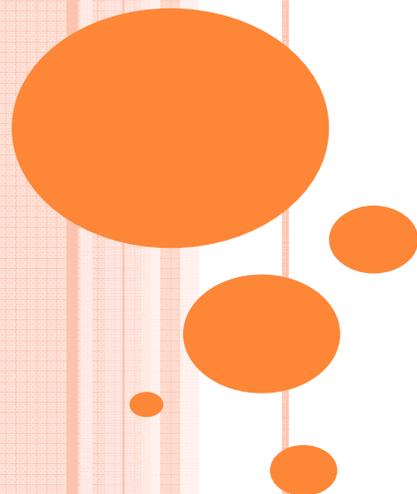


PRIMO RAPPORTO SUL LAVORO DI CURA IN LOMBARDIA

ANNO 2015



Sergio Pasquinelli

ISTITUTO
PER LA
RICERCA
SOCIALE

irs

Incontro con i Partner - 16 febbraio 2015

DOCUMENTO RISERVATO

Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia

Anno
2015

#Lombardiachecura

A cura di Sergio Pasquinelli

Progetto realizzato
da:

ISTITUTO
PER LA
RICERCA
SOCIALE

irs

Partner
istituzionali:



Partner operativi:



ILMELOGRANO onlus



Col Patrocinio di:



#Lombardiachecura

CONCLUSIONI E PROPOSTE: SEI DIREZIONI

NOTA: AFFRONTIAMO TEMI TRATTABILI SU UNA DIMENSIONE REGIONALE.

NON AFFRONTIAMO TEMI MODIFICABILI A LIVELLO NAZIONALE, IN PARTICOLARE: LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA,
INDENNITÀ ACCOMPAGNAMENTO, CONTRATTO COLF, CONGEDI PARENTALI

1. ANZIANI ATTIVI: COSA VEDIAMO

1. In Lombardia gli ultra 65enni sono 2,1 milioni. Di questi almeno 335.000 sono non autosufficienti residenti al proprio domicilio. Gli anziani aumentano di circa 60 .000 unità all'anno, i non autosufficienti di circa 10.000 unità all'anno.
2. Le famiglie dichiarano un problema cognitivo importante (demenza, Alzheimer) in 4 casi su 10.
3. Il numero di anziani soli (ora uno su tre) aumenterà in quanto diminuirà il numero di caregiver.
4. Puntare sull'invecchiamento attivo fa bene a tutti: agli anziani, alle loro famiglie, al sistema dei servizi.
5. Aumentano i giovani anziani, i “*Silver age*”, i quali rappresentano un patrimonio largamente sottoutilizzato. La letteratura internazionale dimostra i benefici dell'arrivare in buona salute alla età anziana.

1. ANZIANI ATTIVI: COSA PROPONIAMO

1. “L’invecchiamento attivo è un processo per ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita delle persone.” (World Health Organisation, 2002).
2. Adesione di Regione Lombardia al progetto “Passi d’argento” - sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese.
<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
3. Promozione di tutte quelle azioni che rientrano nel “invecchiamento attivo”, su cui molti partner di questo progetto già realizzano diverse iniziative.
4. Sostegno, anche economico, in particolare di progetti di:
 - Scambio intergenerazionale
 - Sostegno all’impegno civile
 - Socialità, uso del corpo, relazione, sviluppo dei legami di comunità.

2. UN WELFARE DI PROSSIMITÀ: COSA VEDIAMO

1. Famiglie, badanti, sistema dei servizi: dalla ricerca emergono tre mondi distanti tra loro, ad eccezione del rapporto tra famiglie e badanti. L'impressione è quella di mondi che si “nascondono” tra di loro.
2. Dalla ricerca emerge una realtà di famiglie poco abituate a esprimersi, poco “coscienti” di ciò che fanno, chiuse su di sé: propensione al welfare fai-da-te.
3. Dalla ricerca emerge una realtà più rassegnata che rivendicativa, distante dal sistema dei servizi, poco informata e interessata ai servizi, interessata casomai ad avere più soldi, possibilmente senza vincoli. Interesse verso un aiuto “monetizzato”.

2. UN WELFARE DI PROSSIMITÀ: COSA PROPONIAMO

1. Occorre anzitutto una maggiore informazione: sui servizi, su come accedervi, su ciò che offrono.
2. Occorre creare dei luoghi. Uniformi sul territorio regionale. Chiaramente visibili, di facile accesso, dove il cittadino trovi risposte diverse ai propri bisogni. Ci piace pensare a luoghi che stanno “sulla strada” e non in fondo a un ufficio. Perché è anche con i luoghi che si crea vicinanza e prossimità.
3. Questi luoghi devono poter integrare le possibilità: di un trasporto (verso cui l’interesse delle famiglie è molto alto), di una assistenza a domicilio, di un ricovero, di aiuti gratuiti, a pagamento, volontari.
4. Esperienze come il Suw e il Csst – per richiamare recenti espressioni di Regione Lombardia – vanno (forse?) in questa direzione. Ma è certo che per arrivare a creare questi luoghi occorre un grande lavoro di ricomposizione su due assi: tra pubblico e privato sociale, tra sociale e sanità (Comuni e Asl).

3. SOSTENERE I CAREGIVER: COSA VEDIAMO

1. I caregiver di anziani non autosufficienti sono in Lombardia circa 800.000*.
2. Tre quarti di loro sono donne e quattro su dieci ha più di 60 anni.
3. Il 36% per cento dei caregiver lavora *full time* e un quarto ha figli conviventi da accudire.
4. Il 37% dei caregiver dichiara di sentirsi solo e la condizione di solitudine aumenterà con l'aumentare di caregiver senza fratelli/sorelle.
5. Il 31% dichiara di voler essere sollevato almeno di una parte del carico di cura.
6. La condizione di caregiver, soprattutto se convivente con l'anziano, è fonte di stress e di peggioramento delle condizioni di salute: esiste una letteratura internazionale che lo dimostra.
7. Il lavoro di cura svolto dai caregiver lombardi "principali" vale 14,6 miliardi di euro annui.

* Questa stima include sia il caregiver principale, sia altri familiari, vicini, amici che lo sostengono. Sono esclusi volontari e badanti. Su questo numero converge sia la nostra ricerca che il database Share 2010.

3. SOSTENERE I CAREGIVER: COSA PROPONIAMO

1. “Aiutare chi aiuta” deve diventare un obiettivo cruciale delle politiche sociali e sociosanitarie a favore degli anziani lombardi.
2. Occorre sviluppare ogni attività capace di alleggerire e “dare riposo” al carico di cura: centri anziani e centri diurni, assistenza domiciliare, ricoveri di sollievo e temporanei*.
3. Creazione di un *Call center* regionale dedicato ai caregiver, con funzioni di informazione su tutto quello che può sostenere l’assistenza.
4. Occorre potenziare i sostegni per un ambiente domestico amico degli anziani: telemedicina, tele-soccorso, tele-controllo, domotica.
5. Occorre promuovere attività formative a favore dei caregiver, soprattutto per chi segue dementi/Alzheimer.

* In molti seminari con i Partner si è richiamato il ruolo dei MMG. Il caregiver in quanto tale è poco considerato di per sé un utente / beneficiario del sistema dei servizi. In quanto tale viene poco intercettato. L’unico che può farlo è il MMG, che tuttavia si relaziona difficilmente, come noto, con i servizi sociali. I quali vengono a conoscenza della presenza di caregiver solo quando le condizioni sono già molto compromesse.

4. BADANTI: COSA VEDIAMO

1. Il ricorso alle badanti non è in calo. Le badanti sono almeno 156.000 in Lombardia, circa due terzi delle quali operano nel mercato sommerso. Vi ricorre la metà dei non autosufficienti.
2. Le famiglie lombarde spendono per le badanti circa 1,6 miliardi di euro all'anno.
3. A livello territoriale (singoli Comuni/Distretti) si sono moltiplicati progetti e iniziative volte a qualificare il lavoro privato di cura e sostenere il ricorso a un mercato regolato.
4. L'impatto complessivo di queste diverse iniziative rimane incerto ma l'impressione è che sia limitato.
5. Regione Lombardia ha definito un profilo formativo per le assistenti familiari, ma mancano informazioni su quante di esse vengono formate annualmente e sulla loro collocazione successiva.
6. Il modello prevalente un anziano-una badante fatica ad essere superato.

4. BADANTI: COSA PROPONIAMO

1. Costruire una valida alternativa al mercato sommerso, dequalificato, solitario della cura richiede di mettere a sistema interventi diversi. Azioni isolate portano a poco o nulla
2. Sportelli domanda/offerta, formazione e certificazione delle competenze, albi, sostegni economici per chi è più in difficoltà: occorre creare filiere leggere tra queste azioni, che devono sostenersi a vicenda
3. Occorre far crescere azioni di sportello che non si limitino a fare abbinamenti ma che lavorino sul prima e sul dopo, offrendo sostegni appetibili per le famiglie.
4. Occorre sviluppare un sistema di certificazione delle competenze acquisite sul campo da molte assistenti familiari, che non hanno bisogno di formazione.
5. Occorre una rapida approvazione del progetto di legge regionale sulle assistenti familiari (Pdl n. 9 di iniziativa consiliare) e del relativo, pur limitato stanziamento previsto.

5. SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ: COSA VEDIAMO

1. La ricerca evidenzia che il 23% degli anziani non autosufficienti, pur non avendo mai usato Sad, sarebbe interessato a usufruirne. Il 16% esprime interesse nei confronti dell'Adi e il 24% nei confronti di un servizio di trasporto e accompagnamento fuori casa.
2. Le ragioni del non uso dei servizi è una miscela di disinformazione, difficoltà burocratiche all'accesso, costi elevati. E forse anche un certo pregiudizio.
3. In Lombardia i Sad sono fruiti da 32.000 anziani annualmente, l'Adi da 80.000. Meno di un non autosufficiente su dieci nel primo caso e meno di uno su quattro nel secondo. Ma i problemi sono, come noto, soprattutto sulla modesta intensità/durata dell'assistenza offerta.
4. Oggi i Sad sono servizi in sofferenza: stretti da sistemi di compartecipazione ai costi esigenti nei confronti delle famiglie e una limitata assistenza.
5. Misura B2 e Rsa aperta hanno positivamente intercettato una nuova utenza. Ma permane una complessiva frammentazione degli interventi domiciliari (Sad, Adi, B2, Rsa aperta).

5. SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ: COSA PROPONIAMO

1. Il cittadino va informato meglio sulle opportunità che il servizio pubblico offre.
2. Occorre andare verso un unico sistema di sostegni alla domiciliairtà, integrato in chiave sociosanitaria. Che governi in chiave unificata i vari interventi. La ricomposizione dei servizi, indicata da Regione Lombardia, è cruciale nel sostegno della domiciliarità: tra Sad, Adi, le misure B2 e di Rsa aperta.
3. La ricomposizione può iniziare a partire da una condivisione delle informazioni sull'utenza tra Comuni e Asl.
4. Occorre sviluppare il ruolo dei Sad in due direzioni. Nel sostegno ai caregiver con attività di orientamento, formazione e tutoring. E nella offerta di servizi accessori e complementari che possono intercettare la domanda pagante delle famiglie.
5. In entrambe le direzioni è cruciale che i Sad si relazionino di più e meglio con i soggetti territoriali del privato sociale, dell'associazionismo, della cooperazione sociale.
6. Va colmato un deficit di conoscenza e valutazione su cosa "funziona meglio" nell'evitare i ricoveri in Rsa e la vita al proprio domicilio.

6. FINANZIAMENTO E SPESA: COSA VEDIAMO

Spesa pubblica 2014		Spesa privata 2014	
Spesa Regione/Asl (stima)	1.078.560.000	Badanti	1.600.000.000
Spesa Comuni	148.000.000	Rette Rsa	1.413.386.000
Spesa INPS per indennità di accompagnamento	1.183.865.000	Rette Sad / Cdi	115.640.000
Totale	2.410.425.000	Totale	3.129.026.000

1. La crescita del finanziamento per il welfare si è sensibilmente ridotta negli ultimi cinque anni, sebbene in crescita.
2. Maggiore attenzione regionale al sociosanitario rispetto al sociale.
3. Spesa sbilanciata verso i servizi residenziali e maggiore compartecipazione dell'utenza (13,2% rispetto a 11,5% del Centro- Nord e 10,5% Italia). I Comuni dedicano il 12% della spesa sociale agli anziani (vs 18% a livello nazionale)
4. Non è possibile realisticamente pensare a un aumento delle risorse pubbliche nei prossimi anni.
5. Il finanziamento pubblico dei servizi è poco “premiante” e incentivante la loro qualità.

6. FINANZIAMENTO E SPESA: COSA PROPONIAMO

1. Una crescita progressiva a carico della sanità della partecipazione al finanziamento dell'assistenza (domiciliare e residenziale).
2. L'introduzione del nuovo Isee va accompagnato: esso infatti tenderà a "favorire" l'utenza anziana dei servizi (Sad e Rsa) a scapito dei bilanci comunali, con un aggravio dei costi in capo ai Comuni.
3. Va sviluppato un finanziamento dei servizi maggiormente premiante la loro qualità (investimenti in tecnologie e formazione del personale in particolare).
4. Avvio di uno studio di fattibilità regionale sull'avvio di un Fondo integrativo volontario a sostegno della non autosufficienza.