

L'età dell'incertezza delle politiche per gli anziani non autosufficienti*

Cristiano Gori

Le politiche per gli anziani non autosufficienti stanno vivendo in Italia una fase segnata da una profonda incertezza e non è affatto chiaro quale traiettoria seguiranno nel prossimo futuro. Se si vuole passare dall'attuale età dell'incertezza a una stagione di rinnovato sviluppo del settore si devono, innanzitutto, ridefinire i termini del dibattito, partendo da uno sguardo sulla realtà del nostro paese. Bisogna, in altre parole, fermarsi a chiedersi quali sono gli ostacoli da superare per costruire un sistema di sostegno agli anziani non autosufficienti, e alle loro famiglie, adatto

alla società attuale e futura. È ciò che prova a fare questo articolo, dedicandosi ad alcuni nodi di fondo: la scarsa attenzione dedicata dalla politica; l'accompagnamento di anziani e famiglie nel loro percorso come obiettivo molto dichiarato ma poco raggiunto; la necessità di articolare maggiormente la rete delle risposte a livello locale; il legame sempre più stretto tra non autosufficienza e impoverimento; la radicata immobilità sulla riforma dell'indennità di accompagnamento; l'esigenza di trovare nuovi mix tra il finanziamento pubblico, primario, e quello privato complementare.

1. Introduzione

Discutere le prospettive delle politiche pubbliche di assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*, Ltc) in Italia risulta oggi particolarmente complicato. Dopo una lunga epoca di progressivo sviluppo e una successiva fase di contrazione, infatti, il settore vive un periodo che – a differenza dei precedenti – non si presta ad alcuna lettura univoca. Il solo tratto caratterizzante consiste nella totale incertezza sulla direzione che sarà intrapresa nel prossimo futuro.

L'articolo prova a diradare la nebbia, cercando di mettere a fuoco i

* L'autore ringrazia Rosemarie Tidoli per le puntuali osservazioni a una versione precedente del testo. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente dell'autore.

nodi da sciogliere per passare a una nuova fase di rafforzamento. Si tratta di un elenco di problemi da affrontare, e non di soluzioni da realizzare. La scelta di procedere in tal senso è dettata dalla convinzione che per ambire a una stagione di rinnovato sviluppo si debbano, innanzitutto, ridefinire i termini del dibattito, partendo da uno sguardo sulla realtà del nostro paese. In altre parole, oggi, per prima cosa, occorrerebbe chiedersi quali sono gli ostacoli da superare per costruire un sistema di *long-term care* adatto alla società italiana attuale e futura. Diversamente si rischia di reagire all'incertezza insistendo su ricette ormai usurate, buone per altri momenti storici, oppure avanzando ipotesi, magari suggestive, slegate dalla concreta situazione del nostro paese.

Il contributo propone una serie di spunti che si auspica possano risultare d'interesse – ovviamente in misura variabile – per la gran parte del territorio italiano, seppure nella sua eterogeneità. Tali spunti riguardano, come detto, i principali nodi da affrontare: il rapporto con la politica (paragrafo 3), il ruolo degli interventi d'informazione e presa in carico (paragrafo 4), l'articolazione della rete dell'offerta (paragrafo 5), la funzione dell'indennità di accompagnamento (paragrafo 6), il legame tra non autosufficienza e impoverimento (paragrafo 7) e le strategie di finanziamento (paragrafo 8); un breve paragrafo conclusivo, infine, chiude il percorso (paragrafo 9). Prima di tutto, però, è necessario delineare i peculiari contorni della fase che stiamo vivendo (paragrafo 2).

2. L'età dell'incertezza

Seppure – considerate in prospettiva storica – risultino relativamente giovani, le politiche pubbliche di assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia hanno già attraversato stadi assai differenti. Hanno iniziato a prendere piede negli anni ottanta: fino al decennio precedente risultavano, invece, marginali poiché gli interventi erano assai limitati, di natura prevalentemente residenziale e destinati a persone impossibilitate ad affrontare la loro situazione attraverso la propria rete familiare o le loro risorse finanziarie. Un ambito residuale, dunque, rivolto sostanzialmente ad anziani soli e in difficoltà economica (Giumelli, 1994).

Negli anni ottanta le politiche pubbliche iniziano a svilupparsi, imboccando un lungo percorso di crescita graduale che si estenderà sino al termine dello scorso decennio. Passo dopo passo, l'offerta si amplia

e si differenzia, e la qualità aumenta. Si assiste così a un miglioramento progressivo del sistema, sempre più accentuato con il trascorrere degli anni, sino a toccare la fase più alta nel decennio 2000-2010. In quel periodo, infatti, le politiche per gli anziani non autosufficienti hanno raggiunto in Italia il massimo livello di espansione. Lo mostrano i dati sull'ampliamento dell'utenza nelle diverse tipologie di interventi¹, così come gli avanzamenti in progettualità e qualità delle risposte registrati in gran parte del paese.

Giunti alla fine dello scorso decennio, il sistema presentava ancora ampie necessità di miglioramento – in misura e con forme differenti nei vari territori – rispetto alla qualità così come alla quantità delle risposte in campo; si segnalava, tra l'altro, l'insufficienza dell'offerta di servizi alla persona. Inoltre il continuo incremento della popolazione anziana e il mutare del suo profilo (si pensi alla diffusione delle demenze) richiedevano significativi sforzi per modificare le risposte in essere. Ciò detto, le condizioni del settore apparivano più soddisfacenti rispetto al recente passato e l'aspettativa prevalente tra gli addetti ai lavori era che lo sviluppo sarebbe proseguito (Gori e Lamura, 2009). L'irrompere della crisi economica, invece, ha cambiato radicalmente lo scenario. La restrizione della spesa pubblica ha determinato la riduzione delle percentuali di anziani utenti² e il clima – nelle realtà del

¹ Tra il 2000 e il 2010, in Italia, la percentuale di persone 65+ in strutture residenziali è salita dal 2% al 2,4%, quella di utenti Adi (Assistenza domiciliare integrata) dall'1,9% al 4,2% e quella dei percettori dell'indennità di accompagnamento dal 5,5% al 12,5%; solo l'utenza dei servizi domiciliari comunali, i Sad (peraltro da sempre quantitativamente marginale nella complessiva offerta pubblica di Ltc) si è ridotta, passando dall'1,8% all'1,5% (Chiatti e al., 2010; Gori, 2010b; Barbabella e al., 2015). Gli incrementi della platea di beneficiari sono rappresentati come percentuale della popolazione anziana: considerando che quest'ultima – nel periodo considerato – è aumentata sensibilmente, l'incremento in valore assoluto è stato superiore.

² Tra il 2010 e il 2013, nel nostro paese la percentuale di persone 65+ in strutture residenziali è passata dal 2,4% all'1,9%, quella di utenti Sad dall'1,5% all'1,3% e i beneficiari dell'indennità di accompagnamento dal 12,5% al 12%. L'unico servizio che ha visto proseguire leggermente la crescita dell'utenza è l'Adi (dal 4,2% al 4,3%), un dato condizionato però fortemente dalla presenza di fondi europei temporanei nelle regioni meridionali: se si escludono questi finanziamenti straordinari dal calcolo e si considerano solo le politiche ordinarie, si riscontra una riduzione dell'utenza anche in questo servizio (Barbabella e al., 2015).

welfare locale – è rapidamente mutato: si è passati dalla predominante fiducia nel prosieguo dello sviluppo del settore alla diffusa convinzione che la fase evolutiva fosse conclusa e che il futuro potesse riservare solo arretramenti, sotto ogni punto di vista. Coerentemente con questa percezione, comune tra decisori e operatori, la gran parte dei percorsi di miglioramento qualitativo e di innovazione dell'offerta in atto nei vari territori è stata rallentata o interrotta (Gori e Rusmini, 2015). Terminata la crisi, si è da poco aperta una nuova fase, dai tratti diversi e indecifrabili³. Se in precedenza, infatti, si registrava una direzione evidente – si trattasse di sviluppo o di arretramento – ora, invece, si sperimenta un'assoluta incertezza circa la strada che le politiche per l'assistenza agli anziani non autosufficienti prenderanno nel nostro paese. L'insicurezza riguarda i finanziamenti che saranno disponibili per affrontare una domanda in continua crescita, quindi la platea di beneficiari raggiungibile, così come la possibilità di intraprendere rinnovati percorsi di rafforzamento della qualità e d'innovazione delle risposte fornite. Oggi, dunque, non è affatto chiaro quale traiettoria seguiranno le politiche e immaginarne gli scenari per il prossimo futuro pare sostanzialmente impossibile. Per provare a lasciarsi alle spalle con successo l'età dell'incertezza mi pare che – come anticipato – si debba partire dal mettere a fuoco i nodi da sciogliere nell'attuale sistema pubblico di *long-term care*. È ciò che si proverà a fare di seguito.

3. Il rapporto con la politica

La discussione degli ostacoli da superare deve partire – a mio parere – dall'esigua attenzione oggi dedicata dalla politica alla non autosufficienza. La principale manifestazione di tale scarso interesse non risiede nel noto, e sempre più acuto, sotto-finanziamento dei servizi alla persona (cfr. paragrafo 8). Questo è il sintomo più visibile, mentre il più profondo consiste nella frequente rinuncia a cercare migliori risposte alle esigenze degli anziani e delle loro famiglie. Infatti, non solo il tema non rientra tra le priorità di gran parte degli esponenti politici ma anche – e soprattutto – coloro i quali hanno responsabilità amministrative mostrano, perlopiù, una progettualità debole in merito.

³ Le caratteristiche della fase che stiamo vivendo in Italia presentano, peraltro, varie analogie con quanto accade in numerosi paesi occidentali (Gori, Fernandez e Wittenberg, 2016).

La carenza di progettualità si manifesta a tutti i livelli di governo:

- ♦ Stato: la possibilità di una riforma nazionale tesa a razionalizzare e rafforzare il sistema è stata ampiamente discussa tra la fine degli anni novanta e la conclusione del decennio successivo, senza esiti concreti, per poi scomparire dal dibattito politico.
- ♦ Regioni: nella maggior parte dei casi, le attenzioni riformatrici e le spinte al miglioramento in atto toccano il *long-term care* in misura ridotta. A prima vista, tale aspetto può non emergere perché sovente il potenziamento delle politiche per i non autosufficienti costituisce un obiettivo dichiarato delle amministrazioni regionali, eppure è così. Infatti, i cambiamenti attivati si concentrano sulla realtà sanitaria e interessano ambiti che toccano limitatamente i servizi di Ltc di competenza regionale, quelli socio-sanitari, in particolare i percorsi post-ospedalieri (cure intermedie) e le cronicità (Fattore, Giugiatti e Longo, 2016). La diffusa enfasi su tali interventi come azioni riformatrici nel *long-term care* rappresenta una prova delle difficoltà a riconoscere a quest'ultimo una propria specificità e, dunque, della sua debolezza culturale.
- ♦ Comuni: il servizio sociale comunale è, da tempo, relegato in una posizione marginale in materia di non autosufficienza, dalla quale riesce a intercettare una porzione assai circoscritta delle domande. Il Sad, l'assistenza domiciliare comunale, sperimenta una diffusa difficoltà a disegnare il proprio ruolo in un contesto caratterizzato da profili di elevata gravità dell'anziano e dall'ampia presenza delle assistenti familiari («badanti») (Tidoli, 2016). Rispetto all'allocazione delle risorse, d'altra parte, la percentuale della (ridotta) spesa sociale complessiva delle municipalità destinata agli anziani non autosufficienti è in calo dalla seconda metà dello scorso decennio (Barbabella e al., 2015).

Quali sono le cause di una simile carenza di progettualità ad ogni livello? Possiamo escludere che si tratti dell'assenza di aree critiche sulle quali sarebbe necessario intervenire: queste, invece, certo non mancano (alcune tra le principali sono riprese più avanti). Una nota interpretazione ne individua le radici in un diffuso fenomeno di rimozione. La non autosufficienza, secondo tale lettura, non diventerebbe tema d'interesse prioritario per la politica perché la maggioranza della popolazione – composta da persone in altre fasce d'età – tenderebbe, appunto, a rimuoverla per una semplice ragione: nessuno di noi desidera ricordare che lui stesso potrebbe diventare, un domani, un anziano non autosufficiente (ad es. Gori, 1984). Tale spiegazione, secondo me, è risultata assai pertinente sino a un recente passato mentre con il

successivo mutamento demografico è progressivamente diventata meno calzante. Infatti, se – sino a qualche decennio fa – gli anziani non autosufficienti costituivano una parte del tutto minoritaria della società, oggi non è più così: gli individui in questa condizione sono aumentati enormemente e vivono ben più a lungo che in precedenza. In pratica, quasi tutti gli adulti hanno o hanno avuto un genitore fragile, oppure conoscono da vicino qualcuno che vive tale situazione. La non autosufficienza, dunque, non rappresenta più un fenomeno circoscritto al quale la maggior parte delle persone può non voler pensare, bensì una realtà che occupa una posizione centrale nella società. Poiché è già presente nella quotidianità di gran parte di noi, fingere di non vederla non è più possibile. Ritenendo, dunque, che questa interpretazione non abbia più la pregnanza del passato, si possono cercare altre ipotesi per spiegare il ridotto interesse della politica.

Una risiede nella mancanza di una domanda sufficientemente forte di migliori risposte da parte della popolazione interessata. Il modello italiano di assistenza pubblica si fonda oggi su una bassa offerta di servizi e un'elevata diffusione dell'indennità di accompagnamento, utilizzata perlopiù come contributo al costo delle assistenti familiari. Si tratta di un assetto che scarica sulla famiglia la responsabilità di organizzare l'assistenza (agendo, nella maggior parte dei casi, come «case manager» di se stessa) e che, sovente, richiede ai suoi componenti anche un significativo impegno diretto nel *care* dell'anziano fragile, così come un rilevante sforzo economico. È superfluo ricordare qui le svariate conseguenze negative che un simile quadro causa alle famiglie: seguendo l'ipotesi menzionata sopra, però, tutto ciò non produrrebbe nei soggetti coinvolti uno scontento tale da indurli a chiedere con vigore risposte pubbliche diverse e più adeguate. Una simile tesi smentirebbe le previsioni a lungo elaborate da molti osservatori, me compreso, i quali ritenevano che con il susseguirsi di nuove generazioni di familiari curanti sarebbero aumentate le richieste di un migliore intervento pubblico. Si pensava, infatti, che l'intreccio tra crescente occupazione femminile, maggiore grado di istruzione e più elevate aspettative sulla possibilità di disporre del proprio tempo avrebbe spinto le persone coinvolte in questa direzione. Invece, se l'ipotesi qui prospettata fosse vera, ci troveremmo davanti a uno scenario ben diverso, legato probabilmente al complessivo venir meno delle aspettative di miglioramento della propria condizione – quasi una sorta di «rassegnazione» che tocca oggi la nostra intera società – e al profondo radicamento dell'approccio familista alla cura nel nostro paese.

Un'altra spiegazione possibile riguarda la debolezza dei soggetti organizzati che dovrebbero veicolare la domanda di migliori interventi pubblici nei confronti della politica. Seguendo tale interpretazione, il problema risiederebbe nell'inadeguata influenza degli attori sociali a tutela degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. È un fenomeno, peraltro, comune all'intera Europa: tutte le ricerche comparative sottolineano la loro ben minore capacità di pressione politica rispetto alle associazioni che rappresentano la disabilità (ad es. Ranci e Pavolini, 2013). I principali attori sociali interessati all'insieme della popolazione anziana non autosufficiente sono i sindacati pensionati. Questi ultimi erano, in passato, concentrati sulla rappresentanza degli anziani in quanto pensionati (quindi beneficiari della previdenza) e non come persone potenzialmente non autosufficienti (dunque utenti di Ltc). Sebbene negli anni la loro capacità di tutelare chi versa in questa condizione si sia progressivamente rafforzata, tale cammino non avrebbe – in base a questa lettura – ancora prodotto i frutti sperati. Non sono in grado di valutare il rilievo di queste due interpretazioni, che non si escludono tra loro, e non esistono dati di ricerca sufficientemente solidi da impiegare a tal fine; peraltro, si possono certamente individuare altre spiegazioni plausibili. Quello che è certo è che, per puntare ad un nuovo sviluppo del settore, il nodo della debole attenzione da parte della politica – e delle sue cause – non può essere eluso.

4. L'accompagnamento di anziani e famiglie nel loro percorso

Di quale intervento le famiglie e gli anziani sentono oggi maggiormente la mancanza in Italia? Le ricerche disponibili e l'esperienza concreta forniscono una risposta concorde: essere accompagnati ad affrontare la non autosufficienza (e tutto ciò che implica a livello organizzativo, psicologico ed economico) grazie a informazioni, suggerimenti, indicazioni su dove rivolgersi e quali servizi ricevere, affiancamento nella definizione del mix di risposte, consigli su come affrontare gli impegni di cura, e così via. Chiedono, cioè, un insieme di azioni che – nel linguaggio del welfare – spazia da attività informative ben strutturate, a sostegni nell'accesso, alla presa in carico, sino all'accompagnamento nel corso del tempo da parte di figure di riferimento precise (*case manager*). La richiesta si articola diversamente nelle varie fasi della non autosufficienza – pensiamo, ad esempio, alle differenti esigenze che si presentano al momento dell'esordio o quando, per qua-

RPS

Cristiano Gori

lunque ragione, ne mutano le caratteristiche. Tutte, però, sono accomunate dal medesimo bisogno: prima ancora di specifici servizi o contributi economici, famiglie e anziani chiedono di essere affiancati nelle varie tappe del loro percorso⁴.

L'utilità delle funzioni di informazione, presa in carico e *case management*, nonché la loro efficacia per anziani e *caregiver*, sono note da decenni nella letteratura scientifica internazionale. Nel dibattito italiano, altresì, ne è stata riconosciuta la necessità all'inizio degli anni novanta⁵, e da allora tali strumenti sono stati oggetto di ricerche e di importanti sperimentazioni (ad es. Bernabei e al., 1998), così come di varie esperienze locali positive. Studi e convegni che ne sottolineano la centralità non si contano. Questa consapevolezza è oggi ampiamente diffusa tra gli operatori e accompagnare anziano e famiglia nel proprio percorso figura da tempo tra le priorità dei decisori: non esiste documento programmatico o normativo che non lo indichi come elemento fondamentale e irrinunciabile della relazione d'aiuto, soffermandosi in particolare sul concetto di «presa in carico», al quale è dedicato ampio spazio in tutti gli atti.

In sintesi, le famiglie le richiedono, gli studi e varie esperienze mostrano che sono decisive e le politiche pubbliche le inseriscono sempre come obiettivo prioritario. Eppure, i risultati di ricerca disponibili mostrano che – in molte parti del paese – le attività di informazione, accompagnamento, presa in carico non sono presenti in maniera tale da rispondere adeguatamente alle esigenze delle famiglie⁶.

Tale situazione determina, non di rado, un sentimento di frustrazione tra gli operatori, soprattutto quelli con maggiore esperienza. Essi, infatti, ben sanno che in materia di affiancamento di anziani e famiglie non si tratta di «inventare» nuove soluzioni poiché gli interventi da realizzare sono noti. Il problema, invece, è che spesso – per un motivo o per l'altro – non si riesce a tradurli in pratica.

In che modo porsi davanti a questi dati di fatto? Il punto in discussio-

⁴ Tra le diverse indagini che lo mostrano si vedano, recentemente, Arlotti (2015); Spadini e Vaccaro (2016).

⁵ Ad esempio nel Progetto Obiettivo, *Tutela della salute degli anziani*, pubblicato dal Ministero della Salute nel 1992.

⁶ Dati, informazioni e riflessioni sul punto si possono trovare in numerosi contributi dei Rapporti sull'assistenza agli anziani non autosufficienti che il Network Non autosufficienza, ideato e coordinato da chi scrive, pubblica regolarmente dal 2009. I Rapporti sono scaricabili gratuitamente da www.maggioli.it/rna.

ne costituisce un esempio paradigmatico dell'approccio indispensabile per superare con successo l'età dell'incertezza (cfr. introduzione): ridefinire i termini del dibattito a partire da uno sguardo sulla realtà. Non ci si può più limitare, infatti, a considerare come un obiettivo dichiarato l'affiancamento di anziani e famiglie nel loro cammino, dopo averne debitamente sottolineato l'importanza e individuato gli strumenti da utilizzare allo scopo. Ora occorre fare il passo successivo, focalizzandosi sul fatto che questo obiettivo (immancabilmente richiamato, ma che gli addetti ai lavori sanno assai difficile da raggiungere) perlopiù non viene realizzato, interrogandosi sugli ostacoli e studiando le opportune strategie per rimuoverli. Si tratta, in altre parole, di comprendere quali sono le condizioni per arrivarvi e di concentrarsi su come tradurle in pratica. Continuare esclusivamente a citarlo sulla carta senza individuare i concreti presupposti per conseguirlo, invece, non potrebbe che accrescere frustrazione e disincanto.

Su questo – così come su altri aspetti del *long-term care* – la vera innovazione non è, per dirla con gli economisti, «di prodotto» (individuare un nuovo servizio), bensì «di processo» (trovare modalità operative nuove per far funzionare nella pratica soluzioni ben note, ma di difficile realizzabilità). È un tipo d'innovazione particolarmente impegnativa, perché non ha il fascino che l'attivazione di ogni nuova risposta porta con sé e obbliga chi lavora nella rete del welfare locale a interrogarsi sulle proprie difficoltà.

Le ragioni delle difficoltà ad accompagnare anziani e famiglie possono essere varie, legate alle specificità dei contesti, e sono da investigare a diversi piani: gli strumenti utilizzati, l'organizzazione dei servizi, le disponibilità di personale, le politiche, le strategie di finanziamento ed altro ancora. Non ho ipotesi precise da formulare in merito a tali motivazioni, di nuovo temo di porre una domanda senza offrire risposte. D'altra parte, sono persuaso che spostare il dibattito sul percorso dalla definizione dell'obiettivo agli ostacoli da superare nel perseguirlo costituisca l'unica strada per provare, effettivamente, a raggiungerlo.

5. L'articolazione della rete di offerta

Nel recente passato, il progressivo ampliamento della rete locale dei servizi a titolarità pubblica è stato accompagnato – in gran parte del paese – dalla sua concentrazione su due poli. Da una parte, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), con risposte di natura perlopiù in-

fermieristico-sanitaria, che generalmente eroga pochi interventi per caso, attraverso un approccio principalmente prestazionale e per periodi di tempo circoscritti. Dall'altra, le strutture residenziali, focalizzate su anziani in condizioni ben più critiche rispetto al passato e che richiedono, dunque, un'assistenza sempre più impegnativa. L'altro attore in campo, cioè il servizio sociale comunale, sperimenta da tempo una riduzione del proprio intervento domiciliare (Sad), la cui estensione risulta oggi assai ridotta (cfr. paragrafo 3).

Il welfare territoriale, in sintesi, si è venuto sempre più articolando principalmente tra un'Adi prevalentemente prestazionale e una residenzialità destinata a chi si trova in condizioni particolarmente gravi (Gori, 2012). La complessiva rete dei servizi, così configurata, risulta evidentemente incompleta. L'insieme delle risposte presenti nei territori, infatti, lascia un ampio spazio vuoto tra queste due unità di offerta: mancano ulteriori tipologie d'interventi capaci di riempirlo e di soddisfare così le tante esigenze degli anziani che non trovano corrispondenza nei servizi esistenti. La necessità di articolare maggiormente le modalità di risposte disponibili è sempre più riconosciuta e in molte realtà locali sono in corso riflessioni, sperimentazioni e innovazioni in tale direzione, mentre in altre alcuni interventi sono già a regime. Diverse sono le soluzioni che si possono mettere in campo, sulle quali non è possibile qui soffermarsi. Il nocciolo della questione è che confrontarsi con l'esigenza di diversificare e ampliare l'insieme degli interventi esistenti costituisce una sfida fondamentale da affrontare per superare l'età dell'incertezza, tema con il quale bisognerà fare i conti costantemente negli anni a venire.

Se consideriamo la realtà del welfare locale, questo è – insieme alla costruzione di effettive capacità di affiancamento e presa in carico – l'altro grande impegno strategico che tocca, seppur in misura variabile, i diversi contesti italiani. Le due sfide guardano in direzioni opposte – l'una richiede di differenziare le risposte, l'altra di ricondurle a unitarietà nel percorso di chi è coinvolto – ma perseguono il medesimo obiettivo: una migliore capacità di governare la rete dei servizi.

Tra le varie piste di lavoro possibili, particolarmente promettente pare lo sviluppo della cosiddetta residenzialità leggera, cioè un insieme di soluzioni abitative «intermedie» destinate ad anziani che richiedono qualche forma di sostegno ma non si trovano in condizioni di grave compromissione socio-sanitaria e necessità di assistenza continua, motivi che abitualmente determinano il ricovero nelle strutture residenziali «tradizionali». Si tratta di persone, in altre parole, che – per

vari motivi – non possono più vivere nella propria abitazione ma che non rientrano nel target della residenzialità standard. La residenzialità leggera comprende numerose offerte, le cui diverse denominazioni (ad esempio alloggi protetti, comunità alloggio, residenza assistenza) riflettono una grande varietà d'interventi rivolti a persone in condizioni eterogenee. È un laboratorio aperto, nel quale si confrontano una varietà di ipotesi e soluzioni (Giunco, 2014).

Pertanto, la residenzialità leggera qui discussa mira a colmare il «vuoto» esistente tra l'assistenza a casa e quella in strutture residenziali. È un ambito diverso da quello delle cosiddette cure intermedie, cioè interventi di post-acuzie e di riabilitazione, che occupano lo spazio tra ospedale e domicilio o servizi di comunità, alle quali oggi le riforme sanitarie in atto dedicano particolare attenzione (cfr. paragrafo 3). In questo caso si tratta di un'estensione di minore intensità delle cure ospedaliere, il cui tempo di utilizzo è breve e che, contrariamente alla residenzialità leggera, si rifà a modelli d'intervento di stampo prevalentemente sanitario.

6. *L'indennità di accompagnamento*

Spostandosi dagli interventi locali a quelli di titolarità statale, lo sguardo si rivolge all'indennità di accompagnamento. Le analisi in merito concordano, da tempo, nell'evidenziarne alcune criticità strutturali. Primo, l'importo uguale per tutti gli utenti⁷ impedisce di rispondere in modo appropriato alle diverse situazioni, in particolare a quelle caratterizzate da elevati bisogni assistenziali e ridotte disponibilità economiche; tale limite è acuito dall'esistenza di un legame sempre più stretto tra non autosufficienza e rischio di povertà (cfr. paragrafo 7). Secondo, l'inadeguatezza delle modalità di accertamento dei requisiti per ricevere l'indennità, e dei relativi controlli, crea le condizioni per un'estrema variabilità regionale nelle percentuali di utenti anziani, con valori che nel meridione sono così elevati da non risultare giustificabili né con la maggiore presenza di disabilità⁸ né con la minore offerta di

⁷ L'importo mensile è pari a 515 euro al mese (anno 2017). L'unica categoria di beneficiari a ricevere una cifra superiore sono i ciechi civili assoluti, la cui specificità non è qui discussa.

⁸ Come noto, i tassi di disabilità risultano abitualmente più elevati nei contesti con minore sviluppo economico e livello d'istruzione, come appunto il Sud rispetto al resto del paese.

servizi in quelle aree rispetto al resto del paese (Gori, 2010). Terzo, l'assenza di qualsivoglia vincolo o forma di controllo determina l'impossibilità di verificare gli scopi per i quali il contributo economico viene impiegato così come la qualità del *care* fornito grazie ad esso, impedendo anche la tutela dei *caregiver* coinvolti, siano essi familiari o professionali («badanti»). Infine, la sua erogazione non è legata alla possibilità di ricevere quei servizi di informazione, orientamento, presa in carico, dei quali – come si è già evidenziato (cfr. paragrafo 4) – le famiglie soffrono la carenza (ad es. Da Roit, 2008; Facchini, 2009). Da tempo, tuttavia, si vive una schizofrenia tra la riflessione di natura tecnica e il confronto politico.

Infatti, mentre la prima si concentra sugli aspetti sopra elencati, il secondo s'interessa all'indennità prevalentemente per raffigurarla come fonte d'inefficiente utilizzo di risorse pubbliche, sprechi e fenomeni corruttivi. Ciò accade ciclicamente: è successo durante il Governo Berlusconi 2008-2011, con una forte eco mediatica e modalità particolarmente sgradevoli, ma vi sono stati altri casi nel tempo⁹. La presenza di problemi di rilievo è indubbia, si è già detto, ma sinora questi periodici attacchi non ne hanno promosso la risoluzione. La loro conseguenza principale è consistita, invece, nel radicare tra gli *stakeholders* interessati, i più agguerriti dei quali sono le associazioni delle persone con disabilità, la convinzione che, per chi ne ha effettivamente bisogno, l'esito di qualunque tentativo di riformare l'indennità non possa che sfociare nella minor possibilità di riceverla. Si è così creato – e, temo, sedimentato – un clima nel quale l'ipotesi che si possa rivedere questo beneficio al fine di migliorare le risposte alla popolazione coinvolta trova poco credito.

Abbiamo, dunque, l'intervento di Ltc con il maggior numero di utenti¹⁰ che necessiterebbe di profonde revisioni migliorative mentre la maggioranza dei soggetti interessati è avversa a ogni cambiamento, ritenendo che qualunque percorso riformatore non potrebbe che concludersi con un esito peggiorativo. Uscire da questa consolidata situa-

⁹ Ad esempio, le analisi sulla spesa per l'indennità di accompagnamento compiute dal commissario alla *Spending review* Cottarelli durante il Governo Letta (2013-2014). Complessivamente, seppure attacchi all'indennità di accompagnamento siano nel tempo provenuti da tutti gli schieramenti politici, i più decisi sono giunti dalle forze di centro-destra.

¹⁰ Cfr. note 2 e 3. Inoltre, l'indennità assorbe la metà della complessiva spesa pubblica per la non autosufficienza (Rgs, 2016).

zione di stallo costituisce un obiettivo fondamentale per superare l'età dell'incertezza.

A tal fine, bisognerebbe dare centralità ai contenuti. Mi pare, infatti, che le principali auspicabili linee di trasformazione siano condivise da tutti coloro i quali desiderano lo sviluppo del settore:

- ♦ criteri di accesso: conferma della possibilità di ricevere la misura in base al solo bisogno assistenziale (vedi sotto), da valutare attraverso modalità di accertamento della non autosufficienza riviste;
- ♦ importo: dall'attuale somma fissa alla differenziazione secondo le necessità assistenziali e le condizioni economiche dei richiedenti;
- ♦ modalità di utilizzo: forme di verifica dell'effettivo impiego dell'importo e promozione del suo utilizzo per ricorrere a soggetti accreditati, siano essi organizzazioni o individui («badanti»);
- ♦ informazione: fruizione dell'indennità collegata alla possibilità di ricevere servizi di informazione e *case management*, in connessione con i servizi locali¹¹.

Evidentemente ognuno di questi aspetti porta con sé una varietà di complicazioni tecniche sulle quali lavorare, ma un insieme di contenuti condivisi dai quali partire esiste.

Infine, meritano qualche parola ulteriore i criteri di accesso. È affiorata a più riprese l'ipotesi che, per ricevere l'indennità, si debba affiancare al bisogno assistenziale la prova dei mezzi, che richiede di avere risorse economiche inferiori a una determinata soglia. Bisogna, tuttavia, notare come nella maggior parte dei paesi europei le misure equivalenti all'accompagnamento vengano fornite esclusivamente sulla base del bisogno assistenziale. Non è un caso. Il presupposto comune, infatti, risiede nel considerare l'assistenza agli anziani non autosufficienti un diritto di cittadinanza, che in quanto tale è indipendente dalle disponibilità economiche delle persone, alla stessa stregua della sanità. Così come quest'ultima, il *long-term care* pubblico è ritenuto un diritto di tutta la popolazione e non solo di coloro che non possono permettersi soluzioni private. Spesso, a differenza del nostro paese, è l'importo a essere graduato secondo il bisogno e le possibilità economiche, così da adattarsi alle diverse condizioni degli utenti¹². Ovvero:

¹¹ Si tratterebbe di procedere con l'indennità nella stessa direzione suggerita per i servizi locali al paragrafo 4.

¹² Dal punto di vista concettuale, si può proseguire nell'analogia con la sanità: universalismo nell'accesso e poi risposte graduate in base ai bisogni e contributi alla spesa da parte di chi li può sostenere (ticket).

tutti i cittadini allo stesso modo hanno titolo a ricevere l'indennità; l'ammontare, invece, varia in base alla necessità di assistenza e alla condizione economica degli utenti. Muoversi in questa direzione è ciò che, per l'appunto, viene suggerito sopra.

7. *Il legame tra non autosufficienza e impoverimento*

Nei precedenti paragrafi sono stati esaminati alcuni nodi da sciogliere riguardanti gli interventi locali (affiancamento di anziani e famiglie nel loro percorso, articolazione della rete di offerta) e quello statale (indennità di accompagnamento). Voglio ora soffermarmi, invece, non su una specifica risposta bensì su un aspetto che riguarda l'intero sistema di Ltc nell'età dell'incertezza: il legame tra non autosufficienza e rischio d'impoverimento.

Gli anziani di oggi, considerati nel loro insieme, costituiscono la fascia di popolazione italiana più protetta rispetto alla povertà e che ha sofferto in misura meno acuta della recente crisi economica, grazie al combinato disposto della possibilità – avuta durante la propria vita – di accumulare risorse economiche e dei trattamenti previdenziali rivolti loro (Baldini, 2015). Il rischio di povertà, dunque, non colpisce indistintamente la popolazione anziana ma, al suo interno, si rivolge in modo particolare ai non autosufficienti e alle rispettive famiglie: in questo gruppo tale rischio è aumentato in misura significativa rispetto a prima della crisi (Luppi, 2015).

L'assetto attuale delle politiche pubbliche di welfare non sembra in grado di arginare il pericolo. E anzi il nesso tra famiglie con ridotte disponibilità economiche, significativo incremento di spese dovuto alla non autosufficienza di un componente anziano e peggioramento delle proprie condizioni, non di rado con fenomeni di vero e proprio impoverimento, è presente nell'Italia di oggi in tutta la sua dirompente semplicità. Luppi (2015), ad esempio, dimostra che i nuclei con anziani con un'incidenza delle spese di cura sul reddito familiare superiore al 20% presentano una percentuale più che doppia, rispetto alla popolazione di riferimento, di cadere in povertà¹³. Non pare necessario

¹³ L'elaborazione di Luppi, alla quale si fa qui riferimento, utilizza la definizione Eurostat di povertà relativa: sono in tale condizione le famiglie con un reddito equivalente inferiore al 60% di quello mediano nazionale.

sottolineare come questi fenomeni riguardino l'intero nucleo familiare, con molteplici ripercussioni sui suoi diversi componenti.

I versanti delle politiche di *long-term care* sui quali agire per fronteggiare il problema sono diversi: a) la già menzionata graduazione dell'importo dell'indennità di accompagnamento in base ai bisogni assistenziali ed alle condizioni economiche degli utenti, b) forme di modulazione dell'importo della retta in strutture residenziali secondo le disponibilità di chi la paga (Pesaresi, 2016), c) e, più in generale, nuove modalità di suddivisione della spesa tra finanziamento pubblico e privato, si veda oltre. Lo spazio per innovare è ampio, certo è che il legame tra non autosufficienza e impoverimento dovrà essere al centro dell'attenzione d'ora in avanti.

8. Il finanziamento

Il nodo delle risorse economiche dedicate all'intervento pubblico nel *long-term care* attraversa tutte le tematiche affrontate sin qui. L'intero sistema è, senza dubbio, finanziato in misura insufficiente¹⁴, ma tale valutazione dev'essere fatta considerando separatamente le componenti dei contributi monetari¹⁵ e dei servizi alla persona forniti dal welfare locale. Le analisi disponibili, infatti, concordano nell'indicare quale principale criticità italiana lo scarso investimento dedicato a questi ultimi; non a caso, siamo ai posti più bassi delle graduatorie europee in merito (ad es. Greve, 2017). In altre parole, il maggiore problema della spesa pubblica consiste nel sotto-finanziamento dei servizi. Peraltro l'ulteriore invecchiamento della popolazione atteso nel prossimo futuro – soprattutto l'aumento particolarmente rapido dei grandi anziani (80+), che costituiscono i principali utenti di Ltc – incrementerà il fabbisogno di risorse¹⁶.

Come rispondere alla necessità di maggiori finanziamenti? Da più parti – in Italia e non solo – la strada per uscire dalla stretta tra vincoli

¹⁴ Il punto è ampiamente trattato nei diversi Rapporti di Nna.

¹⁵ I contributi monetari corrispondono in grandissima parte all'indennità di accompagnamento, di titolarità dello Stato, con l'aggiunta di una componente residuale dedicata agli assegni di cura di Comuni e Regioni (Rgs, 2016).

¹⁶ Le stime sull'incremento del fabbisogno finanziario nei prossimi anni sono varie e accompagnate da un significativo grado d'incertezza. Non è possibile, dunque, fissare riferimenti precisi (Rgs, 2016; Lipszyc, Sail e Xavier, 2012).

di bilancio e pressioni demografiche viene individuata nello sviluppo di fondi privati. Questi ultimi si articolano in varie tipologie, che spaziano da forme di assicurazione collettiva (le principali, delle quali beneficiano gli appartenenti alle categorie professionali che le inseriscono nel proprio contratto collettivo¹⁷), ad assicurazioni di natura individuale.

Il dibattito scientifico internazionale, tuttavia, ha mostrato – in maniera univoca – che non si può trovare qui la principale risposta alla crescente domanda di assistenza (ad es. Ocse, 2011; Health Economics, 2015). Come ha concluso un noto studio Ocse: «i fondi assicurativi privati hanno alcune potenzialità, ma paiono destinati a rimanere prodotti di nicchia» (Ocse, 2011, p. 258). Non ci si può aspettare, infatti, che raggiungano la parte maggioritaria della popolazione, anche mettendo in campo tutti i possibili incentivi (a partire dalle agevolazioni fiscali): non a caso, in nessun paese occidentale – compresi quelli dove vi si investe da più tempo – ciò avviene (Gori, Fernandez e Wittenberg, 2016). I fondi tendono, peraltro, a coprire perlopiù alcuni tra i segmenti della società che già versano nelle migliori condizioni socio-economiche¹⁸.

Se si vogliono fornire interventi consoni, dunque, la principale risposta ai crescenti bisogni di LTC non può che provenire da un adeguato finanziamento pubblico. Per quanto questo costituisca un obiettivo evidentemente complicato, bisogna accettare il fatto che non esistono alternative. D'altra parte, poiché l'impegno pubblico potrà comunque coprire una parte circoscritta dei bisogni, è necessario costruire mix di finanziamento ben congegnati con le risorse private. Le menzionate forme assicurative private possono svolgere un efficace ruolo integrativo e, anzi, l'esperienza – è il caso di Francia e Germania – mostra che si sviluppano più ampiamente quando si integrano e si coordinano con l'intervento pubblico debitamente potenziato.

La possibilità di reperire maggiori risorse pubbliche, da destinare soprattutto per i servizi alla persona, dipenderà dalla capacità di sciogliere il nodo del rapporto con la politica (cfr. paragrafo 3). Si scrive risorse economiche, infatti, ma si legge scelte politiche: il punto consiste nel riuscire a trovare uno spazio per il *long-term care* tra le priorità

¹⁷ Nella contrattazione nazionale o in quella decentrata.

¹⁸ Le assicurazioni private collettive, le più diffuse, in Italia sono maggiormente presenti nel Centro-Nord, nelle grandi imprese, nel terziario avanzato e tra i lavoratori dipendenti (Pavolini, Ascoli e Mirabile, 2013).

del paese. Notevoli incrementi per il settore si potrebbero, peraltro, ottenere con importi di spesa che risultano di portata contenuta rispetto al volume complessivo del bilancio pubblico¹⁹. D'altra parte, attraversiamo una fase storica segnata dal complicato intreccio tra i crescenti vincoli ai quali quest'ultimo è sottoposto e le richieste di maggiori finanziamenti provenienti da molteplici settori. I margini di azione sono, dunque, ristretti ma se non si trova modo di sfruttarli al meglio, l'abbandono dell'età dell'incertezza rimarrà una chimera.

Una strategia efficace per il finanziamento – è qui da rimarcare – non può certo fermarsi alla legittima rivendicazione di un ruolo primario dell'attore pubblico. Si tratta, infatti, di un approccio parziale e perdente. Bisogna, invece, come detto, lavorare nella ricerca di adeguate combinazioni con le risorse private, agendo su diversi fronti. Uno riguarda una modulazione degli interventi pubblici capace di tenere meglio in considerazione condizioni e possibilità degli utenti; è il punto toccato sopra con riferimento ad indennità di accompagnamento e rette delle strutture. Un altro fronte concerne la valorizzazione delle disponibilità economiche degli anziani, sovente dotati di reddito contenuto ma di significativi patrimoni (soprattutto casa ed altri beni immobili²⁰). Infine, si tratta di incentivare forme di accumulazione di risorse che contribuiscano ad affrontare il rischio di futura non autosufficienza, a partire dai fondi privati discussi sopra.

La sfida consiste nell'approfondire questi diversi temi e nel collocarli in una visione complessiva che cerchi di rispondere alla domanda: «Qual è una modalità opportuna di suddivisione dei costi economici di Ltc tra la collettività (finanziamento pubblico), gli anziani e le famiglie, nella società di oggi e di domani?». Richiedono questo sforzo sia argomenti di sostenibilità, laddove come anticipato il pubblico può e potrà rispondere solo a una parte dei bisogni, sia di equità, al fine di

¹⁹ Attualizzando le stime di uno studio di qualche anno fa, per rispondere adeguatamente alla popolazione anziana non autosufficiente la spesa dedicata dovrebbe salire dall'attuale 1,27 a circa l'1,7% del Pil (Gori, 2010c). Come termini di paragone, la spesa pubblica per la complessiva protezione sociale è il 30,3% del Pil, quella al netto degli interessi sul debito il 46,1% e la spesa complessiva il 50,3% (dati 2015).

²⁰ Questo tema è, da anni, oggetto di uno stimolante dibattito, tra teoria e pratica. Numerosi gli spunti, in particolare la crescente attenzione ricevuta dalle forme di prestito vitalizio ipotecario (*reverse mortgage*) rispetto a quelle di vendita della nuda proprietà dell'abitazione.

fronteggiare il menzionato legame tra non autosufficienza e impoverimento e di far sì che chi ha di più possa contribuire maggiormente²¹.

9. Conclusioni

Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia vivono una fase inedita, segnata da una profonda incertezza circa le loro prospettive future. Per tendere verso un periodo di rinnovato sviluppo, a mio parere, si devono ridefinire i termini del dibattito, a partire da uno sguardo sull'attuale realtà degli interventi, le difficoltà esistenti e le possibili strade per superarle.

Seguendo tale prospettiva, l'articolo ha messo a fuoco diverse tra le principali criticità da affrontare, proponendo per ognuna diversi spunti. Sono stati così toccati alcuni, ineludibili, temi di fondo:

- ♦ la scarsa attenzione dedicata dalla politica agli anziani non autosufficienti;
- ♦ l'accompagnamento di anziani e famiglie nel loro percorso come obiettivo ampiamente, e da tempo, dichiarato, ma sovente non raggiunto;
- ♦ la necessità di articolare maggiormente la rete delle risposte a livello locale;
- ♦ il legame sempre più stretto tra non autosufficienza e impoverimento;
- ♦ la radicata immobilità sulla riforma dell'indennità di accompagnamento;
- ♦ l'esigenza di trovare nuovi mix tra il finanziamento pubblico, primario, e quello privato complementare.

Si tratta di questioni evidentemente ampie e complesse che, pertanto, nelle pagine precedenti è stato possibile solo sfiorare. Su ognuna sarebbe utile una ripresa del confronto, che coinvolga chi opera, chi decide e chi fa ricerca. Se vogliamo puntare a un futuro positivo per il *long-term care* in Italia, il lavoro non manca.

²¹ La ricerca di opportuni mix di finanziamento pubblico-privato è un tema che da anni riceve sempre maggiore interesse a livello internazionale e, dunque, rispetto al quale si può particolarmente beneficiare dal confronto con gli altri paesi (ad es. Rodrigues, 2015; Swartz, 2013).

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M., 2015, *Bisogni e cura familiare: un'indagine esplorativa*, in Arlotti M., Catena L. e Genova A. (a cura di), *La dimensione territoriale dell'integrazione*, Carocci, Roma, pp. 101-116.
- Baldini M., 2015, *Taxation Policies and the Welfare State*, in Ascoli U. e Pavolini E. (a cura di), *The Italian Welfare State in a Comparative Perspective*, Policy Press, Bristol.
- Barbabella F., Chiatti C. e Di Rosa M., 2015, *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto - Un futuro da ricostruire*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, pp. 15-34.
- Bernabei R., Landi F. e Gambassi G., 1998, *Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People living in a Community*, «British Medical Journal», vol. 316, n. 7141, pp. 1348-1351.
- Chiatti C., Barbabella F., Lamura G. e Gori C., 2010, *La «bussola» di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network Non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, pp. 13-32.
- Da Roit B., 2008, *Gli anziani beneficiari dell'indennità di accompagnamento. Risultati di un'indagine esplorativa*, in Ranci C. (a cura di), *Tutela la non autosufficienza*, Carocci, Roma.
- Facchini C., 2009, *Gli assegni di accompagnamento nel contesto delle politiche sociali per gli anziani non autosufficienti*, «Autonomie locali e servizi sociali», n. 1, pp. 65-78.
- Fattore G., Giugiatti A. e Longo F., 2016, *Il riordino dei servizi sanitari regionali*, in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2016. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, Egea, Milano.
- Giumelli G., 1994, *Anziani e assistenza. Dalla carità verso la sicurezza sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Giori D. (a cura di), 1984, *Vecchiaia e società*, il Mulino, Bologna.
- Giunco F. (a cura di), 2014, *Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani*, Milano, Fondazione Cariplo, «Quaderni dell'Osservatorio», n. 17, disponibile all'indirizzo internet: www.fondazionecariplo.it/static/upload/qua/qua_abitareleggero_web.pdf.
- Gori C., 2010a, *La corsa dell'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro?*, «I Luoghi della Cura», n. 3, pp. 5-10.
- Gori C. (a cura di), 2010b, *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Gori C. (a cura di), 2010c, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti*, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

- Gori C. e Lamura G., 2009, *Lo scenario complessivo*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, pp. 17-34.
- Gori C., 2012, *Home Care in Italy: A System on the Move, in the Opposite Direction to what we Expected*, «Health and Social Care in the Community», vol. 20, n. 3, pp. 255-264.
- Gori C. e Rusmini G., 2015, *La rete dei servizi sotto pressione*, in Network Non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto - Un futuro da ricostruire*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, pp. 57-85.
- Gori C., Fernandez J.L. e Wittenberg R. (a cura di), 2016, *Long-Term Care Reforms in Oecd Countries*, Policy Press, Bristol.
- Greve B. (a cura di), 2017, *Long-term Care for the Elderly in Europe*, Routledge, Londra.
- Health Economics, 2015, *Economics of Long-Term Care*, vol. 24, Supplemento n. 1, pp. 1-157.
- Lipszyc B., Sail E. e Xavier A., 2012, *Long-term Care: Need, Use and Expenditure in the EU-27*, European Commission, «Economic Papers», n. 469, Bruxelles.
- Luppi M., 2015, *Non autosufficienza e impoverimento*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quinto Rapporto - Un futuro da ricostruire*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, pp. 87-103.
- Ocse, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, Ocse.
- Pavolini E., Ascoli U. e Mirabile M.L., 2013, *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Pesaresi F., 2016, *Quanto costa l'RSA?*, Maggioli, Rimini.
- Ragioneria Generale dello Stato (Rgs), 2016, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Rapporto n. 17*, Roma, Ragioneria generale dello Stato.
- Ranci C. e Pavolini E., 2013, *Institutional Change in Long-Term Care: Actors, Mechanisms and Impacts*, in Ranci C. e Pavolini E. (a cura di), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, Springer, New York, pp. 269-314.
- Rodrigues R., 2015, *Long-Term Care: The Problem of Sustainable Financing*, European Commission, Lussemburgo.
- Swartz K., 2013, *Searching for a Balance of Responsibilities: OECD countries Changes Elderly Assistance policies*, «Annual Review of Public Health», n. 34, pp. 397-412.
- Spadin P. e Vaccaro C. (a cura di), 2016, *Cittadini come gli altri? Le condizioni dei malati di Alzheimer e dei loro caregiver*, Franco Angeli, Milano.
- Tidoli R., 2016, *Il Sad anziani: un servizio da ripensare?*, «www.lombardiasociale.it», 17 marzo.