamente fino a 35.063.000 nel 2018, diminuiti per il 2019 a 33.050.000. Il budget massimo destinato al singolo beneficiario per l'esercizio in corso è stato tuttavia aumentato da 3.600 a 4.000 euro. Auspichiamo che questa scelta non comprometta la copertura dell'intervento in favore di tutti gli aventi diritto, soprattutto in considerazione della significativa diffusione che ha mostrato negli ultimi anni. Basti pensare che nell'intero anno 2015 i beneficiari sono stati 9.017, mentre soltanto nel primo semestre del 2017 sono arrivati a 9.842: una crescita che riflette la capacità di questa misura di intercettare la domanda di servizi socio-assistenziali che l'ADI tradizionale ormai non riesce a coprire.

### **I servizi residenziali**

In Lombardia l'accoglienza residenziale di persone anziane non autosufficienti con elevate esigenze di cura (comprese quelle affette da demenza), quando si presentano in assenza di

patologie acute o di necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale, avviene prevalentemente all'interno delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali). Queste sono divenute il caposaldo del modello dell'assistenza agli anziani in Lombardia, non limitandosi alla tradizionale funzione residenziale ma offrendo un insieme di servizi sempre più articolato. Si pensi alla già citata RSA Aperta, alla crescente attenzione verso la presa in carico dei malati di Alzheimer e alle forme residenziali e semi-residenziali alternative ad esse collegate, come gli hospice, i centri diurni integrati e gli alloggi protetti. La rete delle 675 RSA convenzionate dal SSR lombardo è la più vasta d'Italia, fornisce impiego a circa 16.400 addetti (che corrispondono a 1,64 ogni 1.000 residenti; dato ISTAT del 2016) e garantisce 26,6 posti residenziali ogni 1.000 anziani che consentono alla regione di superare ampiamente la soglia minima di 9,8 fissata dai LEA. Essa è uno dei fiori all'occhiello della sanità lombarda che, sia per risorse impiegate sia per capacità di presa in carico, emerge come una delle più virtuose tra le regioni italiane (IRES Lucia Morosini, 2018).

La nascita delle prime strutture di questo tipo può essere fatta risalire alla fine dell'Ottocento, quando numerose iniziative sociali per lo più di matrice religiosa diedero vita a istituti di ricovero per la cura di anziani soli, malati ed emarginati che, fino agli anni Settanta, si caratterizzarono per la prevalenza della funzione sociale e di accoglienza abitativa. Con l'inizio degli anni '80, invece, si è verificato un mutamento nella struttura organizzativa delle residenze, che si sono trasformate in luoghi di cura per anziani con gravi disabilità (non autosufficienti) in cui la componente dell'assistenza sanitaria ha iniziato a divenire predominante, determinando cambiamenti sensibili nella composizione delle attività svolte e delle qualifiche del personale impiegato. Il primo atto formale emanato a livello nazionale per fornire alle Regioni indirizzi chiari per realizzare strutture sanitarie residenziali extra ospedaliere per anziani non autosufficienti è il DPCM del 22/12/1989 (*"Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali"*), nel quale alle RSA vengono attribuite funzioni di accoglienza e di assistenza sanitaria. Con le linee guida del Ministero della Sanità (*"Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali"*), nel 1994 venne introdotta la distinzione tra RSA e RA (Residenze Assistenziali) e quindi quella tra presidi residenziali sociosanitari rivolti a soggetti non autosufficienti (i primi) e presidi residenziali socio-assistenziali rivolti a soggetti autosufficienti che non richiedono un'assistenza sanitaria specifica (i secondi). Il successivo fondamentale punto di riferimento normativo è rappresentato dal DPR del 14/01/1997 (*"Ordinamento e organizzazione dei servizi sanitari e assistenziali"*). Questo, oltre a fissare i requisiti minimi di natura strutturale, tecnologica e organizzativa che devono possedere le

strutture che erogano servizi sanitari e socio-sanitari, delega alle singole regioni la determinazione degli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento. Con l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza introdotto dalla Legge di Stabilità del 2016, sono mutati gli standard richiesti all'assistenza sanitaria nelle RSA, alle quali è richiesto di produrre una valutazione multidimensionale del bisogno e di strutturare un Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Ma, al di là degli aspetti giuridico-normativi, cosa sono le RSA in Italia? Non è semplice fornire una definizione univoca ed esaustiva, proprio perché le regioni italiane hanno potuto strutturare in modo molto diverso i loro sistemi di assistenza residenziale. Pur in presenza di marcate differenze territoriali, riteniamo che la definizione fornita da Pesaresi e Simoncelli (2008) possa ricomprendere tutte le declinazioni regionali:

*“La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio residenziale sanitario extraospedaliero che offre, temporaneamente o permanentemente, ospitalità, prestazioni mediche, infermieristiche, di recupero funzionale e di riattivazione psico-sociale volta al mantenimento ed al miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia di soggetti non autosufficienti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non assistibili a domicilio e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione”.*

Secondo alcune indagini qualitative (Tidoli, 2014), le RSA della Lombardia vivono una fase di “sanitarizzazione” e sono sempre meno rivolte alle esigenze di residenzialità leggera e alle funzioni sociali. I dati più recenti sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (anno 2015, fonte: ISTAT) rafforzano questa tesi, mostrando che:

- ✓ il 40% dei casi trattati in Lombardia ha un livello di assistenza sanitaria “alto” (ospiti che richiedono trattamenti per il supporto delle funzioni vitali), con una crescita rispetto al 2009;
- ✓ il 55,1% “medio” (ospiti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria, anche per demenze), in crescita rispetto al 2009;
- ✓ il 4,3% “basso” (ospiti che ricevono prestazioni di mantenimento, lungo-assistenza e riabilitazione), in calo rispetto al 2009;
- ✓ e soltanto lo 0,6% “assente”, in calo rispetto al 2009.

Nelle strutture residenziali lombarde, pertanto, più del 95% degli utenti ricevono cure intensive e trattamenti sanitari specializzati, mentre in Italia la stessa percentuale è del 75% (Tabella 6). Queste caratteristiche dell'offerta, da un lato segnalano che il sistema

sociosanitario lombardo ha sviluppato un mix di competenze avanzate per la presa in carico dei casi più difficili, impiegando professionalità ricercate. Dall'altro, tuttavia, rischiano di rendere le RSA della Lombardia, anche nell'immaginario collettivo, una soluzione di ultima istanza non adatta ad ospitare quegli anziani che richiedono un'assistenza continuativa pur in assenza di patologie che compromettono gravemente la funzionalità. Spesso assumono la funzione di accompagnamento dell'individuo verso il suo fine vita, perdendo quelle risorse (personale, strutture, ambienti) necessarie per accogliere le persone che si trovano in una fase avanzata della loro esistenza ma che non sono costrette a letto. L'attuale configurazione delle RSA lombarde potrebbe spingere molte famiglie a ritenere inappropriata l'istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente e a rimandare il ricovero ad una fase in cui le condizioni di salute sono ormai peggiorate (*ibidem*): una tendenza che presenta molti rischi, in assenza (come si è visto) di una rete sviluppata di servizi domiciliari.

**Tabella 6. Livello di assistenza sanitaria degli ospiti ultrasessantacinquenni dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari. Italia e grandi regioni del Centro-Nord. Anni 2009 e 2015.**

Regione	Anno	Assente	Basso	Medio	Alto	Totale
Piemonte	2009	25,3%	10,0%	49,3%	15,3%	100,0%
	2015	7,6%	18,2%	42,8%	31,4%	100,0%
<b>Lombardia</b>	2009	1,4%	5,5%	54,6%	38,5%	100,0%
	<b>2015</b>	<b>0,6%</b>	<b>4,3%</b>	<b>55,1%</b>	<b>40,0%</b>	<b>100,0%</b>
Veneto	2009	3,2%	33,1%	50,7%	13,0%	100,0%
	2015	2,4%	37,2%	50,0%	10,4%	100,0%
Emilia-Romagna	2009	2,7%	24,9%	65,2%	7,2%	100,0%
	2015	4,1%	24,3%	5,2%	66,4%	100,0%
Toscana	2009	5,9%	16,1%	54,9%	23,0%	100,0%
	2015	5,1%	15,2%	57,3%	22,4%	100,0%
Italia	2009	10,2%	17,2%	50,9%	21,7%	100,0%
	2015	4,9%	19,5%	45,3%	30,3%	100,0%

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

Un'altra caratteristica dell'attuale offerta residenziale lombarda discende dall'aver puntato al superamento del modello dello "stato sociale" e all'introduzione del "quasi mercato": al fine di aumentare efficacia ed efficienza dell'intero sistema, diversi erogatori – pubblici e privati accreditati dalla Regione stessa – competono tra loro per attrarre l'utente. Le ASL rinunciano a gestire direttamente i presidi residenziali per non autosufficienti, mantenendo un ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni e controllo. L'intento, allora come oggi, è di superare le inefficienze del settore pubblico e "liberare" le energie presenti nel tessuto sociale. Uno degli esiti più tangibili di questo modello organizzativo è la predominanza del privato nella titolarità e nella gestione delle RSA. Nel 2001, all'inizio

del processo di riforma del welfare lombardo, quasi il 60% delle RSA (o strutture assimilabili alle RSA) erano gestite dal pubblico; tra il 2001 e il 2004 si realizza un drastico ridimensionamento delle strutture a gestione pubblica (16%), che prosegue fino ai giorni nostri. Nel 2010 rappresentavano il 12% e sono ormai scese all'8% (dato rilevato a dicembre 2018). Aumenta quindi la presenza del privato, nello specifico le cooperative sociali e le società a scopo di lucro, una categoria che nel settore dei servizi socio-sanitari alla persona era minoritario fino a pochi anni fa. Una grande fetta di ciò che oggi ricade sotto la dicitura "privato" è tuttavia rappresentato da strutture ex IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza), organismi di diritto pubblico istituiti nel 1923. Dagli anni Ottanta a oggi si è infatti assistito, non solo in Lombardia, a un processo di de-pubblicizzazione di questi istituti a opera delle Regioni. Gli IPAB, gestori di numerose case di riposo, RSA e strutture socio-sanitarie, su spinta delle amministrazioni regionali si sono trasformati in forme associative private. La legge n. 328 del 2000 ha completato la transizione incentivando la trasformazione degli IPAB in Aziende di Servizi alla Persona (ASP) e di fatto inserendoli nella rete dei servizi territoriali (Cappiello e Monteduro, 2009). A questi enti vengono richiesti, per erogare servizi sociosanitari e socio-assistenziali, dei requisiti tipici degli enti del terzo settore privato, quali il richiamo all'efficienza, all'efficacia e all'economicità di gestione, all'adozione di forme gestionali privatistiche (personale, contratti). Alcuni di essi sono poi divenute fondazioni (gestori di numerose RSA lombarde) che svolgono attività strumentali a quelle istituzionali e provvedono alla manutenzione del proprio patrimonio. Al loro interno, nei consigli di amministrazione, siedono anche membri di nomina pubblica (comunale e regionale). Se questa trasformazione ha ampliato la gamma di scelta del cittadino, ha anche determinato alcuni effetti non sempre positivi per l'utente. Alcuni osservatori sottolineano, infatti, la rinuncia da parte dell'ASL alla regolazione degli accessi alle RSA, sostituita dal controllo ex post dell'appropriatezza del ricovero (Guerrini, 2011). Ai potenziali ricoverati, viene fatto notare, non viene garantito un valido accompagnamento e orientamento nella scelta della struttura e del tipo di assistenza.

Un'ulteriore criticità che emerge dall'analisi delle normative lombarde più recenti è il superamento del valore vincolante dell'indice di fabbisogno di posti letto e la separazione dell'autorizzazione al funzionamento dall'accreditamento. Tutti i potenziali erogatori, cioè, possono realizzare strutture residenziali per anziani non autosufficienti a prescindere dall'effettivo bisogno di posti letto, e ottenere dall'ASL l'autorizzazione al funzionamento (se rispettano i requisiti strutturali e gestionali previsti dalla normativa). In un secondo momento la Regione ha la possibilità di concedere l'accreditamento di nuovi posti letto e l'ASL può quindi stipulare con questi nuovi enti gestori di servizi accreditati un contratto. Sulla base di questo modello è stato quindi possibile realizzare nuove residenze in

Lombardia, spesso a gestione privata profit, anche in territori già dotati di un adeguato numero di posti letto rispetto agli standard programmatori, ma Regione Lombardia non ha l'obbligo di contrattualizzarli. Si assiste perciò a un aumento di residenze socio-assistenziali e socio-sanitarie con posti letto non contrattualizzati con le ASL poiché la Regione non ne copre la quota sanitaria, detti "solventi". Gli utenti di questi presidi, quindi, pagano il costo complessivo della retta per il ricovero in RSA. Con la DGR n. 8/8496 del 2008 la Regione ha confermato il suo orientamento alla semplificazione delle procedure per l'inizio di nuove attività, poiché un soggetto gestore può avviare un'attività presentando una denuncia d'inizio attività (DIA) che di fatto sostituisce l'autorizzazione al funzionamento.

Con la DGR n. 856 del 2013 la Regione prospetta un aumento dei posti letto destinati ad anziani con ridotti livelli di compromissione funzionale e cognitiva attraverso la creazione di strutture più "leggere" o la riconversione di posti letto da RSA a RSD (Residenze Sanitarie per Disabili). La DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014, invece, ha approvato delle nuove regole per l'intero sistema lombardo, introducendo la logica del "vendor rating" come modello di remunerazione per le RSA. Questo sistema consiste nella classificazione di ciascuna RSA all'interno di 5 livelli (C, B, A, AA, AAA) sulla base di un set di indicatori riferiti al minutaggio assistenziale (differenza tra minutaggi totali rendicontati ai fini dello standard gestionale e i 901 minuti previsti dall'accreditamento), al mix professionale (rapporto tra totale delle ore rese da personale sanitario rispetto al totale delle ore), alla retta media (differenza retta media della struttura e retta media dell'ASL di appartenenza) e alla saturazione (rapporto tra le giornate di produzione effettive e il numero di giornate teoriche calcolate sui posti attivi), calcolati sulle rendicontazione dell'anno precedente, e quindi superando la logica di finanziamento basata sulla spesa storica. Alle strutture che risulteranno in classe C e B verranno ridotte risorse storicamente assegnate, nella misura del 2% e del 4%. Le risorse decurtate vengono messe prioritariamente a disposizione di strutture della stessa AST che ottengono classificazioni AA o AAA e situate in territori in cui la dotazione di posti letto risulta inferiore alla media regionale o strutture virtuose in linea con la copertura regionale.

Dal punto di vista normativo, già nel 1986 la Regione, attraverso la L.R. 1/1986, aveva stabilito i requisiti minimi ambientali e funzionali che i gestori dei servizi socio-assistenziali dovevano obbligatoriamente possedere e rispettare per essere autorizzati a operare all'interno della complessiva rete dei servizi. Con il Piano Obiettivo Anziani 1995-1997 le RSA lombarde vengono identificate come un servizio territoriale di primo livello facente parte dell'area dei servizi socio-assistenziali a rilievo sanitario, inglobando al proprio interno le vecchie unità di offerta denominate "Casa di Riposo" e "Struttura Protetta". La deliberazione di Giunta n. 7435 del 2001 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani" fissa i criteri e i

requisiti strutturali, gestionali e di qualità richiesti per l'accreditamento delle unità d'offerta che erogano servizi socio-sanitari integrati. Il quadro è stato poi aggiornato con successive delibere negli anni a seguire.

Il livello di assistenza dell'ospite e la sua tariffa giornaliera vengono stabiliti attraverso un Piano di Assistenza Individuale (PAI). Con la DGR n. 7/12620 del 2003, è stato approvato un sistema di classificazione ancora in vigore che si serve della Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (SOSIA). Questa consente di classificare gli ospiti in virtù non della loro *disabilità*, che rappresentava in precedenza l'unico criterio per determinare il numero di ore di assistenza di cui l'ospite aveva diritto da parte delle diverse figure professionali (a seconda del suo stato di non autosufficiente parziale, non autosufficiente totale o ospite del Nucleo Alzheimer), ma della *fragilità* (Dotti *et al.*, 2006). Mentre il concetto di disabilità riflette l'incapacità di svolgere le attività della vita quotidiana, la fragilità misura il rischio individuale di perdere parte della funzionalità (complessiva o residua, a seconda dei casi), introducendo una concezione dell'assistenza non più orientata esclusivamente all'intervento riparatore ma anche mirato alla prevenzione.

Per mezzo di una batteria di indicatori (tra i quali la capacità di deambulare, la presenza di stati confusionali, l'essere affetto da specifiche patologie, ...) la fragilità degli ospiti viene classificata come grave o lieve lungo tre dimensioni: quella della mobilità, quella della capacità cognitiva e quella della comorbilità. L'ospite viene quindi inserito in una delle otto classi SOSIA a seconda di quale combinazione di fragilità presenti, assegnando maggiore rilevanza alla dimensione della mobilità, poi a quella della capacità cognitiva e infine a quella della comorbilità (Tabella 1). Essendo la fragilità un processo dinamico e non uno stato permanente, la condizione degli ospiti è oggetto di una rivalutazione annuale finanziata da un fondo specifico previsto dalla Regione.

**Tabella 7. Classi SOSIA e dimensioni determinanti**

Classe SOSIA	Mobilità	Capacità cognitiva	Severità della comorbilità	Percentuale utenti nel 2017
1	Grave	Grave	Grave	32,0%
2	Grave	Grave	Lieve	1,7%
3	Grave	Lieve	Grave	38,3%
4	Grave	Lieve	Lieve	3,2%
5	Lieve	Grave	Grave	4,1%
6	Lieve	Grave	Lieve	1,1%
7	Lieve	Lieve	Grave	15,1%
8	Lieve	Lieve	Lieve	4,6%

Fonte: Deliberazioni della Giunta Regionale

Il meccanismo dovrebbe garantire all'ospite e alla sua famiglia un livello di assistenza coerente con il suo fabbisogno e, essendo l'importo della tariffa giornaliera determinato dal livello SOSIA, remunerare la struttura in relazione al grado di complessità che presentano i casi in cura. Uno studio ad hoc, tuttavia, ha mostrato che il sistema di classificazione in vigore ha una scarsa efficacia e tende a sottostimare il grado di bisogno degli utenti fornendo quindi una remunerazione inadeguata al fabbisogno reale (Nebuloni *et al.*, 2011).

Le entrate delle RSA sono costituite da una "quota sanitaria" a carico di regione Lombardia e da una "quota sociale" di competenza dell'utente e della sua famiglia (talvolta, nei casi di indigenza, con una partecipazione da parte del comune di residenza dell'anziano), corrispondenti alle prestazioni e ai servizi di tipo non sanitario, come il vitto, l'alloggio, le spese per la cura della persona e per il personale non sanitario. La quota sanitaria delle rette è pari a 52 euro per i nuclei Alzheimer, 49 per i Sosia 1 e 2, 39 per i Sosia 3, 4, 5, 6 e 29 per i Sosia 7 e 8 e risulta invariata da diversi anni (dal 2008 e dal 2010, a seconda delle classi). Non essendo fissato un tetto alla quota sociale, i gestori hanno la possibilità di far fronte al mancato adeguamento aumentando il suo importo (scaricando quindi i costi sulle famiglie) o riducendo la qualità dell'offerta.

Il welfare residenziale lombardo risulta inoltre poco omogeneo sia nell'offerta sia nelle tariffe, che presentano un'elevata variabilità territoriale. Molte famiglie scelgono quindi di inserire l'anziano non autosufficiente in strutture lontane dal suo comune di origine, rendendo più difficile mantenere i contatti ed anche verificare la qualità del servizio.

Negli ultimi anni, infatti, sotto la pressione della domanda in crescita e in mancanza di un adeguamento della quota sanitaria, le RSA lombarde hanno innalzato sensibilmente la quota sociale delle tariffe, come mostrano i risultati di una nostra indagine, portandole ad un livello che quasi sempre supera di molto il 50% della quota complessiva previsto dalla legge italiana. Se, come sembra, l'aumento della quota sociale è determinato dalla stagnazione della quota coperta dal FSR, ne consegue che gli utenti stanno pagando, sotto forma di quota sociale, una parte dei costi sanitari, la cui competenza ricade per legge sul Servizio Sanitario Nazionale.

La media delle tariffe minime delle strutture lombarde è passata da 51,60 a 59,17 euro in soli cinque anni (2012-2017) e la media delle tariffe massime da 60,64 a 67,36 euro, per un rincaro complessivo del 14,7% nel primo caso e dell'11,1% nel secondo.

Il caro tariffe ha colpito soprattutto l'ATS della Montagna (+29,1% la tariffa minima media e +26,9% la tariffa massima media) e l'ATS di Milano (+33,3% la tariffa minima media e +14,8% la tariffa massima media), dove si arriva in diversi casi a pagare più di 90 euro per una degenza giornaliera.

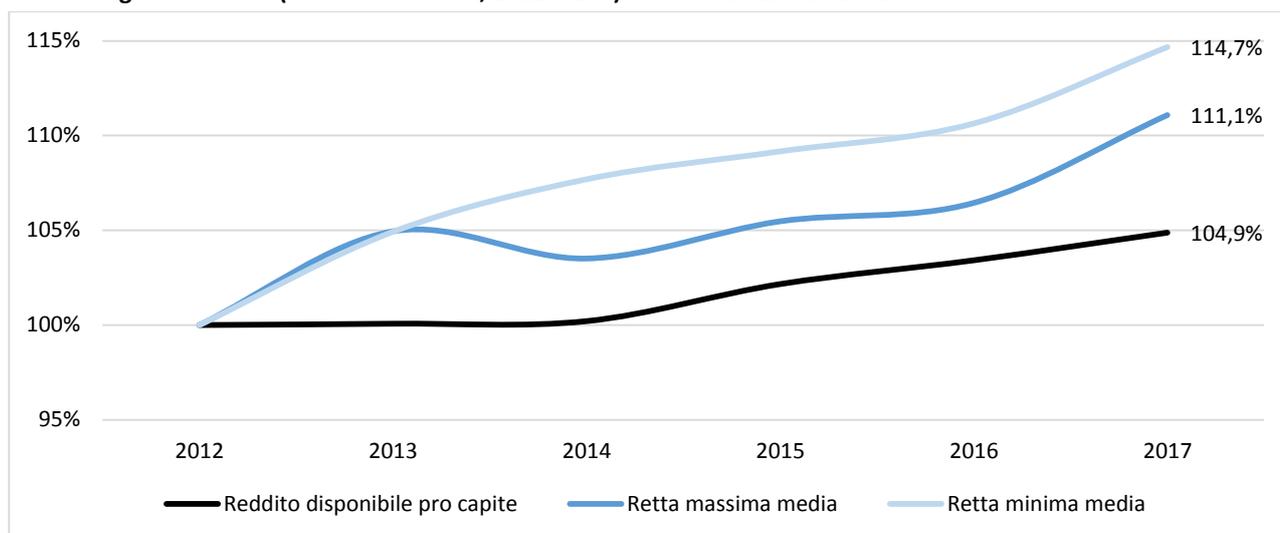
**Tabella 8. Quota sociale della tariffa giornaliera delle RSA (media delle tariffe minime e media delle tariffe massime). Anni 2012 e 2017. Lombardia e ATS.**

	Minima			Massima			Solventi e sollievo
	2012	2017	Var. 12-17	2012	2017	Var. 12-17	2017
Bergamo	50,59	56,35	11,4%	59,45	65,20	9,7%	86,67
Brescia	47,48	51,89	9,3%	53,24	59,57	11,9%	80,02
Brianza	59,97	67,22	12,1%	68,17	75,73	11,1%	87,26
Insubria	60,23	65,63	9,0%	72,43	75,33	4,0%	84,68
Milano	54,21	72,27	33,3%	76,37	87,68	14,8%	108,46
Montagna	40,09	51,76	29,1%	45,01	57,14	26,9%	65,62
Pavia	50,48	55,02	9,0%	57,35	60,97	6,3%	69,51
Valpadana	49,74	53,21	7,0%	53,08	57,25	7,9%	82,78
Lombardia	51,60	59,17	14,7%	60,64	67,36	11,1%	83,13

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati di osservatori sindacali

Questa esplosione della quota sociale, essendo calcolata in euro espressi a valori correnti, potrebbe riflettere l'andamento generale del livello dei prezzi. Tuttavia, come mostra la Figura 5, essa è stata molto maggiore rispetto alla crescita del reddito disponibile delle famiglie lombarde, che nel 2017 superava quello del 2012 soltanto del 4,9% (Figura 5). In altri termini, negli ultimi cinque anni, l'impatto dei costi per l'RSA sulle finanze delle famiglie che devono sostenere l'istituzionalizzazione di un anziano è aumentato vistosamente. In molti casi – e non soltanto per coloro che versano in condizioni di difficoltà economica – l'assistenza residenziale diventa una soluzione impraticabile o finisce per impoverire i familiari dell'anziano. Basti pensare che una tariffa minima annua è pari in media a circa 21.300 euro e una tariffa massima a 24.250: sono importi che l'indennità di accompagnamento può coprire in misura inferiore del 30% e, per la parte restante, gravano interamente sul reddito (e sul patrimonio) dei pazienti.

**Figura 5. Evoluzione della parte sociale della retta media delle RSA lombarde e del reddito disponibile pro capite delle famiglie lombarde (Indici a base fissa, 2012 = 100). Periodo 2012 – 2017. Lombardia**



Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Osservatorio SPI e ISTAT

Per contrastare il peso dei costi residenziali sulle finanze delle famiglie e degli anziani, la Regione Lombardia ha istituito nel 2017 un fondo di 11,3 milioni di euro<sup>9</sup> finalizzato a sostenere, con un assegno di 1.000 euro, la quota sociale dei pazienti con livelli SOSIA pari a 1 o a 2, senza modulazione rispetto allo stato reddituale-patrimoniale (essendo una misura finanziata con il FSR, essa infatti deve avere carattere universalistico). L'intervento ha certamente alleviato i costi delle rette per una parte (esigua) delle famiglie con parenti anziani in RSA ma, come dubitava Gori (2017), non è divenuto strutturale. Con la DGR XI-1046 del 2019 questo sostegno è stato abolito e le risorse destinate al suo finanziamento dirottate per l'ampliamento dell'offerta di posti letto per soggetti "con elevato carico assistenziale" per mezzo di conversione di posti ordinari. In particolare

- ✓ a seguito della constatazione di un sovraccarico delle liste di attesa, i posti letto contrattualizzati nei nuclei Alzheimer sono stati portati a un minimo di 2 ogni 1.000 ultrasessantacinquenni residenti in ciascuna ATS, per un incremento complessivo da 2.926 a 4.596 (+57,1%) finanziato con 8.000.000 euro;
- ✓ allo scopo di fornire adeguata assistenza ai casi di Stati Vegetativi in aumento, verranno aumentati nel corso dell'anno fino a un massimo di 150 i posti letto loro dedicati, con un finanziamento di 2.500.000 euro;
- ✓ per incrementare l'assistenza ai pazienti affetti da malattie del motoneurone, la Regione mette a disposizione un finanziamento di 800.000 euro che consentirà di portare la tariffa giornaliera a carico del SSR da 160 a 170 euro.

<sup>9</sup> Inizialmente di 10.000.000, poi incrementato.

Se in precedenza le risorse erano destinate al sostegno della domanda di assistenza, ora si propongono di potenziare l'offerta, con un elemento di continuità: l'attenzione ai casi più gravi (prima i pazienti classificati come Sosia 1 e 2, ora quelli affetti da alcune gravi patologie neuro-motorie). Questa è una scelta che fornisce una risposta alle famiglie che si fanno carico dell'assistenza di persone affetta da demenza, che in presenza di disturbi comportamentali fanno fatica ad ottenere un posto ordinario. Tuttavia, essendo sostenuta dalla conversione di posti ordinari, non risponde al problema sempre più pressante delle lunghe liste di attesa che rappresentano il vero collo di bottiglia nel sistema delle RSA lombarde. Secondo le rilevazioni dell'Osservatorio sulle RSA le domande in attesa di un posto in una delle 675 RSA lombarde sono 68.643 a fronte di una dotazione complessiva di posti letto contrattualizzati pari a 58.504 unità, cui vanno sommati 4.183 posti letto autorizzati ma non finanziati dal SSR (i cosiddetti "solventi") in parte destinati ai ricoveri di sollievo, 3.066 posti letto destinati ai pazienti affetti dal Morbo di Alzheimer e 7.336 posti nei Centri Diurni Integrati.

Il sostegno dell'aumento di posti letto per malati Alzheimer consentirà quasi di raddoppiare il tasso specifico (per 1.000 anziani) nelle ATS di Bergamo, Brescia, Brianza e Insubria e di incrementarlo sensibilmente in tutte le altre, ad eccezione di Pavia dove ha già superato l'obiettivo di 2 posti ogni 1.000 anziani (Tabella 9).

**Tabella 9. Offerta di servizi residenziali. Lombardia e ATS. Situazione a dicembre 2017.**

Strutture	Attesa	Posti letto in valori assoluti				Posti letto per 1.000 ultrasessantacinquenni				
		A contratto	Sollievo/ Solventi	Alzheimer	CDI	A contratto	Sollievo/ Solventi	Alzheimer	CDI	
Bergamo	64	8.764	5.461	456	275	832	24,2	2,0	1,2	3,7
Brescia	86	13.602	6.101	704	267	932	25,2	2,9	1,1	3,8
Brianza	59	9.801	5.427	196	326	890	20,4	0,7	1,2	3,3
Insubria	104	6.825	8.654	896	364	770	26,6	2,8	1,1	2,4
Milano	153	13.762	17.129	886	1.091	2.047	22,2	1,1	1,4	2,7
Montagna	46	5.518	3.079	280	121	271	39,5	3,6	1,6	3,5
Pavia	85	5.313	5.548	255	344	659	42,1	1,9	2,6	5,0
Valpadana	78	5.058	7.105	510	278	935	39,2	2,8	1,5	5,2
Lombardia	675	68.643	58.504	4.183	3.066	7.336	26,3	1,9	1,4	3,3

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT e osservatori sindacali

Forse anche perché "dominato" dalla RSA, il sistema di LTC lombardo risulta rigido e poco aperto all'innovazione sociale. Si rileva una sostanziale debolezza delle soluzioni per la "deinstitutionalizzazione" e per la presa in carico di soggetti ad autonomia limitata che in alcuni paesi europei (Austria, Francia, Danimarca, Germania, Svezia) hanno trovato notevole sviluppo, mostrando che è possibile predisporre soluzioni residenziali innovative che, oltre a garantire un contenimento dei costi, consentono all'ospite di preservare e

costruire le proprie relazioni sociali, eliminando la “rigida separazione tra il malato e la comunità” caratteristica del nostro paese (Ires Lucia Morosini, 2017). Anche se datate al 2015, le rilevazioni dell’ISTAT sugli ospiti dei presidi residenziali mostrano per la nostra regione una tendenza alla riduzione degli anziani autosufficienti ospiti dei presidi residenziali, il cui tasso specifico per 1.000 residenti, nel periodo 2009-2015, è sceso da 3,7 a 1,9, un valore molto inferiore rispetto alle altre grandi regioni del Centro-Nord (in particolare il Piemonte) ed anche a quello italiano di 5,2 (Tabella ).

**Tabella 10. Ospiti ultrasessantacinquenni dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Grandi regioni del Centro-Nord. Anni 2009 e 2015.**

	Ospiti ultrasessantacinquenni per 1.000 residenti over 65			
	Autosufficienti		Non autosufficienti	
	2009	2015	2009	2015
Piemonte	12,6	10,7	23,4	25,6
<b>Lombardia</b>	<b>3,7</b>	<b>1,9</b>	<b>36,6</b>	<b>27,2</b>
Veneto	6,9	4,1	31,7	27,3
Emilia-Romagna	4,9	4,0	24,8	23,5
Toscana	6,3	4,4	14,4	14,1
Italia	6,3	5,2	18,6	16,5

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

È ancora assente una rete di offerta per la residenzialità leggera in Lombardia, le cui principali forme residenziali alternative sono

- ✓ gli Alloggi Protetti, pensati per l’accoglienza di anziani (singoli e, più frequentemente, in coppia) che, pur preservando un elevato grado di autonomia, necessitano di un ambiente protetto (con confort, attrezzature e assenza di barriere architettoniche), in cui sono presenti spazi comuni che favoriscono la socializzazione e consentono l’erogazione di prestazioni di tipo sociale e socio-sanitario;
- ✓ le Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.), che sono deputate all’accoglienza di un piccolo numero di anziani con vulnerabilità relazionali o parziale compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana. Esse forniscono accoglienza alberghiera ed integrazione con i servizi socio-sanitari, favorendo la promozione del benessere fisico e relazionale degli ospiti attraverso la socialità;
- ✓ I Centri Diurni, tradizionali unità di offerta semi-residenziale diffusi in diverse aree del Centro-Nord, che si pongono come un sostegno all’autonomia degli anziani attraverso la promozione della vita comunitaria e delle attività ricreative e culturali.

Questi modelli, che possono essere ricondotti idealmente alla sfera della residenzialità e semiresidenzialità leggera, non trovano ancora adeguata diffusione, come mostrano i tassi di posti letto per 1.000 ultrasessantacinquenni riportati nella Tabella 10: 0,9 per gli alloggi protetti, 0,1 per le C.A.S.A. e 2,0 per i centri diurni.

Gli alloggi protetti e le C.A.S.A. ospitano, assieme alle R.S.A., anziani fragili presi in carico dalle ATS attraverso la misura della “residenzialità assistita”, essendo il setting più adatto per garantire loro spazi di socializzazione e di care management in un ambiente protetto. Di questa misura hanno beneficiato 908 persone nel 2016 e 763 soltanto nel primo semestre del 2017, mostrando una forte crescita tendenziale che mette in luce le potenzialità di queste strutture nello sviluppo di un welfare più articolato, non appiattito sull'intervento riparatore, in grado di farsi carico della prevenzione e di migliorare la qualità della vita degli anziani.

**Tabella 10. Offerta di servizi di residenzialità leggera e semiresidenzialità. Lombardia e ATS. Situazione a settembre 2018.**

	Posti in valori assoluti			Posti per 1.000 ultrasessantacinquenni		
	Alloggi protetti	C.A.S.A.	Centri Diurni	Alloggi protetti	C.A.S.A.	Centri Diurni
Bergamo	103	26	100	0,5	0,1	0,4
Brescia	133	55	804	0,5	0,2	3,3
Brianza	399	48	705	1,5	0,2	2,6
Insubria	212	0	1.585	0,7	0,0	4,9
Milano	474	36	614	0,6	0,0	0,8
Montagna	131	95	385	1,7	1,2	4,9
Pavia	222	63	70	1,7	0,5	0,5
Val Padana	354	6	224	2,0	0,0	1,2
Lombardia	2.028	329	4.487	0,9	0,1	2,0

Fonte: Elaborazione IRES Lucia Morosini su dati Regione Lombardia e ISTAT

## Bibliografia

Brodaty H., Donkin M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 11(2): 217–228.

Cappiello G., Monteduro G. (2009), L'aziendalizzazione dei servizi pubblici alla persona, dalle Ipab alle ASP. *Non profit*, n. 1.

Caselli G., Egidi V. (2011). Una vita più lunga e più sana. In Golini A., Rosina A. (a cura di) *Il secolo degli anziani. Come Cambierà l'Italia*. Il Mulino. Bologna.

Cergas Bocconi (2018). *Rapporto OASI 2018. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*. Egea. Milano

Dotti C., Casale G., Zacchi V., Lovaglio P., Fazzone U. (2006). La Classificazione SOSIA degli anziani ospiti delle residenze sanitario-assistenziali lombarde. *Ann Ig*, 18(5): 439-51.

Ferrera M., Maino F. (2011). Il «secondo welfare» in Italia: sfide e prospettive. *Italianieuropei*. n. 3: 17-22.

Giunco F. (2011). Il voucher socio-sanitario. Una valutazione dell'ultimo decennio. *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2011/09/15/il-voucher-socio-sanitario-una-valutazione-dellultimodecennio/>

Giunco F. (2016). Le RSA in Lombardia. Un modello ancora attuale? *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2016/04/05/le-rsa-in-lombardia-un-modello-ancora-attuale/>

Guerrini G. (2011). *I servizi residenziali*. In Gori C. (a cura di) *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*. Maggioli. Sant'Arcangelo di Romagna.

Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*. 20(1): 21-33.

IRES Lucia Morosini (2017). *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*. Torino.

IRES Lucia Morosini (2018). *Le condizioni sociali degli anziani in Sicilia: da elemento residuale ad attore protagonista*. Torino.

ISTAT (2015). *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*. Roma.

ISTAT (2018a). *Rapporto annuale 2018. La situazione del Paese*. Roma.

ISTAT (2018b). *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*. Roma.

ISTAT (2018c). *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base 1.1.2017)*. Roma.

□

Micheli G. A. (2007). Coperture variabili. Non autosufficienza anziana ed erogazioni di welfare. *Stato e mercato*. n. 3: 409-440.

Nebuloni G., Di Giulio P., Gregori D., Sandonà P., Berchiolla P., Foltran F., Renga G. (2011). Effetti della classificazione (e mis-classificazione) del casemix nella rappresentazione dei bisogni degli ospiti delle Residenze Socio-Assistenziali per Anziani non Autosufficienti (RSA): l'esempio della Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (SOSIA). *Ann Ig*, 23: 311-17.

NNA (2009). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. Rapporto 2009. Maggioli. Sant'Arcangelo di Romagna.

NNA (2018). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*. Maggioli. Sant'Arcangelo di Romagna.

Pesaresi F. (2007). Il Sad per anziani in Italia. *Prospettive sociali e sanitarie*. n. 18.

Pesaresi F., Simoncelli, M. (2008). Analisi delle RSA in Italia, mandato e classificazione. *Tendenze nuove*. n. 2.

Robine J. M., Michel J. P., Herrmann F. R. Who will care for the oldest people in our ageing society? *BMJ* 2007. 334(7593): 570–571.

Tidoli R., Marotta R. (2011). *I titoli sociali*. In Gori C. (a cura di) Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali. Maggioli. Sant’Arcangelo di Romagna.

Tidoli R. (2014). Famiglie che rinunciano al posto in RSA. *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/14/famiglie-che-rinunciano-al-posto-in-rsa/>