

L'INVECCHIAMENTO IN LOMBARDIA

Tendenze demografiche e politiche per gli anziani non autosufficienti

QUADERNI DELL'OSSERVATORIO ■ Approfondimenti

39



Fondazione
CARIPLO

TUTE SERVARE MUNIFICE DONARE • 1816



L'INVECCHIAMENTO IN LOMBARDIA

Tendenze demografiche e politiche per gli anziani non autosufficienti

A cura di

Francesco C. Billari, Università Bocconi

Luca Stella, Università Cattolica del Sacro Cuore

Elisabetta Notarnicola, CERGAS – SDA Bocconi School of Management

Collana "Quaderni dell'Osservatorio" n. 39 ▪ Anno 2021

In copertina foto @ Luca Meola

Tutte le fotografie di questo volume sono state realizzate da Luca Meola nell'ambito del progetto *Welfare in Azione* di Fondazione Cariplo

Fondazione Cariplo

Via Daniele Manin 23 ▪ 20121 Milano ▪ www.fondazione cariplo.it

Fondazione
CARIPLO 

INDICE



Foto @ Luca Meola

ABSTRACT	4
EXECUTIVE SUMMARY	5
1. INQUADRAMENTO DEMOGRAFICO	7
1.1. Invecchiamento in Europa	7
1.2. L'Invecchiamento della popolazione in Italia e a Milano	11
1.3. Qualità dell'invecchiamento: l'anziano come risorsa	16
1.4. Invecchiamento della popolazione e bisogno di cure	18

2.	LA RETE DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI IN LOMBARDIA	25
2.1.	Il welfare lombardo per gli anziani non autosufficienti	26
2.2.	Finanziamento regionale e spesa sociale per la non autosufficienza	28
2.3.	I servizi di welfare pubblico e la risposta ai cittadini anziani non autosufficienti	29
2.4.	Il sistema di welfare privato: RSA e Badanti	34
2.5.	Le misure nazionali: una goccia nel mare	35
2.6.	Analisi critica delle politiche regionali: cosa è successo nel 2015-2019?	37
3.	INVECCHIAMENTO E NON AUTOSUFFICIENZA IN LOMBARDIA, QUALI SPUNTI PER IL FUTURO?	41
	BIBLIOGRAFIA	43

ABSTRACT

Questo rapporto studia l'invecchiamento della popolazione e la rete dei servizi per gli anziani, con particolare attenzione alla Lombardia. Nel primo capitolo, viene analizzata la dimensione del problema dell'invecchiamento nei principali Paesi Europei, con un approfondimento sull'Italia e, in particolare, sulla Regione Lombardia. Sono poi illustrati i fenomeni dell'invecchiamento attivo (active ageing), della non autosufficienza e dell'isolamento della popolazione anziana. Nel secondo capitolo, vengono analizzate le politiche e i servizi per gli anziani in Lombardia dando una rappresentazione descrittiva, critica e interpretativa del loro funzionamento e delle loro caratteristiche principali, in modo da proporre una riflessione sulla gestione complessiva del settore. Sono quindi illustrate le politiche per la non autosufficienza sociosanitarie e sociali (quando riconducibili al livello regionale), i principali servizi esistenti, le modalità di finanziamento e funzionamento del sistema e i suoi esiti. Si passano poi in rassegna le principali innovazioni introdotte in tempi recenti, presentate sulla base di una rassegna delle iniziative regionali degli ultimi anni. Il rapporto si chiude con alcune considerazioni e stimoli per il futuro delle politiche per anziani in Lombardia alla luce degli scenari demografici e sociali prospettati.

EXECUTIVE SUMMARY

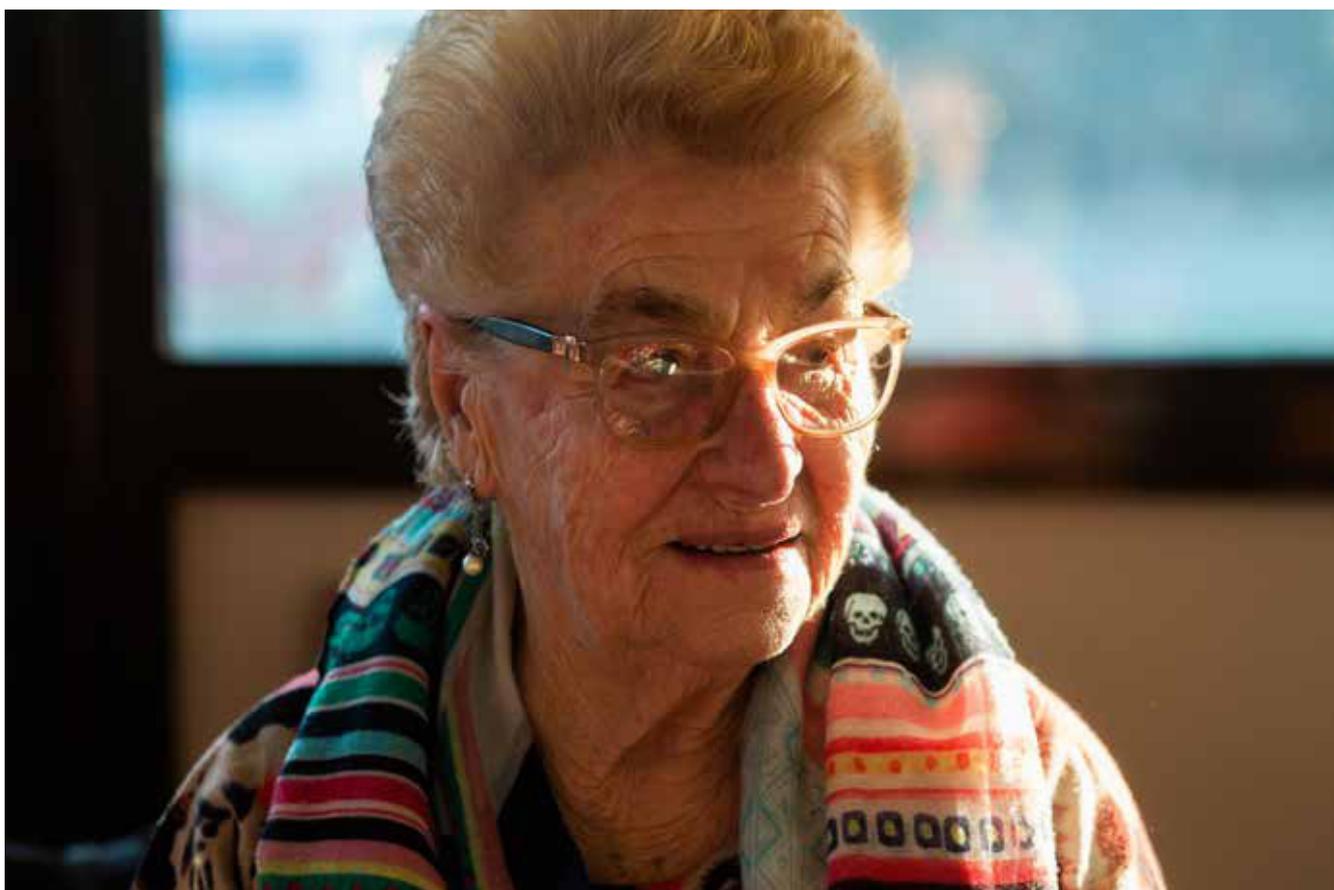


Foto @ Luca Meola

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che sta investendo tutti i Paesi europei, e le proiezioni suggeriscono che tale tendenza è destinata a protrarsi almeno fino al 2050. In Europa, la quota di popolazione oltre i 65 anni ha raggiunto il 20% nel 2019, facendo guadagnare al nostro continente il primato assoluto, mentre all'interno dell'Europa è l'Italia a occupare il primo posto, con 22,8 anziani ogni 100 abitanti. Analogamente, se consideriamo l'indice di

dipendenza della popolazione anziana, notiamo come questo indicatore demografico sia in rapida crescita in tutti i Paesi. In particolare, l'Italia presenta il valore più squilibrato in Europa: nel 2019 ogni 100 persone in età lavorativa ci sono 35,7 persone oltre i 65 anni. In prospettiva, l'invecchiamento demografico richiama la necessità di definire al più presto politiche comuni, che promuovano un allungamento della vita lavorativa, ritardino il momento della pensione e facciamo

fronte al crescente bisogno di cure, questione che diverrà di estrema urgenza nei prossimi decenni.

Anche nel nostro Paese si osservano cambiamenti epocali. Storicamente, l'indice di dipendenza degli anziani è più elevato nel Nord e Centro, mentre valori significativamente inferiori si trovano nel Sud e nelle Isole. La Liguria è la regione a più rapido invecchiamento, mentre il Trentino-Alto Adige e la Sicilia che risentono meno del processo di invecchiamento, con valori più bassi rispetto alla media nazionale. La Lombardia e il Veneto presentano invece una tendenza dell'indice di dipendenza degli anziani allineata alla media nazionale.

Il cambiamento demografico sta spingendo la maggior parte dei Paesi europei e occidentali verso politiche di invecchiamento attivo (*active ageing*) in grado di favorire il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano. Il quadro che emerge è che se gli anziani italiani sono tra i più longevi in Europa, l'Italia appare invece indietro rispetto alla media dell'Unione Europea per quanto riguarda la qualità della vita residua e l'indice di invecchiamento attivo.

Con l'invecchiamento della popolazione aumenta anche l'incidenza di patologie che limitano l'autonomia della persona e accrescono il bisogno di cure. In Italia l'11,2% degli anziani riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL), mentre il 30,6% incontra gravi difficoltà nello svolgere le quotidiane attività di tipo domestico (IADL). La grave riduzione dell'autonomia personale in Italia risulta superiore alla media UE (8,8% per ADL e 25,8% per IADL). La Lombardia fa parte però delle regioni italiane che mostrano la situazione migliore, con quote inferiori anche rispetto alla media europea: ADL (8,4%, circa 180mila persone) e IADL (25,2%, circa 540 mila persone).

Un aspetto critico che sta assumendo proporzioni sempre più ampie in Europa è quello relativo all'isolamento

della popolazione anziana. Circa il 15% degli anziani dichiara di non incontrare alcun amico/a nel tempo libero. La solitudine colpisce particolarmente le donne e gli anziani con un livello di istruzione più basso.

Questo contesto socio-demografico impone una riflessione seria e strutturata sul funzionamento attuale dei sistemi di welfare. In particolare, il tema della non autosufficienza deve essere analizzato per comprendere se e come i sistemi attuali saranno in grado di affrontare le sfide del prossimo futuro in termini di cambiamento dei bisogni della popolazione e di aumento della popolazione di riferimento. Il sistema lombardo, che nel panorama italiano si posiziona tra quelli con una maggiore capacità di risposta al bisogno, vede già oggi alcune criticità con cui il regolatore regionale e gli stakeholder in gioco dovranno confrontarsi. Nonostante la performance relativa sia migliore di altre regioni italiane, la risposta al bisogno è comunque molto limitata e lascia il carico della cura degli anziani non autosufficienti sulle spalle delle famiglie. Queste ricorrono massicciamente all'intervento di badanti regolari e irregolari e diventano i veri e propri coordinatori dell'assistenza. Il modello lombardo è inoltre altamente incentrato sui servizi residenziali, che sempre più stanno diventando una soluzione per anziani altamente compromessi nella fase finale della loro vita. La residenzialità, come definita oggi, risulta per caratteristiche intrinseche e costi abbinati, sempre più lontana dal modello di servizio richiesto da anziani e famiglie. Alcune sperimentazioni su questo tema sono state avviate ma ancora non sistematizzate nella rete lombarda. I tentativi di innovazione da parte della Regione sono stati orientati ad alcune sperimentazioni che ancora devono trovare una collocazione stabile nella programmazione. Per affrontare le sfide del futuro è fondamentale che il tema della non autosufficienza e dell'innovazione dei servizi entrino nel dibattito e nell'agenda politica favorendo una revisione del modello esistente per tipologie e finanziamento.

1. INQUADRAMENTO DEMOGRAFICO¹



Foto @ Luca Meola

1.1. Invecchiamento in Europa

Negli ultimi decenni, l'Europa e buona parte dei Paesi industrializzati hanno registrato profondi cambiamenti nella struttura demografica della popolazione. Questi cambiamenti sono innescati dalla cosiddetta "transizione demografica". Tale processo è caratterizzato da due fenomeni principali: diminuzione della fecon-

dità e riduzione della mortalità. Se la riduzione della mortalità si è realizzata in una prima fase attraverso il calo degli alti rischi di morte in età infantile, giovanile e adulta, nella sua fase più recente i progressi riguardano le età più elevate, estendendo le possibilità di sopravvivenza e di sopravvivenza in buona salute oltre i 65 anni. La figura 1.1 utilizza i dati di Eurostat per illustrare l'andamento della speranza di vita alla nascita in una serie di Paesi europei dal 2000 al 2018. Questa

¹ Francesco C. Billari, Luca Stella.

figura suggerisce che in tutti i Paesi le persone vivono sempre più a lungo. In particolare, l'Italia, insieme alla Spagna, è il Paese con l'aspettativa di vita più elevata: nel 2018 si stima che le persone possano contare su una vita media di 83,5 anni, contro una speranza di vita di 81 anni nel complesso dei Paesi dell'Unione Europea. Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si assiste a un calo generalizzato della fecondità.

La figura 1.2 mostra, per gli stessi Paesi, l'andamento del tasso di fecondità totale (TFT: numero medio di figli per una donna). Il grafico evidenzia almeno tre fatti rilevanti. Il primo è che le tendenze specifiche della fecondità variano notevolmente tra paesi. Ad esempio, la Francia è quello con il livello di fecondità più elevato, seguita dalla Svezia. Al contrario, l'Italia assieme alla Spagna presenta una fecondità tra le più basse: nel 2017 si registrano solo 1,3 figli per donna. Un secondo fatto è che in tutti i Paesi europei (compresa la Francia) la fecondità è sotto i 2 figli per donna. La soglia di due figli per donna è quella che (in modo approssimato) assicurerebbe il livello di rimpiazzo tra le generazioni, e permetterebbe alla popolazione di non diminuire numericamente. Un terzo fatto è che nel periodo di recessione economica successivo al 2008 si è osservato un calo della fecondità in Europa, a eccezione della Germania che ha visto la propria fecondità addirittura aumentare. Una serie di studi recenti mostra che la recessione ha avuto effettivamente un impatto negativo sulla fecondità, portando le generazioni più giovani a rinviare la scelta di mettere al mondo un figlio (Matysiak et al., 2018; Caltabiano et al., 2017). Questo effetto si riscontra soprattutto nel Sud Europa, dove le politiche familiari e di welfare sono meno generose. Durante questo periodo, l'aumento della disoccupazione femminile e dell'incertezza economica hanno contribuito al declino delle nascite (Comolli, 2017).

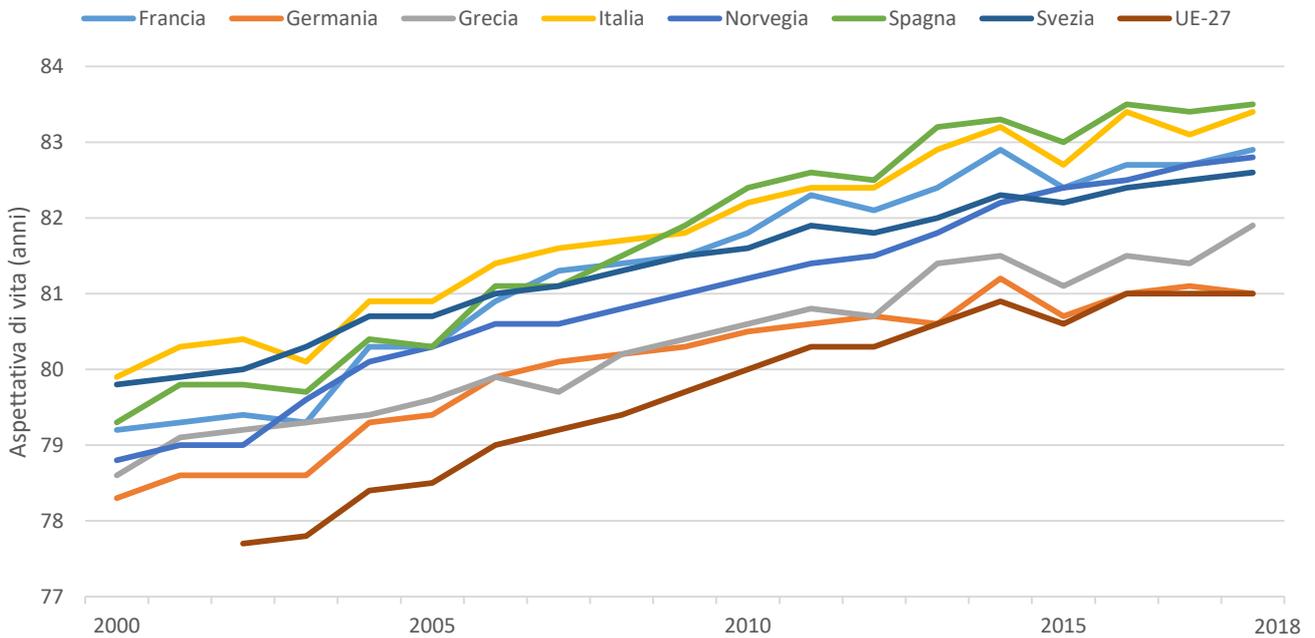
La combinazione di incremento dell'aspettativa di vita e riduzione della fecondità ha prodotto un costante processo di invecchiamento della popolazione da oltre trent'anni a questa parte generando uno squilibrio nel rapporto tra anziani e persone in età attiva. Usando i dati di Eurostat, la figura 1.3 illustra l'andamento (1990-2019) dell'indice di invecchiamento (definito

come la proporzione di popolazione oltre i 65 anni sul complesso della popolazione) per gli stessi Paesi della figura 1.1. La percentuale di anziani su tutta la popolazione ha raggiunto in Europa il 20% nel 2019, facendo guadagnare al nostro continente il primato assoluto, mentre all'interno dell'Europa è l'Italia a occupare il primo posto per numero di over 65, con 22,8 anziani ogni 100 abitanti, seguita da Grecia (22%) e Germania (21,5%). Al contrario, la Norvegia è il Paese che presenta l'indice di invecchiamento più basso (17,2%).

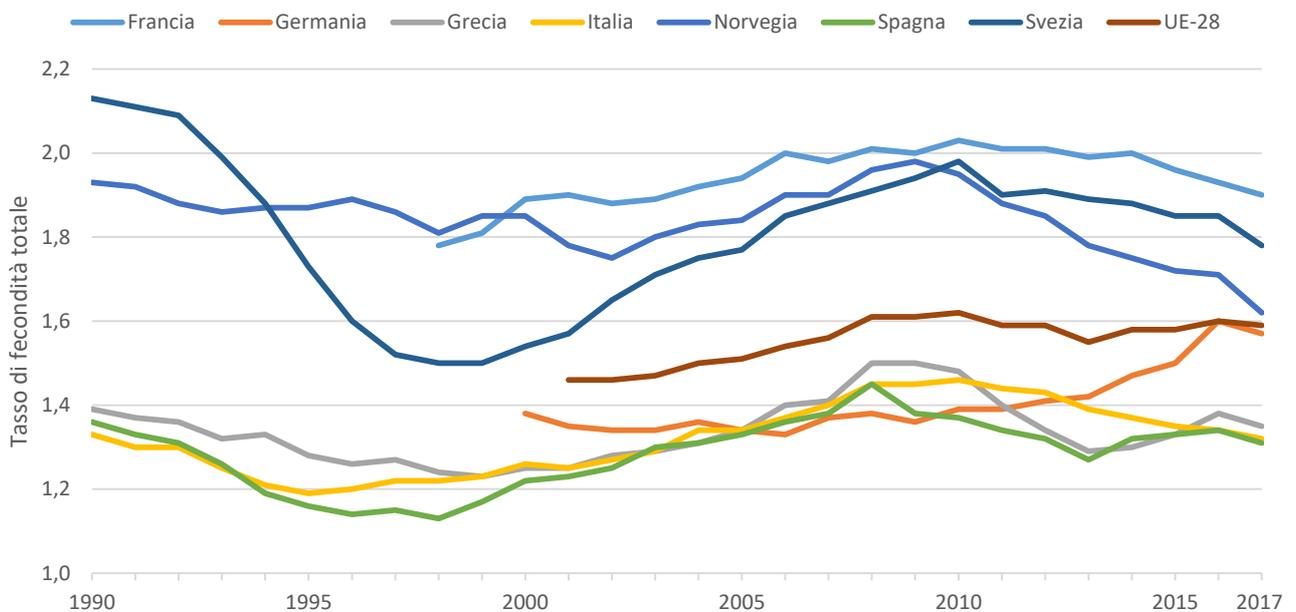
Il fatto che il rapporto tra popolazione attiva e non attiva diventi sempre più sfavorevole si può osservare efficacemente se consideriamo l'indice di dipendenza della popolazione anziana, definito come rapporto tra la popolazione over 65 e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni), moltiplicato per 100. Questo è uno degli indicatori demografici ai quali i Paesi avanzati guardano in prospettiva con maggiore preoccupazione. Se tale rapporto aumenta significa infatti che tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alle spese sanitarie e previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto *longevity shock*, come è stato sottolineato dal Fondo Monetario Internazionale (IMF, 2012). La figura 1.4 mostra l'indice di dipendenza degli anziani dal 1990 al 2019 per gli stessi Paesi.

Questa figura suggerisce che nel corso degli ultimi anni questo indicatore demografico sia in rapida crescita in tutti i Paesi. In particolare, l'Italia presenta il valore più squilibrato in Europa: nel 2019 ogni 100 persone in età lavorativa ci sono in Italia 35,7 persone oltre i 65 anni. La Grecia e la Germania si trovano subito dietro l'Italia nell'indice di dipendenza degli anziani (rispettivamente, con il 34,6% e il 33,2% nel 2019). La media dell'Unione Europea nel 2019 è pari al 31%.

Se la longevità rappresenta una grande conquista e un'opportunità, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina e incentiva le persone a spostare sempre più avanti con l'età le potenzialità di essere e fare, l'invecchiamento della popolazione costituisce un problema sociale rilevante, in quanto segnala la perdita di peso dei più giovani e l'aumento relativo dei più anziani in condizione di passività e fragilità. Tale problema diverrà sempre più pressante nel

Figura 1.1 – Aspettativa di vita, confronto tra alcuni Paesi Europei, 2000-2019

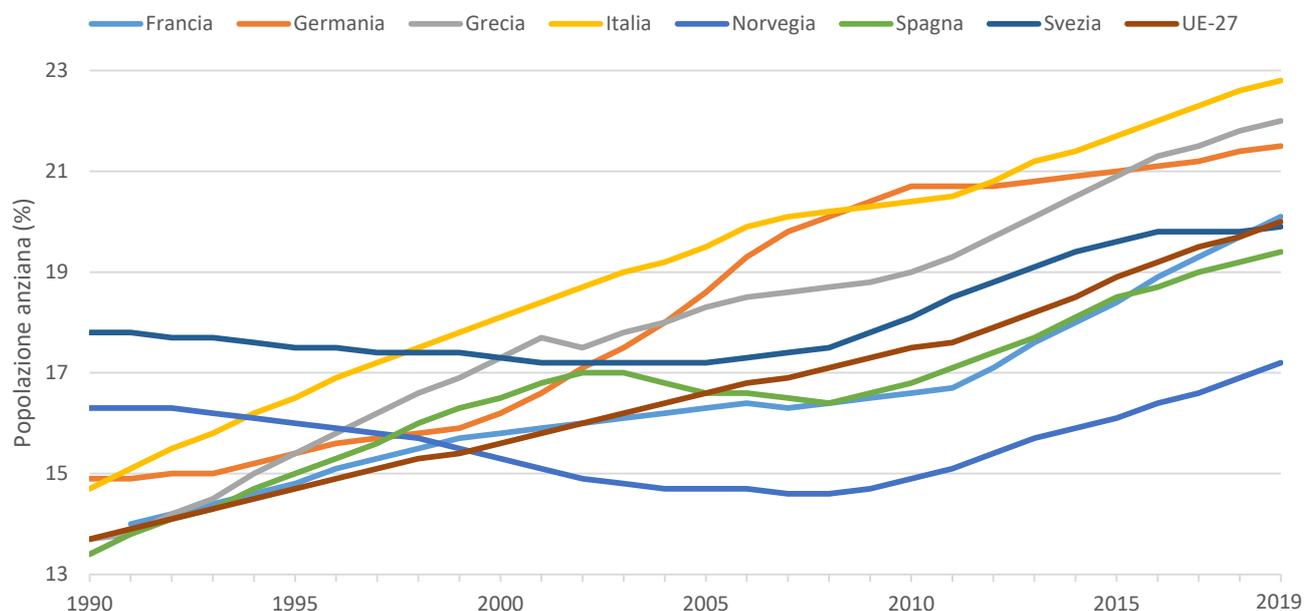
Fonte: Dati Eurostat, elaborazione degli autori

Figura 1.2 – Tasso di fecondità totale, confronto tra alcuni Paesi Europei, 1990-2017

Nota: Il tasso di fecondità totale (TFT) è la somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile della stessa età.

Fonte: Dati Eurostat, elaborazione degli autori

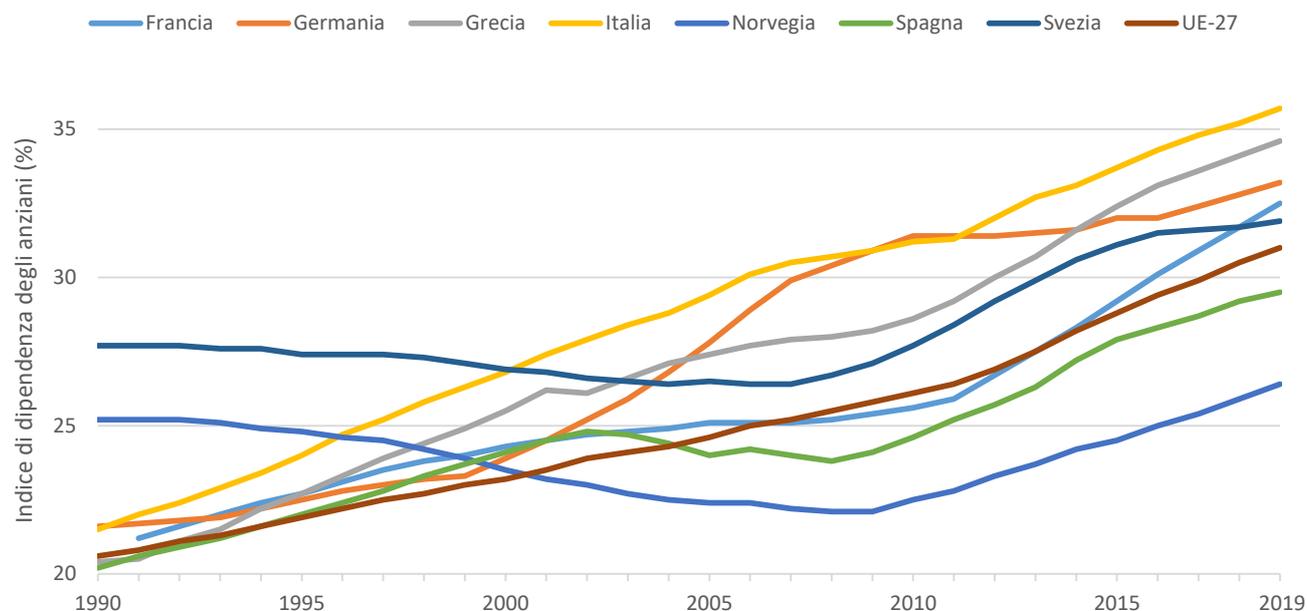
Figura 1.3 – Indice di invecchiamento (%), confronto tra alcuni Paesi Europei, 1990-2019



Nota: L'indice di invecchiamento è la proporzione di popolazione anziana (over 65) sul complesso della popolazione.

Fonte: Dati Eurostat, elaborazione degli autori

Figura 1.4 – Indice di dipendenza degli anziani (%), confronto tra alcuni Paesi Europei, 1990-2019



Nota: L'indice di dipendenza degli anziani è il rapporto tra la popolazione anziana (over 65) e la popolazione in età lavorativa (cioè tra i 15 e i 64 anni).

Fonte: Dati Eurostat, elaborazione degli autori

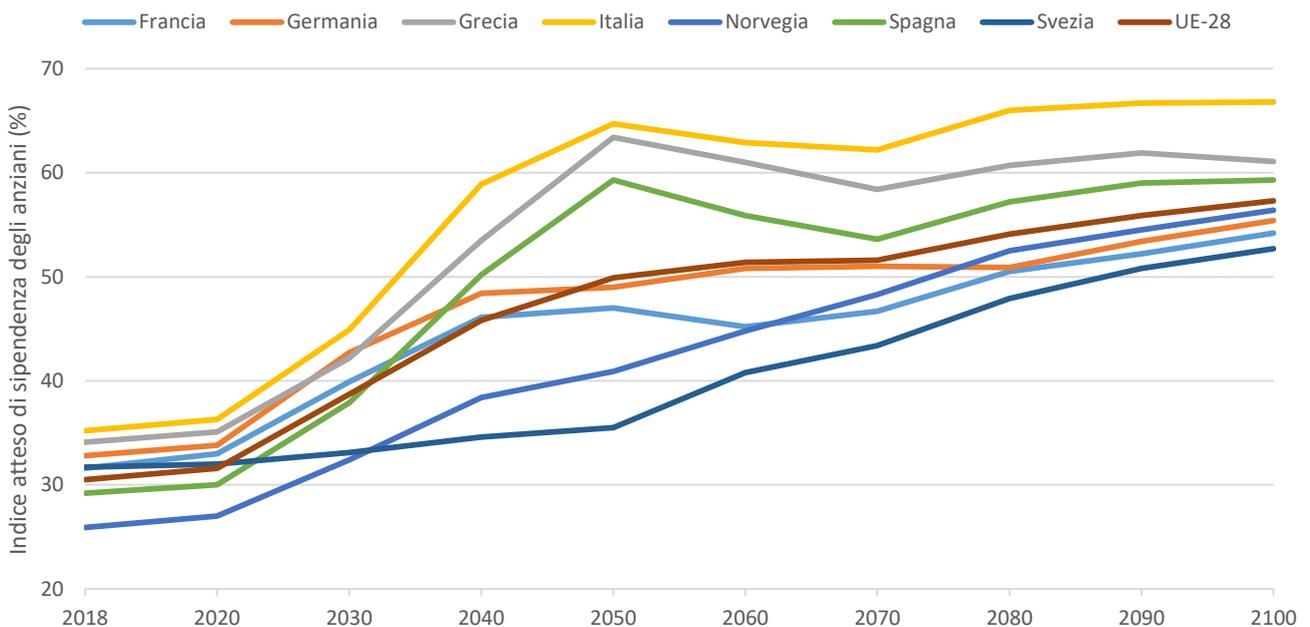
prossimo futuro: le previsioni europee per i prossimi decenni prospettano un notevole aumento della percentuale di anziani e una diminuzione della popolazione attiva fra i 15 e i 64 anni. Queste previsioni sono illustrate nella figura 1.5 che mostra la previsione dell'indice di dipendenza degli anziani tra il 2018 e il 2100. Ad esempio, in Italia si prevede che il rapporto tra la quota di popolazione over 65 e quella in età 15-64 passerà dal 35,7% del 2019 al 64,7% del 2050. Inoltre, la situazione dei *baby boomers* (i nati tra il secondo dopoguerra e la metà degli anni '60) renderà l'invecchiamento della popolazione particolarmente critico negli anni a venire, dato che questa coorte non solo è più consistente rispetto alle precedenti, ma ha anche generato meno figli per nucleo familiare (Brenna, 2018).

In prospettiva, i cambiamenti demografici in atto nei diversi Paesi europei richiamano la necessità di definire al più presto politiche comuni, che promuovano un allungamento della vita lavorativa, ritardino l'andata in pensione, e facciano fronte al crescente bisogno di cure, che diverrà di estrema urgenza nei prossimi decenni.

1.2. L'invecchiamento della popolazione in Italia e a Milano

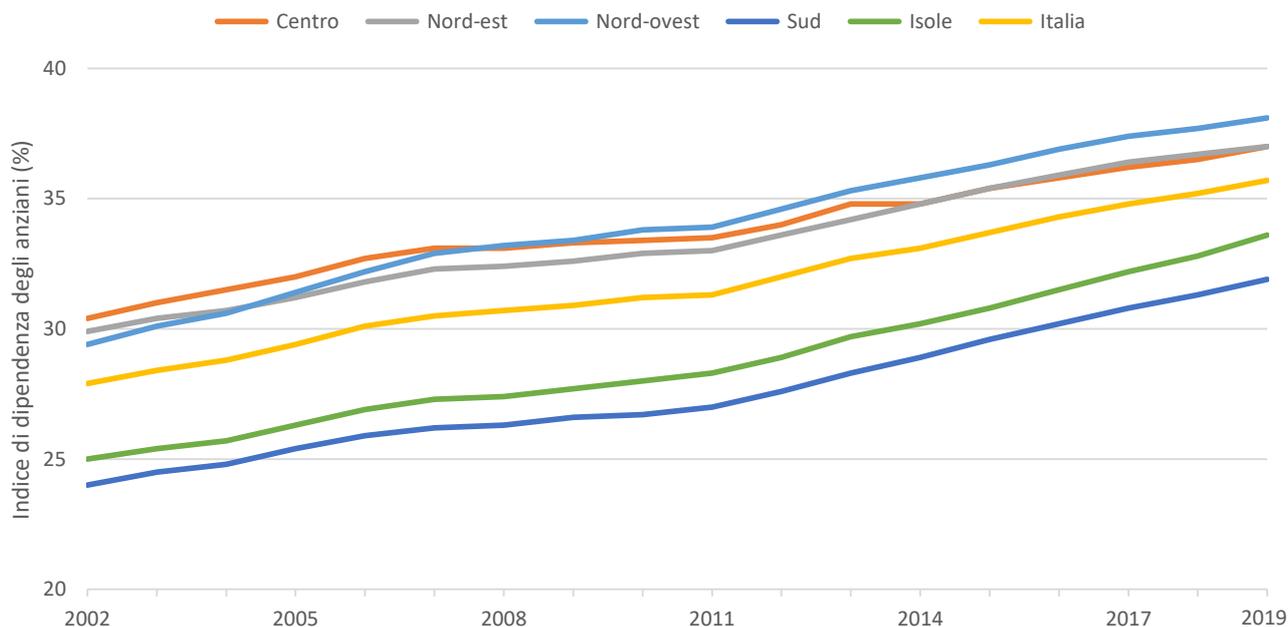
L'Italia è dunque uno dei Paesi che più hanno subito il mutamento demografico, arrivando a imporsi come uno dei Paesi leader nell'invecchiamento. Analizzando le statistiche demografiche italiane dell'Istat (si veda la figura 1.6), emerge un netto incremento dell'indice di dipendenza degli anziani, arrivato al 35,7% nel 2019. Un valore così alto non si deve tanto ai livelli di longevità italiani, peraltro non molto diversi da quelli francesi o scandinavi, ma piuttosto alla persistente bassa natalità (Figura 1.2). Emergono poi differenze geografiche tra parti d'Italia: storicamente, l'indice di dipendenza degli anziani è più elevato nel Nord e Centro, mentre valori significativamente inferiori si trovano nel Sud e nelle Isole. Come evidenziato nella figura 1.7, anche i dati a livello regionale mostrano andamenti differenziati nella quota di over 65 sulla popolazione in età lavorativa. Ad esempio, nel 2019, la Liguria è la regione a più rapido invecchiamento con 47,2 persone oltre i 65 anni ogni 100 in età lavorativa, mentre il Trentino-Alto Adige e la Sicilia sono le regioni

Figura 1.5 – Indice atteso di dipendenza degli anziani (%), confronto tra alcuni Paesi Europei



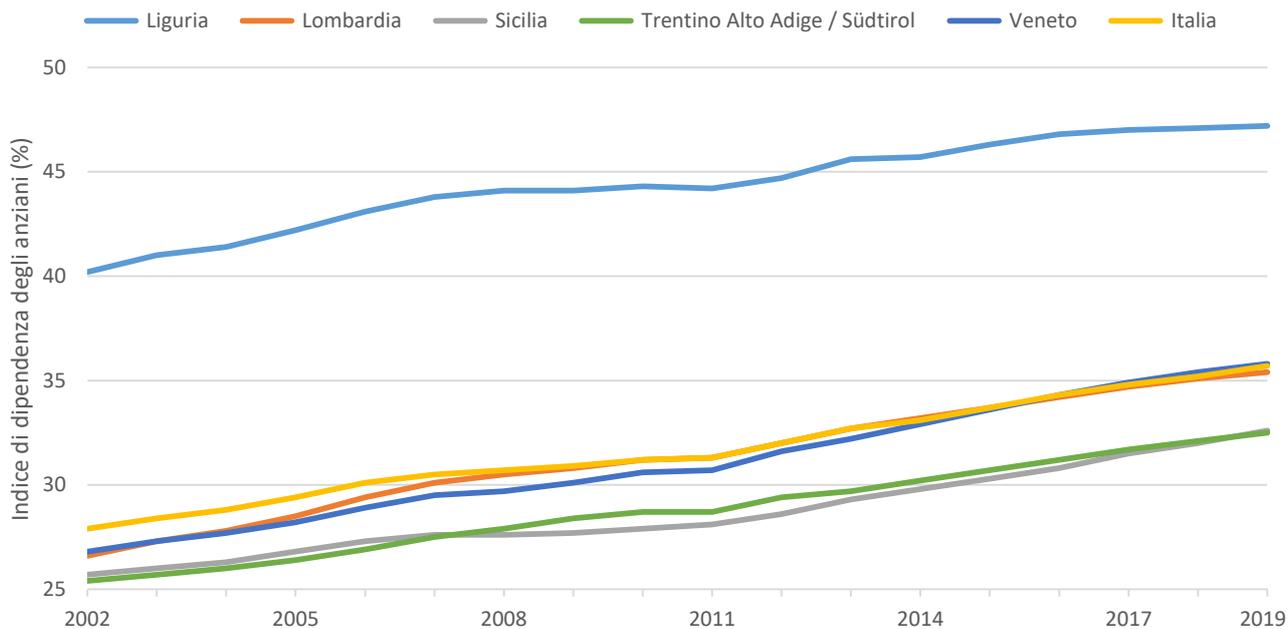
Fonte: Dati Eurostat, elaborazione degli autori

Figura 1.6 – Indice di dipendenza degli anziani (%), confronto tra aree geografiche



Fonte: Dati ISTAT, elaborazione degli autori

Figura 1.7 – Indice di dipendenza degli anziani (%), confronto tra alcune regioni italiane



Fonte: Dati ISTAT, elaborazione degli autori

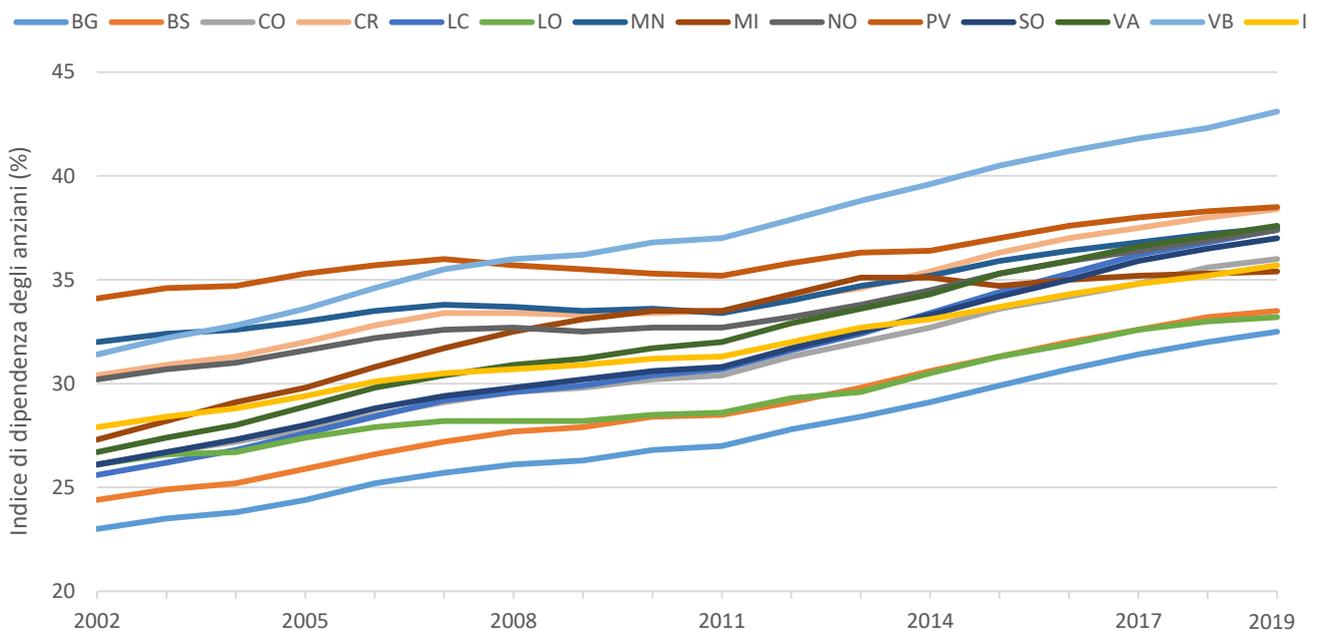
che risentono meno del processo di invecchiamento (32,5%) con valori più bassi rispetto alla media nazionale. La Lombardia e il Veneto presentano invece una tendenza dell'indice di dipendenza degli anziani allineata alla media nazionale.

In figura 1.8 viene illustrato l'andamento dell'indice di dipendenza degli anziani per le province della Lombardia, più Novara e Verbania. Si può notare che se dal 2013 Milano presenta un indice di dipendenza degli anziani costante, le altre province mostrano una rapida crescita dell'incidenza degli over 65 sulla popolazione attiva. Ad esempio, tra il 2013 e il 2019 il tasso di crescita è stato pari al 15% a Lecco; 14% a Bergamo, Sondrio e Monza; 12% a Como, Lodi, Brescia e Varese; 11% a Cremona, Novara e Verbania; 8% a Mantova; e 6% a Pavia. Dalla figura si vede inoltre che Bergamo, Brescia e Lodi sono le province che hanno mantenuto il più basso livello di invecchiamento nel corso del tempo. Al contrario, Verbania presenta il livello più elevato, sistematicamente sopra la media nazionale.

Per confrontare Milano con le altre città europee, nella figura 1.9 utilizziamo dati assemblati in modo esplicitamente comparativo e provenienti da City Statistics, un progetto congiunto della Commissione europea (Direzione generale per le politiche regionali ed Eurostat) e degli istituti di statistica degli Stati membri, volto a produrre informazioni affidabili e comparabili sulle città europee. Tale figura mostra che l'indice di dipendenza degli anziani di Milano risulta significativamente superiore a quello di una serie di città europee, tra cui, ad esempio, Parigi, Berlino, Madrid, Amsterdam, Zurigo, Stoccolma e Vienna. Questa evidenza visiva suggerisce che per quanto riguarda l'invecchiamento demografico, Milano appare molto indietro rispetto ai suoi principali concorrenti europei. Tuttavia, c'è da notare che Milano è tra le poche città a evidenziare una tendenza decrescente nel corso degli ultimi anni.

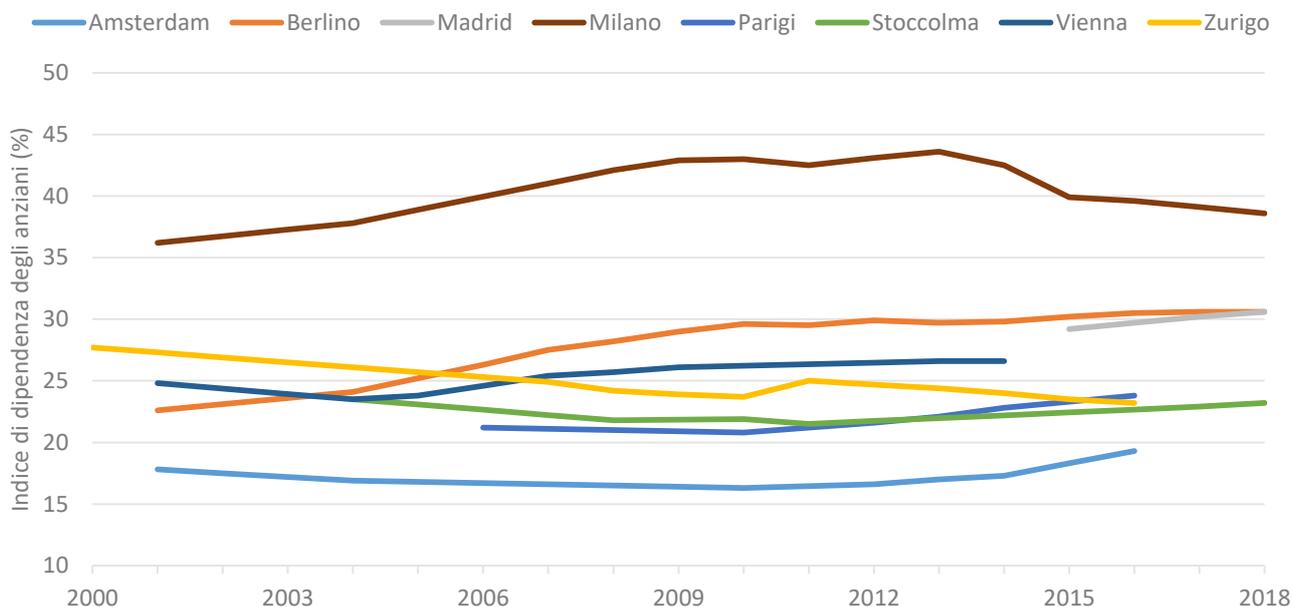
Usando i dati forniti dal Comune di Milano, la figura 1.10 illustra l'andamento dell'indice di invecchiamento nel Comune di Milano dal 1999 al 2018. Si nota che

Figura 1.8 – Indice di dipendenza degli anziani (%), confronto tra capoluoghi (Lombardia, Novara e VCO)



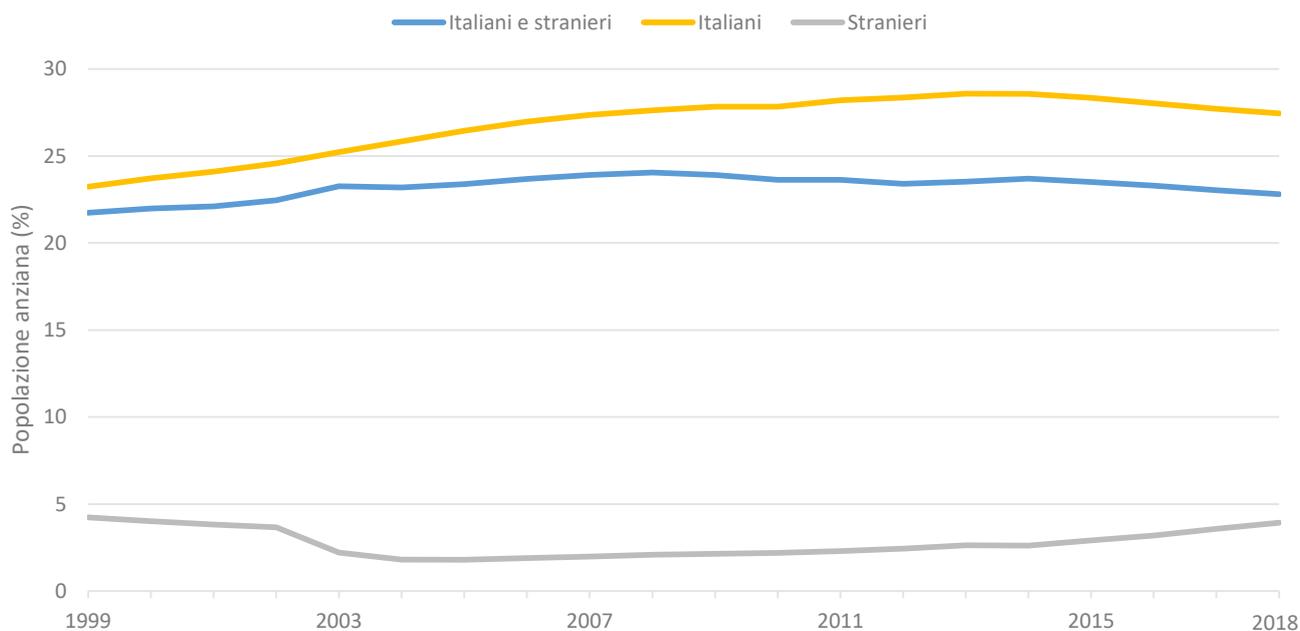
Fonte: Dati tratti da ISTAT, elaborazione degli autori

Figura 1.9 – Indice di dipendenza degli anziani (%), confronto tra alcune città Europee



Fonte: Dati tratti da Eurostat, elaborazione degli autori

Figura 1.10 – Indice di invecchiamento (%) nel Comune di Milano, confronto tra italiani e stranieri (1999-2018)



Fonte: Dati tratti dal Comune di Milano, elaborazione degli autori

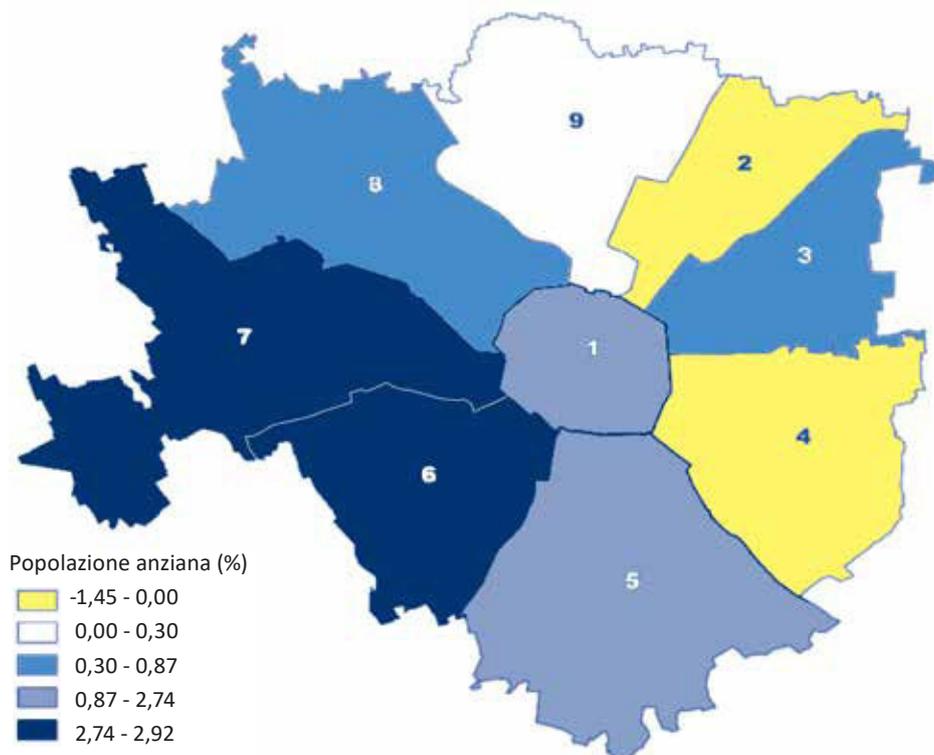
mentre dal 1999 al 2008 l'indice di invecchiamento ha avuto una tendenza all'aumento, negli anni successivi ha registrato un leggero declino. Nel 2018 la percentuale della popolazione anziana nel Comune di Milano è pari al 22,8% (315.000 anziani). Tra gli italiani la popolazione anziana è aumentata dal 23,2% nel 1999 al 27,5% nel 2018. Tuttavia, si osserva una tendenza alla decrescita negli ultimi anni. Tra gli stranieri la popolazione anziana è notevolmente inferiore (circa 4% nel 2018), e presenta una tendenza alla crescita negli ultimi anni.

La figura 1.11 mostra poi la variazione dell'indice di invecchiamento tra municipi del Comune di Milano tra il 1999 e il 2018. I municipi colorati in blu sono quelli nei quali si è registrato l'aumento più forte (l'intensità del colore blu è proporzionale alla rapidità dell'aumento), mentre i municipi colorati in giallo sono quelli che hanno sperimentato una riduzione dello stesso indice. Si può notare una pronunciata variabi-

lità tra municipi e nel corso del tempo. In particolare, i municipi 6 e 7 sono quelli caratterizzati dall'aumento più marcato della popolazione anziana tra 1999 e 2018. I municipi 2 e 4 sono invece quelli nei quali si è registrato un calo. Questi risultati sono confermati anche se consideriamo separatamente i livelli dell'indice di invecchiamento nel 1999 e 2018. Ad esempio, nel 2018 l'indice di invecchiamento nei municipi 6 e 7 presenta il livello più elevato pari a circa il 24%, mentre nei municipi 2, 4 e 9 tale livello risulta il più basso e pari a circa il 21%.

Il problema dell'invecchiamento non riguarda però solo le grandi città, anzi, il fenomeno è particolarmente consistente nelle cosiddette Aree interne, territori distanti dai centri di agglomerazioni e dai servizi essenziali (mobilità collettiva, istruzione, sanità); forte dotazione di risorse ambientali e culturali; esistenza di problemi demografici legati allo spopolamento. Una parte rilevante delle Aree interne ha subito gra-

Figura 1.11 – Indice di invecchiamento (%) nel Comune di Milano, variazione % tra municipi, 1999 e 2018



Fonte: Dati tratti dal Comune di Milano, elaborazione degli autori



Foto @ Luca Meola

dualmente, dal secondo dopoguerra, un processo di marginalizzazione segnato dal calo della popolazione; riduzione dell'occupazione e dell'utilizzo del territorio; offerta locale calante di servizi pubblici e privati; costi sociali per l'intera nazione, quali il dissesto idro-geologico e il degrado del patrimonio culturale e paesaggistico. La strategia per le Aree interne si prefigge di fermare e invertire nel prossimo decennio il trend demografico negativo di queste aree attraverso lo sviluppo locale, la mobilità, la sanità e la scuola. In Italia le Aree interne rappresentano il 52% dei comuni italiani e a esse fa capo circa il 22% della popolazione italiana. Nel 2019 l'indice di invecchiamento per le Aree interne è pari al 23,4%, rispetto al 22,8% per l'Italia. In Lombardia l'indice di invecchiamento per le Aree interne è pari al 24,4%, rispetto al 22,6% per la Lombardia. Vive in queste aree circa il 10% della popolazione lombarda.

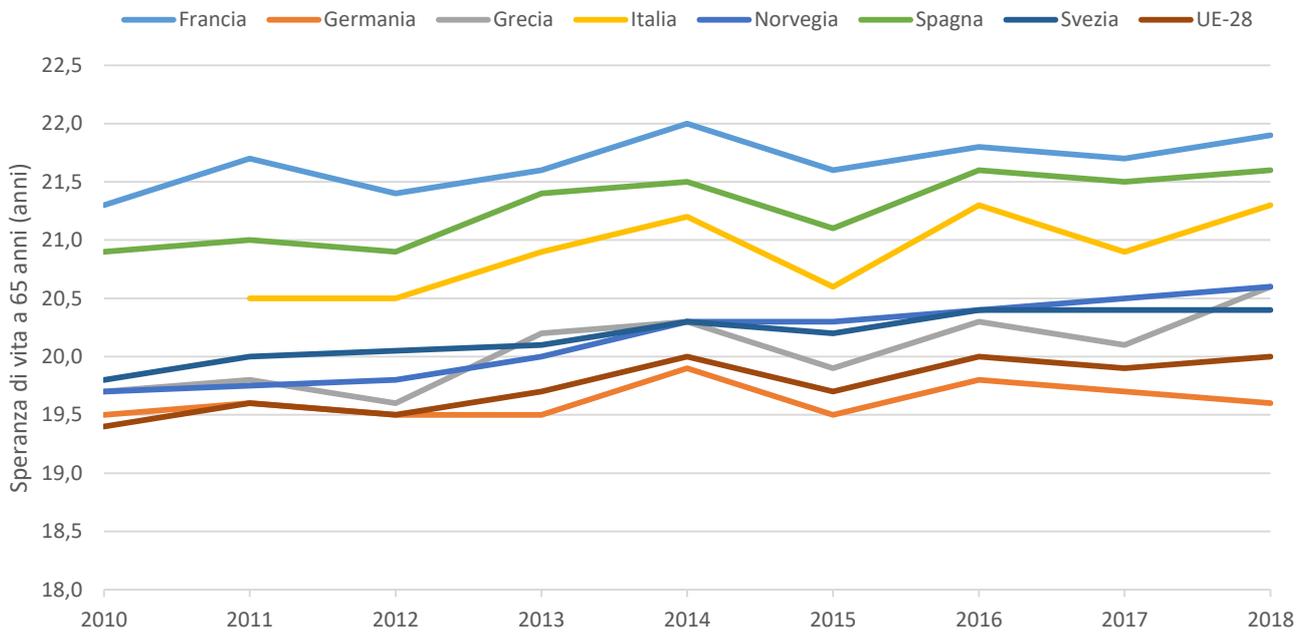
1.3. Qualità dell'invecchiamento: l'anziano come risorsa

Come già accennato, l'aumento della longevità si è realizzato dapprima attraverso la riduzione degli alti rischi di morte in età infantile, giovanile e adulta e, più recentemente, grazie all'aumento della sopravvivenza.

La figura 1.12 utilizza i dati di Eurostat per mostrare l'andamento dell'aspettativa di vita a 65 anni in una serie di Paesi europei dal 2010 al 2018. L'Italia è tra i primi posti in Europa per speranza di vita dopo i 65 anni (dopo Francia e Spagna). Oggi una persona di 65 anni in Italia può contare in media su altri 21,3 anni, contro i circa 20 anni nel complesso dei Paesi dell'Unione Europea. Tuttavia, se gli anziani italiani sono tra i più longevi in Europa, l'Italia appare indietro rispetto alla media dell'Unione Europea per quanto riguarda la qualità della vita residua: in buone condizioni di salute e senza limitazioni nelle attività quotidiane. Ad esempio, come mostra la figura 1.13, nel 2018 la speranza di vita in buona salute per una persona anziana in Italia è di circa 9,5 anni rispetto ai 10 dell'Unione Europea. In Italia gli anziani vivono quindi più a lungo, ma in condizioni di salute peggiori.

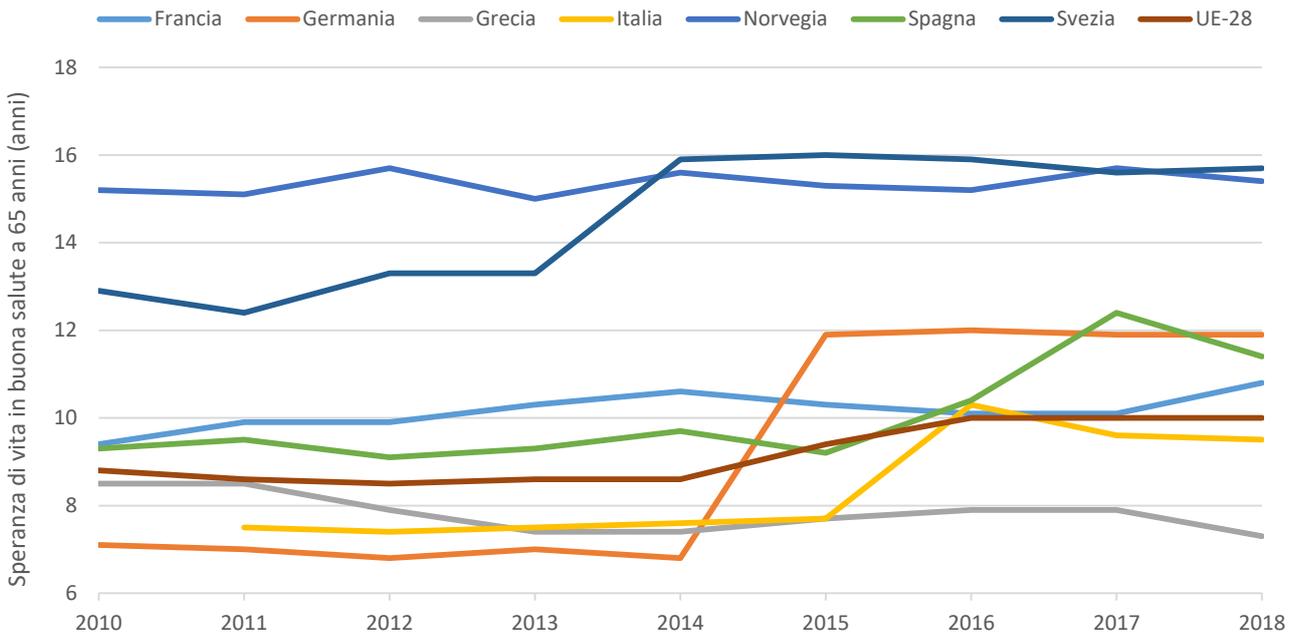
Il cambiamento demografico sta spingendo la maggior parte dei Paesi europei e occidentali verso politiche di invecchiamento attivo (*active ageing*) in grado di favorire il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano: mantenimento del benessere psicofisico e relazionale e soddisfacente partecipazione nella società e nel mercato del lavoro. In tal modo, a livello individuale si persegue un miglio-

Figura 1.12 – Speranza di vita a 65 anni, confronto tra alcuni Paesi Europei



Fonte: Dati tratti da Eurostat, elaborazione degli autori

Figura 1.13 – Speranza di vita in buona salute a 65 anni, confronto tra alcuni Paesi Europei



Fonte: Dati tratti da Eurostat, elaborazione degli autori

ramento della qualità degli anni di vita e allo stesso tempo, a livello collettivo, si creano le premesse per garantire la futura sostenibilità dei sistemi socio-sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'invecchiamento attivo come *"il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane. [...] Dove la parola 'attivo' non si riferisce solo all'essere fisicamente efficienti o al partecipare alle forze di lavoro, ma anche al continuare a partecipare alla vita sociale, economica, culturale, spirituale e civica della comunità"* (OMS, 2002). In questo quadro, l'OMS e la Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite (UNECE, 2019) hanno sviluppato l'indice di invecchiamento attivo (*active ageing index*), uno strumento in grado di misurare la capacità degli Stati di stimolare il processo di invecchiamento attivo della propria popolazione. Misurando l'effettiva partecipazione sociale, economica e culturale della persona anziana, l'indice di invecchiamento attivo sintetizza quattro macro-aree di intervento: occupazione, partecipazione nella società, vita autonoma sana e sicura e contesto stimolante all'invecchiamento attivo.

La figura 1.14 illustra l'andamento dell'indice di invecchiamento attivo in una serie di Paesi europei dal 2010 al 2018. Nel 2018 l'Italia si è collocata sotto la media dell'Unione Europea, con un indice di invecchiamento attivo pari a 33,8 (inferiore alla media europea, che è del 35,7). La diffusione del concetto, sia a livello internazionale che europeo, ha sostenuto nel corso degli anni una proliferazione di esperienze e progetti tesi a rendere i contesti di vita favorevoli al processo di invecchiamento attivo.

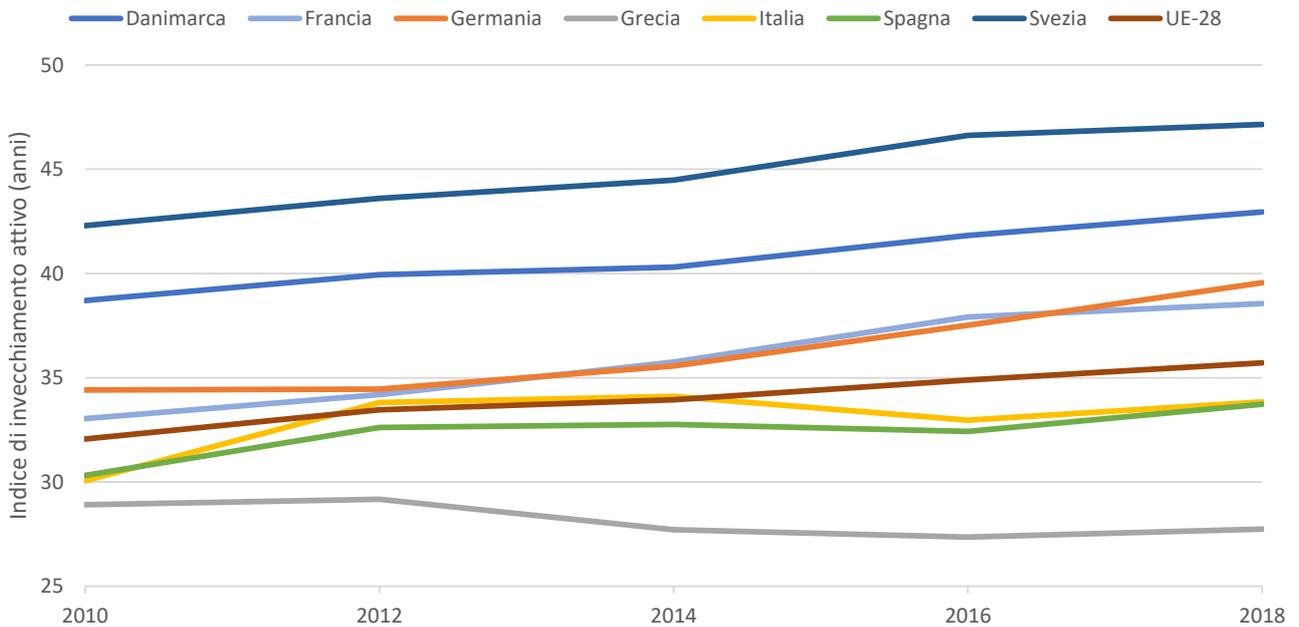
1.4. Invecchiamento della popolazione e bisogno di cure

Con l'invecchiamento della popolazione aumenta l'incidenza di patologie che limitano l'autonomia della persona e accrescono il suo bisogno di cure, anche in relazione alle condizioni di vita degli anziani e al loro stato sociale ed economico. La letteratura internazionale distingue due diverse categorie di attività in cui l'anziano può sperimentare limitazioni: Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily

Living (IADL). Le prime si riferiscono ad attività routinarie di cura della persona – come, ad esempio, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, lavarsi, vestirsi o spogliarsi, mangiare – e richiedono un tipo di assistenza costante e intensiva, così come un forte legame personale con l'anziano. Queste attività non necessitano di interventi sanitari, ma afferiscono alla sfera assistenziale e sociale, agendo sul supporto nella vita autonoma. Le seconde si riferiscono alle attività quotidiane di tipo domestico e, pur essendo meno pressanti in termini di continuità e stress emotivo, sono comunque necessarie affinché l'anziano viva in maniera autonoma al proprio domicilio. Esse includono, ad esempio, preparare i pasti, fare la spesa, prendere le medicine, fare i lavori domestici e gestire i rapporti con banche e istituzioni. Anche questi ambiti sono strettamente funzionali a mantenere la vita autonoma dell'anziano e necessitano di intervento quando non è possibile per il singolo gestirle senza supporto. Entrambi i gruppi di attività, come detto sopra, sono legati all'insorgenza o aggravarsi di alcune patologie (ad esempio, patologie che necessitano di procedure specifiche o che limitano alcune funzionalità dell'anziano come camminare, spostarsi, etc.), piuttosto che a condizioni sociali che agiscono sull'autonomia individuale. Allo stesso tempo, si tratta di fattori che possono a loro volta aggravare alcune condizioni cliniche o sociali, rinforzando la necessità di supporto in un circolo vizioso. L'intervento pubblico dei sistemi di welfare sociosanitari e sociali si concentra quindi sulla prevenzione e gestione della non autosufficienza offrendo supporto per quello che riguarda ADL e IADL (anche se talvolta citati con terminologie differenti ma sostanzialmente sovrapponibili).

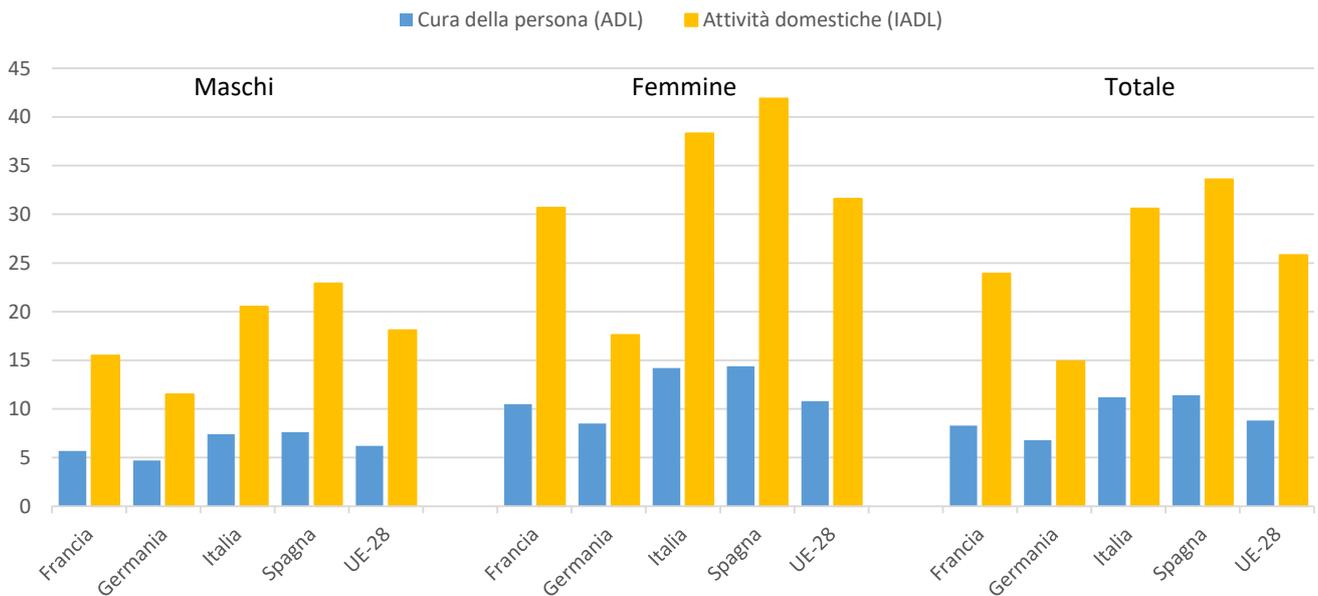
La figura 1.15 utilizza dati dell'ISTAT per illustrare la quota di anziani over 65 che riportano gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) e domestiche (IADL) in Francia, Germania, Italia, Spagna e nel complesso dei Paesi dell'Unione Europea. Ad esempio, in Italia l'11,2% degli anziani (circa 1 milione e 400 mila persone) riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL), mentre il 30,6% (circa 4 milioni di persone) incontra gravi difficoltà nello svolgere le quotidiane attività di tipo domestico (IADL). La grave riduzione dell'autonomia personale in Italia

Figura 1.14 – Indice di invecchiamento attivo, confronto tra alcuni Paesi Europei



Fonte: Dati tratti da UNECE, elaborazione degli autori

Figura 1.15 – Gravi difficoltà nelle attività per le persone 65+, 2015



Fonte: Dati tratti dall'ISTAT, elaborazione degli autori

risulta superiore rispetto alla media UE (8,8%). Inoltre, in tutti i Paesi ci sono evidenti differenze di genere a svantaggio delle donne che presentano una prevalenza complessiva a livello UE dell'11% per le ADL e 31% per le IADL, contro quella del 5% per le ADL e 19% per le IADL degli uomini.

Lo scarto tra Italia e l'Unione Europea è determinato dai risultati relativi alle età più anziane. Come mostrato in figura 1.16, si nota che mentre la prevalenza di ADL e IADL in Italia è in linea con la media dell'Unione Europea per gli anziani di età compresa tra i 65 e 74 anni, essa risulta significativamente superiore tra quelli d'età 75 anni e più. Nel confronto con i dati europei, emergono quindi condizioni di salute peggiori soprattutto tra gli italiani over 75. Questi dati suggeriscono inoltre che negli anni a venire la richiesta di assistenza subirà una rapida impennata, mettendo in tensione il ruolo di sostegno della rete di parentela.

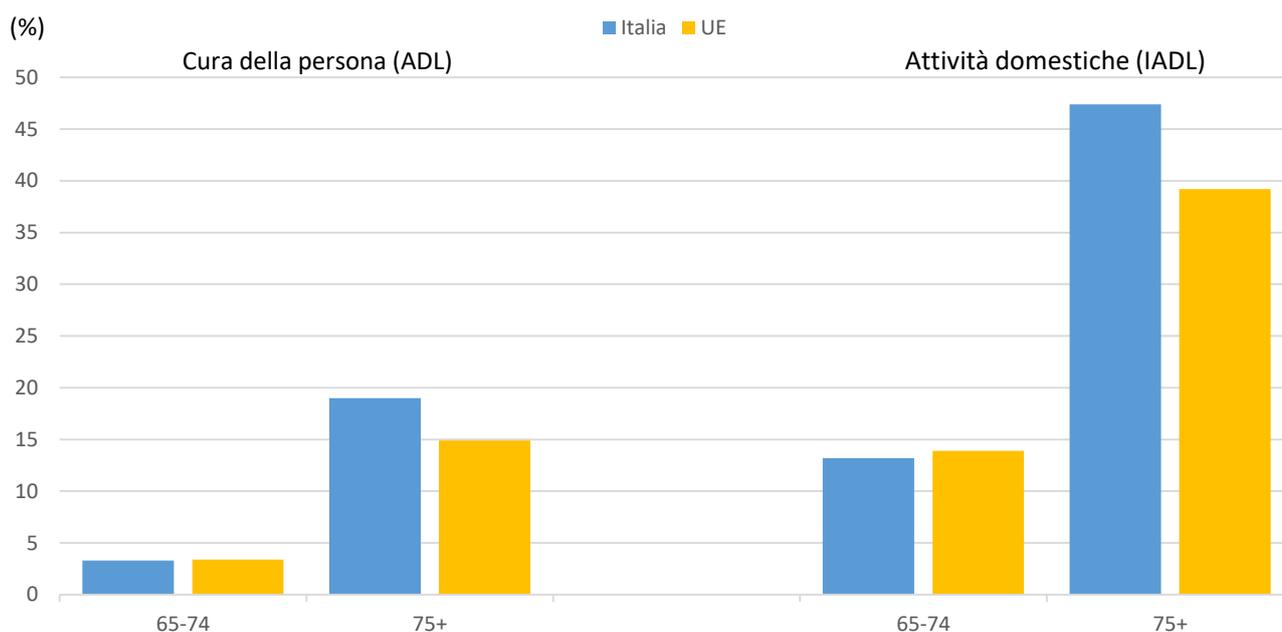
Un altro fenomeno di grande interesse è il rapporto tra la presenza di persone con ridotta autonomia e le condizioni socio-economiche familiari. Come si nota

dalla figura 1.17, la non autosufficienza riguarda maggiormente gli anziani con un basso livello di istruzione ed economicamente più svantaggiati (circa il 13% degli anziani del primo quinto di reddito soffrono di ADL contro l'8% dell'ultimo quinto). Inoltre, a livello territoriale, emerge la dicotomia Nord-Sud. Infatti, nel Sud e nelle Isole risiedono più anziani che riferiscono gravi difficoltà a svolgere le attività di cura della persona e nelle attività domestiche.

I dati a livello regionale mostrano che nella maggior parte delle regioni meridionali, le prevalenze di limitazioni funzionali sono distintamente più elevate. Come evidenziato in figura 1.18, valori più elevati della media nazionale si riscontrano in Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna, Umbria e Marche. La Lombardia è tra le regioni con la quota più bassa di ADL (8,4%, circa 180 mila persone) e IADL (25,2%, circa 540 mila persone), significativamente inferiore alla media italiana (11,2% e 30,6%, rispettivamente).

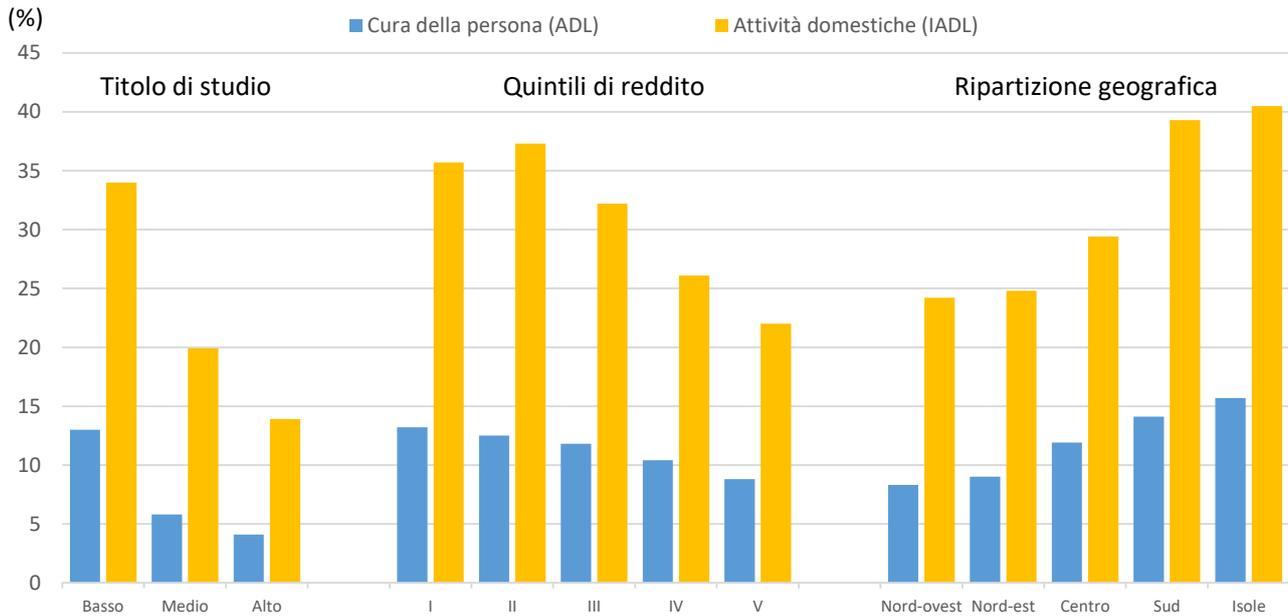
Alle condizioni legate all'autonomia fisica o allo stato sociale si aggiunge un terzo aspetto che agisce sullo

Figura 1.16 – Gravi difficoltà nelle attività per classi d'età (65-74 vs. 75+)



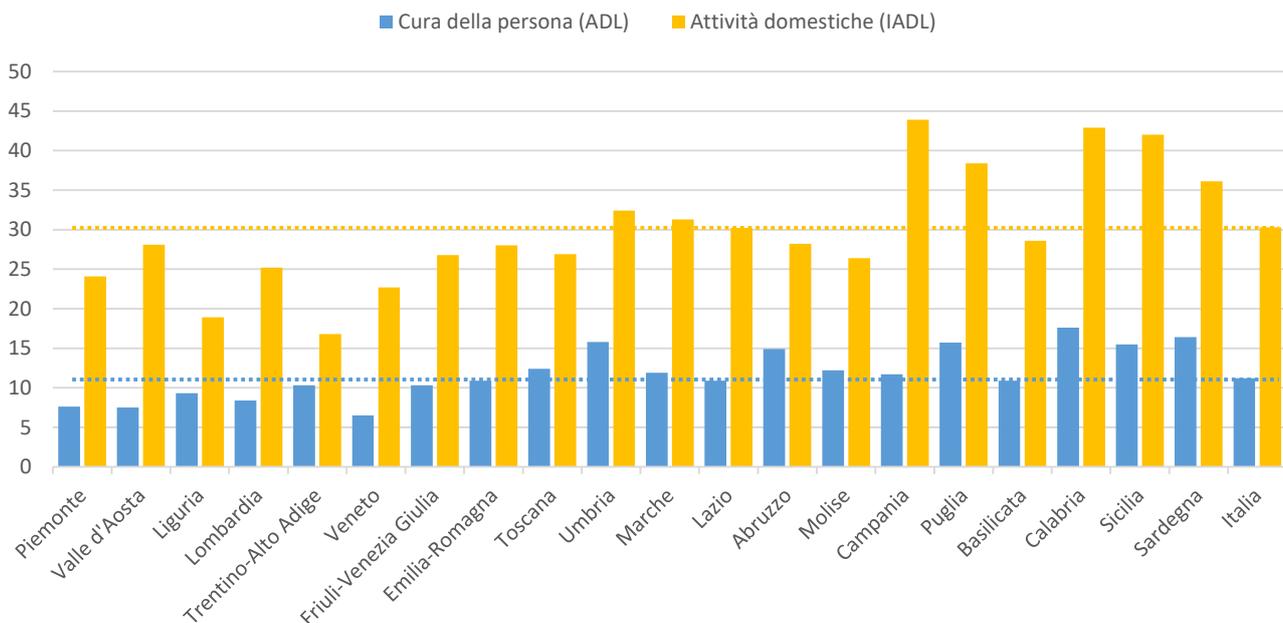
Fonte: Dati tratti dall'ISTAT, elaborazione degli autori

Figura 1.17 – Gravi difficoltà nelle attività per le persone 65+, 2015



Fonte: Dati tratti dall'ISTAT, elaborazione degli autori

Figura 1.18 – Gravi difficoltà nelle attività per le persone 65+, per regione



Fonte: Dati tratti dall'ISTAT, elaborazione degli autori



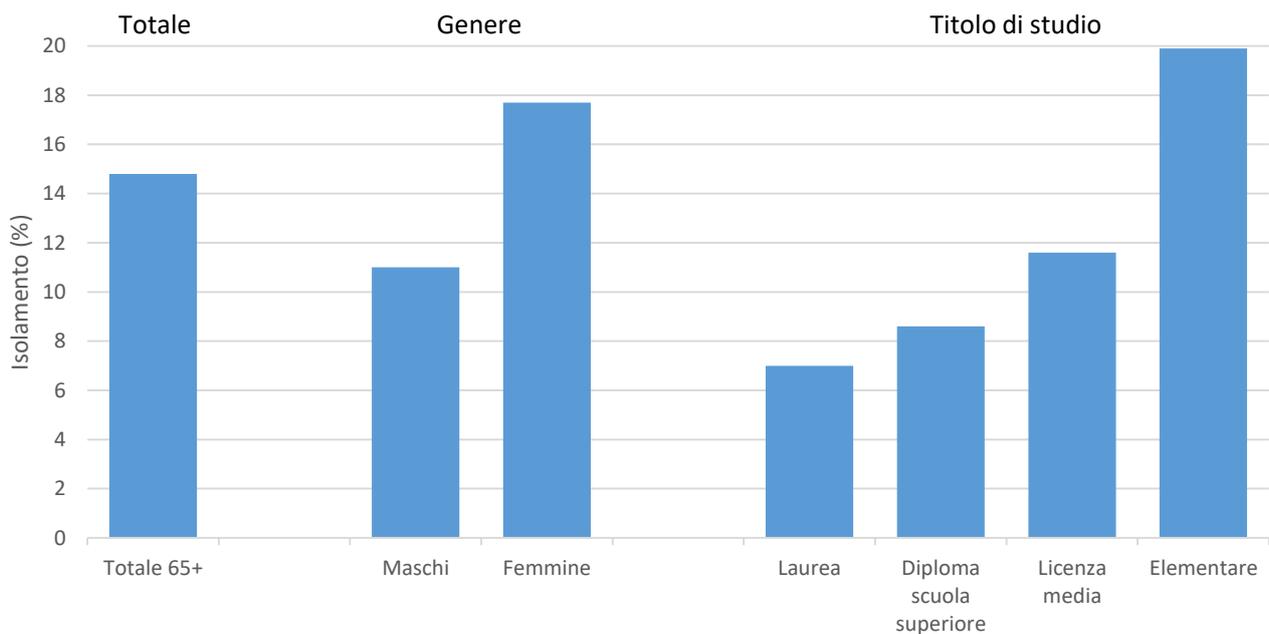
Foto @ Luca Meola

stato di non autosufficienza. Un aspetto critico che sta assumendo proporzioni sempre più ampie in tutta Europa è infatti quello dell'isolamento della popolazione anziana. Circa il 15% degli anziani dichiara di non incontrare alcun amico/a nel tempo libero (si veda la figura 1.19). La solitudine colpisce particolarmente le donne e gli anziani con un livello di istruzione più basso.

Come evidenziato nella figura 1.20, solo poco più di un anziano su quattro (25.9%) dichiara di poter contare

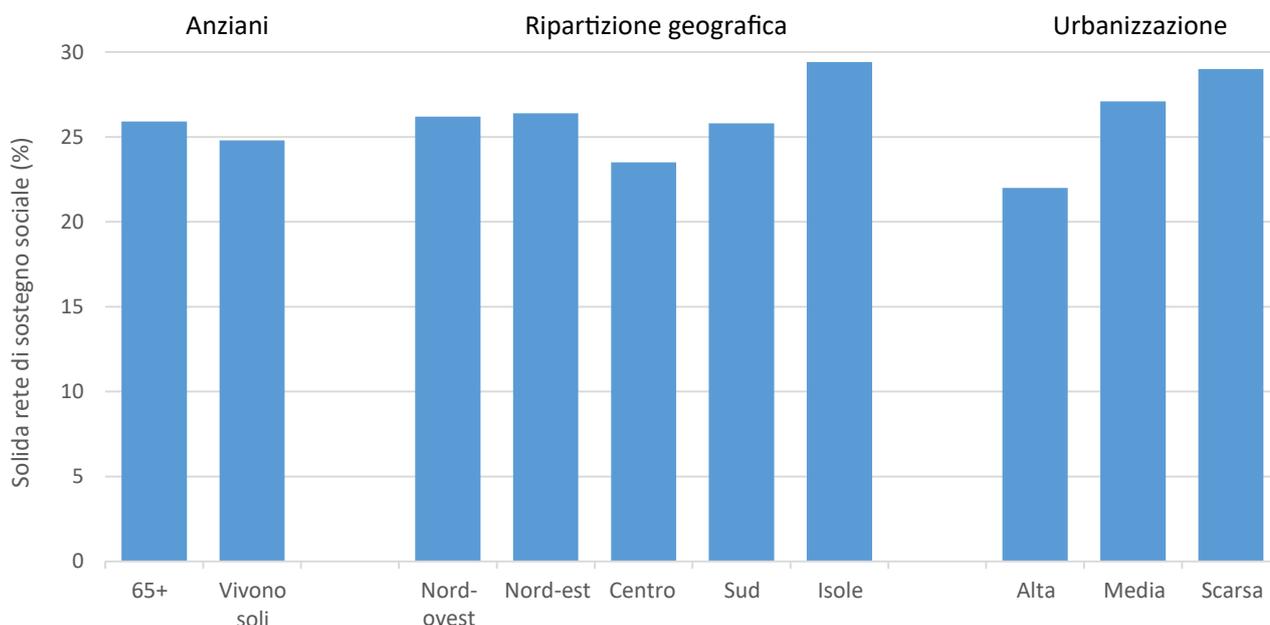
su una solida rete di sostegno sociale. Gli anziani soli più frequentemente riferiscono di ricevere uno scarso supporto, in particolare gli over 65 che vivono in aree popolate. La figura 1.21 mostra infine che tra gli anziani con grave riduzione nelle attività di cura della persona, il 58,1% dichiara di ricevere aiuto in misura insufficiente. La quota di aiuto non soddisfatto appare superiore al Sud (67,5%), tra gli anziani con un livello di istruzione più basso e tra i meno abbienti.

Figura 1.19 – Proporzioni di anziani isolati, 2018



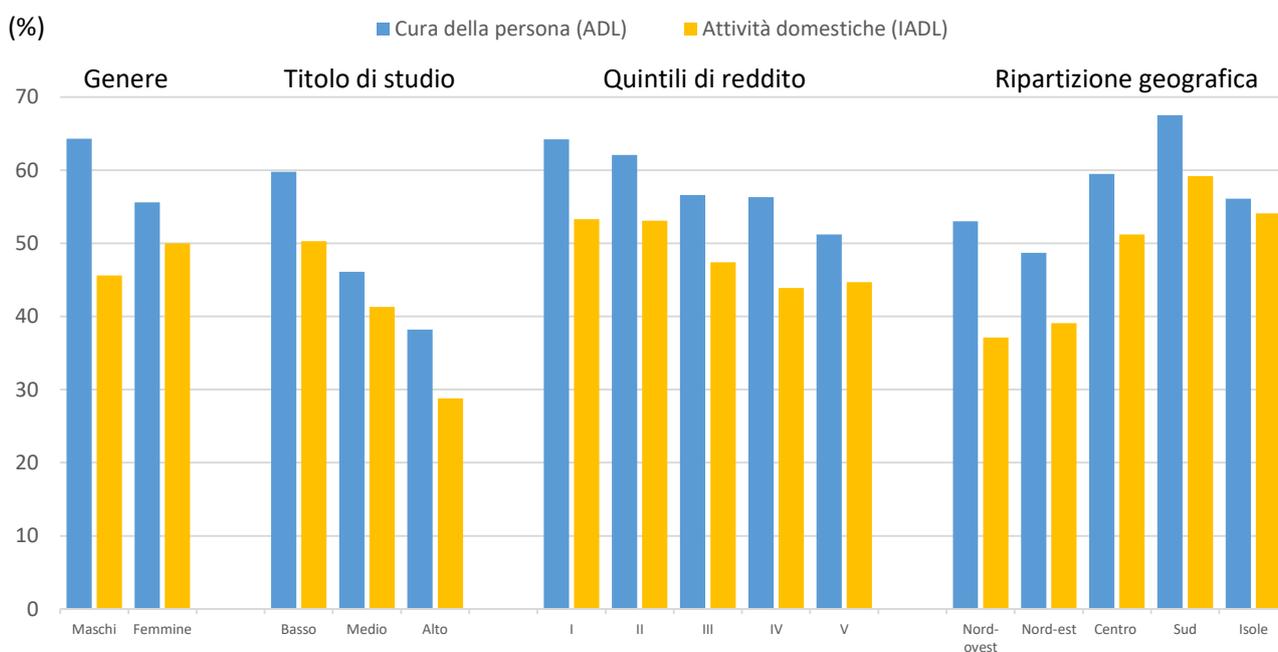
Fonte: Dati tratti dall'ISTAT, elaborazione degli autori

Figura 1.20 – Solida rete di sostegno sociale



Fonte: Dati tratti dall'ISTAT, elaborazione degli autori

Figura 1.21 – Aiuto non soddisfatto, 2015



Fonte: Dati tratti dall'ISTAT, elaborazione degli autori

2. LA RETE DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI IN LOMBARDIA¹



Foto @ Luca Meola

Questo capitolo passa in rassegna le politiche e i servizi per gli anziani in Lombardia dando una rappresentazione descrittiva, critica e interpretativa del loro funzionamento e delle loro caratteristiche principali, riflettendo sulla gestione complessiva del settore. A questo scopo sono state adottate alcune scelte metodologiche che è bene esplicitare prima di illustrare le evidenze

¹ Elisabetta Notarnicola.

raccolte. La prospettiva adottata è quella regionale. Le politiche per la non autosufficienza hanno, nel panorama italiano, una competenza mista che si distribuisce tra livello nazionale, regionale e locale. Nel capitolo si darà evidenza di quanto compete al livello nazionale e locale riportando dati sui finanziamenti stanziati e allocati, approfondendo soprattutto quanto previsto dal livello regionale che, nei fatti, rappresenta la risposta più omogenea e capillare sul territorio.

Saranno quindi illustrate le politiche per la non autosufficienza sociosanitarie e sociali (quando riconducibili al livello regionale). Coerentemente con quanto illustrato nel primo capitolo, si adotta una definizione di non autosufficienza che guarda al livello di autonomia e alle condizioni sociali dell'anziano fragile o non autonomo, prescindendo dallo stato di salute e dalle condizioni cliniche.

I dati presentati sono quelli disponibili nel mese di febbraio 2020. Su questo è bene fare due precisazioni. Con riferimento alla non autosufficienza, la disponibilità di dati nazionali e regionali è limitata dall'alto livello di frammentarietà del settore e dell'assenza di policy strutturate e di sistemi di monitoraggio (in Lombardia e in tutto il Paese). Per ogni elemento oggetto di indagine si presenterà il dato più recente, cercando di privilegiare la rappresentazione più attuale possibile, eventualmente anche a discapito della confrontabilità. La seconda precisazione riguarda il periodo durante il quale il lavoro è stato realizzato. L'avvento dell'emergenza sanitaria Covid-19 ha infatti evidenziato e aggravato le criticità già presenti nel settore non autosufficienza, in Lombardia in particolare. L'emergenza, quindi, non ha mutato le considerazioni che possono essere fatte sul sistema, casomai ha reso l'opinione pubblica e i *policy maker* più consapevoli delle criticità pre-esistenti e delle possibili linee di azione.

2.1. Il welfare lombardo per gli anziani non autosufficienti

Il sistema di welfare pubblico lombardo per la non autosufficienza è ispirato da principi di sussidiarietà verticale e orizzontale, che prevedono che il sistema sia fortemente centrato sul ruolo attivo delle famiglie come primo interlocutore e sul coinvolgimento di soggetti privati profit e non profit come erogatori dei servizi. Il sistema si basa su due pilastri: l'offerta sociosanitaria e quella sociale nelle quali intervengono soggetti e modalità di finanziamento differenti.

2.1.1. I principi ispiratori del sistema

La Regione Lombardia ha avviato a partire dagli anni 2008/2010 un profondo percorso di rinnovamento e

cambiamento del suo sistema di welfare, forte di una continuità politica e amministrativa basata su una particolare visione del ruolo della Pubblica Amministrazione, dei cittadini e degli attori di mercato. Le politiche sociali (sanità, servizi socio-assistenziali, scuola, formazione e abitazione) hanno costituito il banco di prova per l'applicazione di una idea politica incentrata sul mercato e sulla sussidiarietà (Gori, 2011). La configurazione attuale è frutto della legge regionale numero 3 del 12 Marzo 2008, "Governo della rete e degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" (Regione Lombardia, 2008), sulla quale si sono innestate alcune revisioni successive, principalmente riferite alla riforma sistemica della sanità lombarda con la legge 23 dell'11 Agosto 2015, "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II" (Regione Lombardia, 2015a). Con riferimento al comparto non autosufficienza, questo ultimo intervento ha modificato l'assetto di *governance* sul territorio regionale ma non ha scardinato i principi guida ispiratori, al contrario rinforzati.

I principi fondanti del sistema lombardo, più volte ribaditi nei documenti di programmazione successivi al 2008 (come, ad esempio, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014 fino alla programmazione sociosanitaria 2019) sono:

- Quasi mercato, con il quale si sottolinea come i soggetti pubblici debbano progressivamente ritrarsi dalla funzione di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni, limitandosi a svolgere funzione di programmazione-acquisto- controllo lasciando lo spazio del mercato a operatori privati non profit e for profit. Questo presuppone una fiducia nella capacità di scelta dell'utente che, supportata dal meccanismo di accreditamento, dovrebbe stimolare l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti (in termini di qualità percepita e risultati prodotti).
- Libertà di scelta, richiamando la volontà di portare gli utenti dal ruolo di beneficiari passivi a quello di soggetti attivi autodeterminati. La libertà del cittadino riguarda sia "da chi" ricevere l'assistenza sia "cosa" ricevere all'interno del pacchetto di prestazioni a lui dedicato.

- Centralità della famiglia, interlocutore privilegiato delle politiche sociali lombarde non in funzione della sua fragilità ma, piuttosto, della sua unitarietà nell'affrontare il bisogno.
- Sussidiarietà verticale ed orizzontale, che definisce una suddivisione verticale delle funzioni e delle responsabilità di governo che individuano nel Comune, singolo o associato, l'attore principale della rete, ma anche una suddivisione orizzontale che rimanda alla valorizzazione della società civile e dell'impegno e della responsabilità individuale.
- Organizzazione e governo tramite rete, strutturazione di una rete di offerta articolata in unità ben definite, assegnando a ogni attore ruolo e competenze chiari, delineando le modalità di accesso alla rete e i modelli di finanziamento. La rete degli interventi e dei servizi alla persona viene così definita: "l'insieme integrato dei servizi, delle prestazioni, anche di sostegno economico, e delle strutture territoriali, domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali" (articolo 1 comma 2, L.R. n.3/2008).

2.1.2. Il sistema di governance

Il sistema di *governance* per la non autosufficienza Lombardo vede coinvolti: la Regione (attualmente con la DG Welfare), le ATS (Agenzie di Tutela della Salute), i distretti sociosanitari, gli ambiti sociali rappresentati da Uffici di Piano e Comuni, la rete dei gestori. In una logica sovraordinata a cascata, la Regione è responsabile della definizione dei principi di funzionamento, delle caratteristiche della rete dei servizi, delle regole e criteri di accreditamento, nonché dello stanziamento e della distribuzione dei fondi regionali e nazionali ai territori. Le ATS sono responsabili: della gestione delle risorse regionali e nazionali che distribuiscono agli ambiti territoriali o direttamente ai gestori; delle procedure di accreditamento dei singoli gestori; della definizione di budget annuali per i servizi, del controllo e del monitoraggio. I distretti (talvolta anche tramite Cabine di Regia integrate con la parte sociale comunale) sono responsabili del monitoraggio e dell'erogazione di alcune prestazioni e servizi nonché della gestione delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la valutazione dello stato dei singoli citta-

dini e l'accesso ai servizi. Gli ambiti territoriali (con gli Uffici di Piano e i singoli Comuni) sono responsabili della programmazione delle politiche e dei servizi sociali a rilevanza locale e della loro integrazione con la rete sociosanitaria. Sono a loro volta destinatari di parte dei fondi regionali (per la parte sociale) e gestiscono budget assegnati direttamente dai Comuni. I gestori sono gli erogatori dei servizi. Questo avviene dopo una procedura a tre fasi che prevede una prima autorizzazione a operare (sulla base di standard predefiniti); una seconda fase di accreditamento che riconosce il singolo servizio autorizzato come parte della rete "contrattualizzabile" dalla singola ATS; la contrattualizzazione vera e propria tramite la quale, annualmente e sulla base dell'andamento storico delle prestazioni, le ATS assegnano a ogni gestore un budget massimo corrisposto poi tramite la valorizzazione con tariffe regionali di quanto effettivamente erogato.

2.1.3. Il modello di funzionamento

Il modello lombardo per la non autosufficienza si articola quindi in due reti, nelle quali intervengono diversi attori. La rete sociosanitaria, cui afferiscono servizi che integrano la componente assistenziale con alcuni elementi di assistenza infermieristica, viene gestita dai soggetti gestori (prevalentemente privati) che agiscono nell'ambito delle regole fissate dalla Regione per ottenere autorizzazione e accreditamento e vengono contrattualizzati dalle ATS sulla base dei budget e delle esigenze emerse a livello locale (che le ATS concertano anche con la parte sociale tramite gli Uffici di Piano). L'accesso a questi servizi da parte dei cittadini è subordinato a una valutazione del bisogno fatta dalle UVM in seno ai distretti sanitari, e prevede una compartecipazione da parte dei Comuni in base ai profili di reddito. La rete sociale, cui afferiscono servizi orientati alla sola componente assistenziale anche con l'obiettivo di gestire l'isolamento sociale e tutelare le fragilità di ogni tipo (anche economiche), è gestita da soggetti pubblici e privati che offrono servizi sulla base della programmazione definita dagli Uffici di Piano e Comuni (nell'ambito di linee guida regionali). Ogni Comune determina criteri di accesso e regole di funzionamento dei servizi specifici e programma (con una grande variabilità) i servizi e gli interventi sulla base dei bisogni del proprio territo-

rio. La rete sociale è quindi altamente frammentata ed eterogenea di territorio in territorio.

2.2. Finanziamento regionale e spesa sociale per la non autosufficienza

Il finanziamento pubblico al sistema regionale di welfare per la non autosufficienza include diverse fonti rintracciabili a livello regionale e nazionale. Una componente del finanziamento deriva anche dal livello locale, tramite la spesa sociale dei Comuni.

2.2.1. Le risorse nazionali

Per quanto riguarda il segmento della non autosufficienza degli anziani, le fonti di finanziamento di derivazione nazionale da considerare sono due:

- Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA): nel 2019 è stato finanziato con €573,2 milioni, 86,5 dei quali in previsione di riparto (sulla base di un criterio per popolazione). La quota lombarda è cresciuta rispetto all'anno precedente (€70,9 milioni totali del 2018 con un *addendum* di altri €2,1 milioni per la Lombardia, recepito in chiusura di anno) continuando una tendenza di investimenti crescenti dal 2016. Il FNNA è destinato a supportare interventi di assistenza domiciliare per persone con gravi e gravissime disabilità. Tra queste, sulla base dei criteri fissati, possono rientrare anche persone anziane con alti livelli di non autosufficienza, ma è evidente come la vocazione del Fondo sia orientata a target diversi (ad esempio SLA o altre disabilità). Non sono purtroppo disponibili dati rispetto all'effettivo utilizzo del fondo in Regione Lombardia.
- Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS): nel 2019 sono stati stanziati circa €600 milioni a livello nazionale, con un incremento di circa €120 milioni rispetto al 2018 (€476 milioni). La quota assegnata alla Lombardia è quindi di €56,2 milioni (rispetto ai €38,8 del 2018). Il Fondo viene ripartito tra gli Uffici di Piano e i soggetti gestori ed è finalizzato a co-finanziare interventi sociali dedicati ad anziani, persone con disabilità e minori anche per la parte educativa. Per il 2019, l'indicazione ottenuta dal livello nazionale (anche in questo caso sempre più

stringente nel definire le finalità) è di riservare una quota maggioritaria (40%) all'area specifica dei minori. Anche in questo caso non si hanno dati sull'effettivo utilizzo di queste risorse in Regione Lombardia.

Le risorse di questi fondi vengono recepite dalla Regione, assegnate ad ATS o Uffici di Piano (rispettivamente la prima e la seconda fonte) che ne definiscono le modalità di utilizzo secondo quanto indicato dal livello nazionale. Negli anni, infatti, si è assistito a un progressivo irrigidimento delle specifiche indicate dai Ministeri che, nei fatti, vincolano sia per finalità, sia per modalità operative l'utilizzo di queste risorse. Questo è stato oggetto di contestazione da parte di tutte le Regioni, in quanto le indicazioni nazionali non sempre si adattano alle effettive necessità locali e non tengono conto dei modelli sociosanitari e sociali esistenti.

I fondi nazionali costituiscono tuttavia solo una costola di finanziamento del sistema complessivo, che non è determinante nel caso della non autosufficienza degli anziani per come viene tradizionalmente considerata, che vede invece il primato in capo al sistema regionale. È anche importante enfatizzare che – nel passaggio tra stanziamento nazionale, riparto tra Regioni e assegnazione, successivo riparto interno alle Regioni e assegnazione ad ATS o livello locale e infine ai gestori – le tempistiche e i livelli di incertezza si sono progressivamente dilatati, tanto che le assegnazioni slittano sistematicamente all'anno successivo. Tutto ciò complica ulteriormente le fasi di programmazione, spesa e monitoraggio.

2.2.2. Le risorse regionali

A livello regionale (fondi stanziati dalla Regione) le fonti di finanziamento sono numerose (Tabella 2.1). In ordine di rilevanza i fondi sono:

1. Finalizzati a finanziare la rete di offerta sociosanitaria: rappresentano la maggior quota di investimento (1,69 miliardi nel 2019) e riguardano il finanziamento della componente "sanitaria assistenziale" dei servizi sociosanitari, ovvero ciò che è escluso dalla compartecipazione dei cittadini. Non è possibile ricostruire quanto di questo fondo (finanziato dal Fondo Sanitario Regionale corrente) sia dedicato

Tabella 2.1 – Articolazione dei fondi di derivazione regionale per la non autosufficienza, 2019 e 2020

Area di riferimento	Fonti regionali	2019	2020
		Stanziamento (€)	
Politiche per la famiglia	Lavoro di cura assistenti familiari	1,5 milioni	1,5 milioni
Politiche sociali	Programma 2 /disabilità interventi sperimentali per la non autosufficienza	6,6 milioni	6,6 milioni
	Fondo Sociale Regionale (per varie finalità)	54 milioni	55 milioni
Politiche sociosanitarie - Fondo Sanitario regionale	FSR corrente per servizi sociosanitari tradizionali (non solo per anziani non autosufficienti)	1,69 miliardi	nd
	FSR per integrazione FNNA	6 milioni	nd
	FSR corrente misure fondo famiglia	48,8 milioni	nd

Fonte: elaborazione autori su dati Regione Lombardia

al comparto anziani perché include tutta la rete sociosanitaria (quindi anche servizi per disabili e minori). A questi sono da aggiungere altri fondi che di anno in anno vengono aggiunti per particolari finalità, ad esempio, nel 2019 a incremento del FNNA per supportare la rete domiciliare e le misure del Fondo Famiglia a favore di cittadini in particolari condizioni sociali e reddituali.

- Finalizzati a finanziare la rete di offerta sociale: risorse regionali assegnate su specifici obiettivi (definiti annualmente quindi non costanti) a integrazione di quelle dedicate al sociale derivanti dal livello nazionale e allocate dai singoli comuni. Rispetto al comparto anziani sono finanziati in questo modo interventi al domicilio di tipo sociale, residenzialità leggera, servizi sperimentali di trasporto etc. Anche in questo caso sono comunque fondi multi-finalità per cui è impossibile in assenza di dati di utilizzo, isolare la quota riservata al comparto anziani.
- Destinati direttamente alle famiglie: a partire dalla X Legislatura sono stati di anno in anno confermati o introdotti (piccoli) stanziamenti che prevedessero voucher o buoni direttamente assegnati a famiglie o cittadini. Rispetto al comparto anziani questi sono stati orientati soprattutto a sostenere la permanenza al domicilio, la regolarizzazione di badanti e il sostegno al lavoro di cura familiare.

2.2.3. La spesa sociale dei comuni

Alla spesa regionale si associa la spesa sociale dei Comuni. È bene però ricordare che questa solo parzialmente va a integrare la spesa regionale per le unità di offerta previste dal sistema lombardo (nel caso in cui i Comuni si sostituiscano nella compartecipazione alla spesa dei cittadini in base a requisiti di reddito). Per la maggior parte la spesa è invece orientata a finanziare interventi e progettualità locali di sola finalità sociale, definiti quindi a livello comunale (Tabella 2.2).

La spesa sociale dei Comuni a sostegno degli anziani non autosufficienti è stata oggetto negli anni di due fenomeni. Da un lato, ha subito una contrazione che ha interessato le scelte comunali di investimento nel sociale in tutta Italia. Dall'altro, ha visto un progressivo spostamento delle risorse assegnate verso altri target (la disabilità) che, seppure con ampie variabilità locali e regionali, sono stati preferiti anche alla luce della maggiore attenzione rivolta agli anziani da parte degli interventi regionali di matrice sociosanitaria.

2.3. I servizi di welfare pubblico e la risposta ai cittadini anziani non autosufficienti

Viste le caratteristiche del sistema, si propone ora una ricognizione della dotazione di offerta di servizi *in kind* (ovvero reali, escludendo i trasferimenti mone-

Tabella 2.2 – Articolazione della spesa sociale dei comuni lombardi, 2012 e 2016

Servizi e supporto alla persona	2016 (€)	2012-2016	Supporto al reddito	2016 (€)	2012-2016
Assistenza domiciliare SAD	41.893.268	-22%	Retta per prestazioni residenziali	43.970.995	-14%
Servizio sociale professionale	15.897.130	4%	Contributi per servizi alla persona	10.231.101	387%
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	8.571.509	-24%	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	9.754.865	-32%
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	7.227.566	-21%	Retta per centri diurni	1.471.710	2%
Trasporto sociale	5.136.082	-15%	Contributi economici per alloggio	1.094.665	-15%
Servizi di prossimità (buonvicinato)	4.378.165	-14%	Altri contributi economici	4.076.165	
Altri interventi di assistenza domiciliare	1.861.383	603%	Totale	70.599.501	-2%
Attività ricreative, sociali	1.333.236	-48%			
Telesoccorso e teleassistenza	546.756	-49%			
Altri	1.687.676				
Totale	46.639.503	-11%			

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat

tari puri) da parte della Regione Lombardia quelle per analizzare la copertura del fabbisogno potenziale degli anziani non autosufficienti. Questo è utile al fine di comprendere l'attuale capacità del sistema e immaginare future piste di lavoro per estendere la capacità inclusiva di tali servizi.

Prima di descrivere la rete di offerta è utile però soffermarsi sull'analisi della popolazione di riferimento, i cittadini anziani non autosufficienti. La nostra stima più recente (2016) è di 352.889 persone (quasi il 16% del totale degli over65) (Berloto, Perobelli, 2019) ed è calcolata in base ai dati sulle limitazioni funzionali degli anziani (ISTAT, 2014). Per quanto elevato, tale valore probabilmente sottostima il bisogno del territorio, specie in virtù del fatto che:

- l'ISTAT non aggiorna i dati riguardanti la prevalenza delle limitazioni funzionali dal 2013;
- l'indagine ISTAT consente di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patolo-

gie psichiatriche o a disagio mentale. È importante qui specificare che con non autosufficienza si fa riferimento alla necessità di assistenza e accudimento nella vita quotidiana, condizione che può derivare dalla presenza di specifiche condizioni cliniche e più in generale dallo stato di salute, ma anche da condizioni sociali, economiche, etc.

Rispetto alle stime di ADL e IADL già presentate nel capitolo precedente, in questa sede si utilizzerà la stima di 352.889 anziani non autosufficienti, valore a cui saranno rapportati i dati dei servizi erogati. Con questa logica si presentano i dati riferiti all'estensione della rete di servizi oggi esistente, in termini di dotazione infrastrutturale e di utenti serviti; successivamente tali valori sono rapportati alla popolazione target per evidenziare la copertura del bisogno espresso dalla popolazione, con un approfondimento sui servizi sociosanitari².

² La *ratio* è di minimizzare il rischio di duplicazioni nel conteggio degli utenti. Per approfondimenti si veda Fosti et al. (2016).

2.3.1. La rete dei servizi sociosanitari

La tabella 2.3 sintetizza i dati di offerta del sistema sociosanitario lombardo in termini di posti/posti letto per i due servizi *core* del sistema lombardo, sia in termini di diffusione che di investimento:

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti con interventi destinati a migliorarne i livelli di autonomia, promuoverne il benessere, prevenire e curare le malattie croniche.
- Centri Diurni Integrati (CDI): dedicati agli anziani che vivono a casa, parzialmente autosufficienti e con necessità assistenziali che superano la capacità del solo intervento domiciliare, ma che non richiedono ancora un ricovero in RSA.

La presenza di questi servizi sul territorio regionale presenta una ampia variabilità provinciale (Tabella 2.4) che riflette la storia e la presenza di istituzioni non profit e aziende profit che negli anni si sono insediate sul territorio regionale. I dati sui posti disponibili mostrano poi uno spiccato orientamento verso un welfare a finanziamento pubblico. La disponibilità di posti puramente in solvenza (quindi privati per le famiglie) si deriva in prima battuta dalla differenza tra posti autorizzati e accreditati: 4.881 per le RSA e 479 per i CDI. Al di là della natura giuridica dei gestori, il sistema lombardo per quello che riguarda i servizi *in kind* è un sistema prevalentemente pubblico.

Oltre a questi due servizi, entrano nella rete sociosanitaria anche altre “soluzioni”, più o meno diffuse sul territorio, come l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Rispetto alla media italiana di 31,7 casi in carico ogni cento anziani non autosufficienti (e nonostante il calo

tra 2016 e 2017), in Lombardia il servizio raggiunge più casi (34,86), seppur con una spesa media per anziano, inferiore alla media nazionale (€68,8 contro €114) (Melzi, 2018). Se è vero che l’ADI raggiunge più anziani che nella media delle altre Regioni, le 12 ore dedicate in media a ciascun assistito aprono il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio che appare piuttosto orientato a erogare prestazioni sanitarie spot. In assenza di ulteriori informazioni sui profili degli anziani raggiunti e sull’organizzazione dei servizi ADI (tipologia di prestazioni erogate, periodicità tra un accesso e l’altro, etc.) i dati lasciano intravedere un percorso di presa in carico molto contenuto nell’intensità e limitato nel tempo, probabilmente in risposta a un bisogno sanitario acuto e orientato all’erogazione di prestazioni sanitarie (Tabella 2.5).

Non essendo disponibili dati sufficienti, l’analisi e le riflessioni sulla rete sociosanitaria non possono purtroppo andare oltre i servizi già considerati. Nello specifico, il problema riguarda soprattutto:

- C.A.S.A. (Comunità Alloggio Sociale Anziani) e comunità alloggio per anziani. Si tratta di servizi per anziani autonomi o con lieve non autosufficienza, senza requisito di erogazione di assistenza sanitaria per i quali non sono disponibili dati regionali sulla diffusione e sull’utenza.
- Misura B2 derivante da Fondo Nazionale Non Autosufficienza (si veda sopra su FNNA). È un voucher mensile per *caregiver* fino a €400 che può essere integrato di ulteriori €400 per personale di assistenza assunto. Disponibile anche per anziani gravemente non autosufficienti è però primariamente assorbito da utenti con disabilità. Anche in questo caso non sono però disponibili dati sull’erogazione del servizio.

Tabella 2.3 – Rete di offerta della rete sociosanitaria, 2019

2019	Numero strutture	Posti autorizzati	Posti accreditati ordinari	Di cui posti accreditati Alzheimer
RSA	706	64.185	59.304	2.926
CDI	328	7.913	7.434	

Fonte: elaborazione autori su dati regione Lombardia

Tabella 2.4 – Diffusione delle RSA sul territorio regionale per ATS, 2018

Territorio	PI RSA autorizzati	PI RSA accreditati	Lista di attesa	Giorni in lista di attesa
ATS Bergamo	6.190	6.095	11.883	186
ATS Brianza	5.591	5.478	9.801	166
ATS Brescia	7.016	6.329	16.297	190
ATS Insubria	9.747	9.135	7.162	69
ATS Milano	17.830	17.522	17.241	112
ATS Montagna	3.493	3.374	5.856	125
ATS Pavia	5.859	5.735	6.719	81
ATS Valpadana	7.754	7.562	6.053	56

Fonte: Osservatorio RSA (FNP-CISL, 2019)

Tabella 2.5 – Dati descrittivi ADI, Lombardia e Italia, 2016

2016	Totale casi over 65 trattati	Casi ogni 100 over65	Casi ogni 100 over65 non autosufficienti	Media ore accesso per caso 65+	Totale ore erogate a over65
Lombardia	123.019	5,47	34,86	12	1.476.223
ITALIA	849.242	6,22	31,7	17	14.437.113

Fonte: Annuario statistico nazionale 2016 (Ministero della Salute, 2019)

- Altri voucher proposti di anno in anno per il supporto della permanenza a domicilio. Per questi interventi non sono disponibili dati sui beneficiari ma solo sullo stanziamento di risorse (cfr. paragrafo 2.2.2).

2.3.2. La capacità di risposta al bisogno della rete sociosanitaria

Spostando lo sguardo sugli utenti che fruiscono di servizi sociosanitari e la conseguente stima della capacità di copertura del fabbisogno (Tabella 2.6), si nota come la Regione Lombardia abbia in carico, in servizi ad afferenza sociosanitaria, 216.194 utenti, la maggior parte dei quali (34,9%) tramite ADI, per cui valgono le riflessioni sul ruolo del servizio in termini di presa in carico già fatte sopra (paragrafo 2.3.1). I servizi semi-residenziali (CDI) hanno una copertura esigua (2,9%), mentre le RSA raggiungono il 23,5% degli over65 non autosufficienti. Nel complesso, la Lombardia registra

un tasso di copertura del bisogno che supera, considerando anche l'ADI, il 60%, andando ben oltre la media italiana del 37%, ma che sconta i limiti già visti (l'ADI da sola copre il 34,9%). La capacità di presa in carico dei servizi tradizionali appare pertanto soggetta a forti limiti strutturali dettati dallo storico *focus* sui servizi residenziali adottato dalla Regione, non compensati da una rete territoriale e domiciliare in grado di intercettare i moltissimi anziani non autosufficienti residenti.

2.3.3. Alcune considerazioni su servizi e risposta al bisogno

I dati portano a un'evidenza per certi versi sconcertante (tuttavia parziale non avendo a disposizione dati strutturati su assegni, voucher e contributi e sulla rete sociale): solamente una quota ridotta di anziani non autosufficienti è in carico ai servizi principali, quelli orientati a una presa in carico più intensa. Della

Tabella 2.6 – Copertura dei servizi sociosanitari lombardi, 2016

Tipo di servizio	Utenti in carico 2016	Copertura del bisogno
RSA	82.779	23,5%
CDI	10.396	2,9%
Domiciliare (ADI) a città	123.019	34,9%
Totale	216.194	61,3%

Fonte: elaborazione degli autori su dati Regione Lombardia e Ministero della Salute (2019)

limitata intensità assistenziale dell'ADI si è già detto e le stesse considerazioni sul tema del limitato valore offerto da servizi orientati solo a erogare prestazioni spot sono applicabili anche agli altri servizi esistenti, soprattutto le RSA. Le testimonianze dei gestori segnalano come negli anni il servizio RSA, date le sue caratteristiche e il costo per le famiglie, è sempre più visto come una soluzione di ultima istanza, quando la gestione dell'anziano diventa impossibile. Le famiglie cercano quindi nelle RSA assistenza sanitaria sempre più avanzata e non quel modello di residenzialità e servizio sui quali le strutture dovrebbero essere tarate. In ogni caso, l'assenza di dati sugli altri servizi qui non discussi (rete sociale, voucher, sperimentazioni varie etc.) non lascia grandi margini di speranza: non sono infatti paragonabili per diffusione e finanziamento ai servizi sociosanitari, motivo per cui è difficile immaginare che contribuiscano in modo dirimente ad aumentare queste percentuali. Per concludere, e tornando al tema delle risorse, bisogna ricordare che, fino a oggi, ciò che ha determinato la capacità di risposta del sistema è stato il modello di finanziamento stesso: questo non viene definito e allocato in base a parametri oggettivi relativi a specifici bisogni, ma attraverso processi di negoziazione di tipo incrementale tra l'amministrazione regionale e diversi soggetti (singole ASL ora ATS, esponenti politici locali, gestori, etc.) sempre a partire dai fondi trasferiti negli esercizi precedenti, in virtù dei vincoli di disponibilità esistenti. È impensabile quindi che senza un investimento maggiore (o una completa revisione dei servizi) si possano raggiungere risultati diversi in termini di risposta al bisogno.

2.3.4. Servizi sperimentali e tendenze in corso

Nel periodo 2014-2019 sono stati introdotti alcuni servizi o iniziative considerate innovative che di anno in anno sono stati confermati nel sistema lombardo nel tentativo di ampliare la rete di offerta. La portata di questi servizi è tuttavia giudicata dagli operatori molto modesta, perchè raggiungono poche famiglie e impattano in modo limitato sulla quotidianità dell'assistenza, soprattutto in rapporto all'estensione della rete tradizionale di RSA, CDI e ADI rispetto alla quale rappresentano dei "micro" tentativi di innovazione. Possiamo leggerli quindi come delle tracce, dei semi innovativi che se sistematizzati potrebbero contribuire a far evolvere il sistema:

- la RSA Aperta, avviata come sperimentazione a fine 2014, è un voucher mensile che finanzia la definizione di un piano di assistenza al domicilio basato sull'intervento di operatori in distacco da RSA del territorio. Il modello organizzativo è centrato infatti sull'utilizzo di gestori e operatori delle strutture territoriali che diventano HUB anche dei servizi domiciliari, ponendosi come "centro servizi del territorio" con la duplice finalità di rafforzare la presenza dei gestori e di dare punti di riferimento univoci alle famiglie. È orientato prevalentemente a pazienti con Alzheimer o con profili non idonei a servizi tradizionali. Il modello è stato revisionato per il 2019 (D.G.R. n. 7769/2018) assegnando la valutazione del bisogno al gestore (e non più ad ATS) in modo da garantire una maggiore personalizzazione del servizio e prestazioni sempre più di natura
- sociosanitaria e meno assistenziale, introducendo così il rischio di sovrapposizione con quanto previsto già da ADI (per un commento critico, Tidoli, 2019).
- Il Registro assistenti famigliari, avviato dal 2018, che prevedeva l'apertura o il potenziamento di sportelli sul territorio orientati a promuovere l'incontro tra domanda e offerta e la costituzione di registri pubblici di assistenti famigliari (Ghetti, 2020). Questo è stato promosso insieme a un "Bonus Assistenti famigliari" (applicazione del fattore famiglia lombardo L.R. 10/17 decreto n. 4597/2019) ovvero un contributo a favore di chi impiega regolarmente assistenti

famigliari per il lavoro di cura. Entrambe le iniziative sono orientate a regolamentare il sistema badanti (si veda sotto). A fine 2019 sono stati presentati alcuni dati a livello regionale che parlano di 209 sportelli attivati e 114 registri attivi. Le domande recepite per la ricerca di assistenti sono state però solo 19 (53 le non ammesse) e 52 le domande ancora in istruttoria a fine 2019 (Regione Lombardia, 2015b).

- Il voucher anziani riproposto tra il 2019/2020, nella nuova versione ha un valore complessivo di €4.800 una tantum per interventi con una durata massima di 12 mesi. Il suo obiettivo è “favorire il benessere e la qualità della vita delle persone anziane” al domicilio, ad esempio l’adattamento domestico, gli interventi di terapia occupazionale, etc.

2.4. Il sistema di welfare privato: RSA e Badanti

Avendo discusso fino a ora il sistema di welfare pubblico regionale, principalmente con riferimento ai servizi sociosanitari, pare opportuno aggiungere una riflessione su quello che negli anni è diventato il vero pilastro della risposta al bisogno di non autosufficienza nel medio lungo periodo assieme alle soluzioni residenziali: le famiglie e il loro sforzo per l’assistenza e il coordinamento nella gestione delle persone anziane non autosufficienti. Rispetto a quanto specificamente avviene in Lombardia (Berloto et al., 2019) è rilevante discutere di almeno tre aspetti:

1. Il ricorso al mondo dei servizi privati;
2. il tema badanti;
3. il *caregiving* familiare.

2.4.1. La spesa privata per servizi per la non autosufficienza

Stimare la spesa privata per servizi legati alla non autosufficienza è un esercizio pressoché impossibile: (i) non esistendo raccolte dati sistematiche sul tema, (ii) essendo la spesa *out-of-pocket* per la non autosufficienza molto spesso confusa (dalle famiglie stesse e da chi rileva i dati, come l’ISTAT) con la spesa sanitaria per prestazioni di varia natura o con la spesa per la gestione domestica. La complessità e la variabilità degli elementi da gestire quando si tratta di non autosufficienza non

rende infatti facilmente identificabili e isolabili gli *item* di spesa dedicati. Questi, infatti, spaziano dalle spese per l’adattamento dell’abitazione, per ausili, sussidi e dispositivi medici (stampelle, busti, pannoloni etc.), per farmaci e integratori alimentari, per interventi specialistici, per socialità e monitoraggio della persona etc. È più “facile” invece stimare la spesa che le famiglie sostengono quando si rivolgono a servizi strutturati (*in kind* come detto sopra) privatamente. Con riferimento alla Lombardia, questo esercizio è possibile sulle RSA, riferendoci ai posti dedicati completamente alla solvenza (e, al momento, non alla compartecipazione degli utenti sui posti a finanziamento pubblico). Ricordiamo poi che questi posti sono limitati: 4.881 in tutta la regione, pari al 7% dei posti complessivi, secondo fonti ufficiali regionali. Guardando ai dati sulla retta media richiesta dai gestori (che pure presenta una ampia variabilità provinciale, si veda tabella 2.7) e ipotizzando la piena occupazione dei posti in solvenza, ogni anno la spesa delle famiglie lombarde per RSA si aggira intorno a €145 milioni (calcolati come €81,39 di retta media x 365 giorni erogate in piena occupazione per ogni posto letto x 4.881 posti letto disponibili). Se a questo volessimo aggiungere anche la stima di quanto le famiglie spendano per compartecipazione sui posti accreditati, e parte del sistema pubblico, dovremmo considerare altri €1,27 miliardi all’anno (calcolati come €65 di retta media x 365 giornate erogate x 59.304 posti letto disponibili x 90% pari al tasso di occupazione medio sulla rete accreditata).

2.4.2. Le badanti in regione Lombardia

In Regione Lombardia la stima più recente (2018) delle badanti (regolari e non) presenti sul territorio era di 181.896, ovvero 15,5 badanti ogni 100 over 75 non autosufficienti (Berloto, Perobelli, 2019). Questa cifra è impressionante se messa in rapporto con i dati della diffusione dei servizi della rete sociosanitaria già analizzati. Di queste badanti, si stima che il 40% siano regolari (da dati INPS) e il 60% irregolari. Considerando che un contratto regolare di 54 ore di assistenza di una badante convivente, a tempo pieno, per l’assistenza di una persona non autosufficiente, livello CS, costa €1.495 al mese, si raggiunge una spesa di oltre €17.000 annui per famiglia. Per ovvie ragioni il contratto irregolare risulta meno costoso, indicativamente tra €800 e

Tabella 2.7 – Variabilità delle rette (€/giorno) per RSA tra ATS, 2018

Territorio	Compartecipazione	Solvenza
ATS Bergamo	66,37	85,89
ATS Brianza	76,26	82,92
ATS Brescia	60,60	79,15
ATS Insubria	76,38	75,02
ATS Milano	92,85	97,20
ATS Montagna	62,23	68,21
ATS Pavia	62,48	68,36
ATS Valpadana	59,64	83,62

Fonte: Osservatorio RSA (FNP-CISL, 2019)

900 mensili, pari a €10.800 annui. La spesa complessiva annuale sarebbe quindi di €1,24 miliardi circa per i contratti regolari e di €1,18 miliardi per gli impieghi irregolari³. Nonostante la Lombardia sia una delle regioni italiane con la più alta diffusione di servizi residenziali per anziani (unici veri *competitor* rispetto all'assistenza con il sistema badanti) è allo stesso tempo una delle regioni con il più alto numero di badanti stimate. Ciò fa pensare che siano sempre più necessarie soluzioni per aiutare le famiglie nella gestione della non autosufficienza (Tabella 2.8).

2.4.3. Il caregiving familiare

Una recente ricerca di Pasquinelli ed Assirelli (2019) riporta alcune informazioni sul *caregiving* familiare in Lombardia:

- Si stimano 360.000 *caregiver* familiari (circa il doppio delle badanti);
- di questi, uno su due è a sua volta anziano e uno su 10 condivide direttamente il carico di cura di una badante;

³ Si tratta ovviamente di dati stimati, non essendo disponibili dati ufficiali. La stima è molto probabilmente all'eccesso, essendo basata sul rapporto 40-60 tra regolari e irregolari (è infatti assai plausibile che potrebbe esserci una quota di contratti "grigi") e sull'ipotesi che tutte le badanti lavorino *full-time* senza interruzioni per 12 mesi (ipotesi che potrebbe rivelarsi troppo generosa).

- solo il 76% delle famiglie vede più di un membro della famiglia coinvolto nelle attività di cura;
- il profilo del *caregiver* tipo è composto da: 38% figli lavoratori, prevalentemente donne; 29% figli non lavoratori; 24% coniuge a sua volta spesso anziano;
- un terzo delle famiglie lombarde è monocomponente, riflesso dei forti mutamenti che hanno riguardato le strutture familiari nel nostro Paese. Il 30% degli over65 vive quindi da solo, con una riduzione progressiva delle relazioni sociali e un aumento del rischio di isolamento (paragrafo 1.4).

2.5. Le misure nazionali: una goccia nel mare

Delle misure nazionali si è già detto sopra, almeno per quanto riguarda le principali fonti di finanziamento. È quindi interessante proporre qualche ulteriore riflessione sulla potenza di fuoco del Fondo Nazionale Non Autosufficienza. Si tratta dell'unica misura nazionale dedicata alla non autosufficienza, non solo come fonte di finanziamento (paragrafo 2.2.1), ma anche come espressione di un indirizzo (si vorrebbe dire *policy* ma è prematuro in questo caso) sul tema. Non esiste, infatti, a livello nazionale nessuna altra linea guida o espressione di principi relativa alla non autosufficienza. Ciò è molto significativo rispetto al livello del dibattito e della consapevolezza esistente. Nonostante la denominazione rimandi in modo esplicito alla non autosufficienza, è opportuno comunque precisare due tendenze che danno un'idea dello stato delle *policy* nazionali:

- Come già si accennava, le indicazioni a livello nazionale sono sempre più stringenti nell'indicare e definire le modalità di utilizzo e le caratteristiche dei beneficiari del fondo, limitando la possibilità delle regioni di adattarli ai contesti regionali e di integrarli con eventuali misure già esistenti. Questo fa sì che difficilmente le risorse (poche) allocate dal livello nazionale possano essere effettivamente integrate e messe a sistema nei sistemi regionali, costituendo di fatto (soprattutto nei sistemi più evoluti come la Lombardia) una sorta di "ciliegina sulla torta" rispetto agli interventi già presenti⁴.

⁴ È importante ricordare che stiamo parlando del com-

Tabella 2.8 – Copertura del bisogno tramite RSA e badanti, degli over75 non autosufficienti, 2016

Per la popolazione non autosufficiente over75	Tasso di copertura del bisogno tramite		
	servizi pubblici (RSA)	servizi informali (badanti)	servizi pubblici + informali
Molise	0,26%	13,98%	14,24%
Basilicata	0,65%	14,63%	15,28%
Sicilia	0,69%	18,23%	18,92%
Puglia	2,57%	20,32%	22,89%
Calabria	2,78%	20,90%	23,68%
Abruzzo	2,73%	25,77%	28,50%
Campania	0,73%	29,65%	30,38%
Marche	5,89%	41,80%	47,69%
Valle d'Aosta	0,25%	49,53%	49,78%
Toscana	6,28%	50,68%	56,96%
Umbria	5,12%	51,31%	56,43%
Friuli - Venezia Giulia	15,36%	52,24%	67,60%
Liguria	9,73%	58,36%	68,09%
Emilia-Romagna	9,61%	59,32%	68,93%
Veneto	17,88%	60,42%	78,30%
Trento	25,66%	63,62%	89,28%
Lazio	2,85%	63,93%	66,78%
Sardegna	1,03%	64,63%	65,66%
Bolzano/Bozen	24,21%	67,28%	91,49%
Piemonte	18,15%	67,95%	86,10%
Lombardia	18,97%	75,38%	94,35%

Fonte: elaborazione degli autori su dati Annuario statistico nazionale 2016 (Ministero della Salute, 2019) e INPS

- Nel tempo, la definizione di non autosufficienza è andata sempre più sovrapponendosi, fino a sostituirsi, con il concetto di grave disabilità che però ha presupposti ed esigenze assolutamente diverse. Inoltre, l'aver eliminato i limiti di età ha di fatto spostato la parte preponderante di tale fondo (si stima oltre il 70%) su interventi per la disabilità, escludendo i beneficiari anziani non autosufficienti. Senza mettere in discussione la priorità di intervento sulla popolazione con disabilità, questo è un

parto della non autosufficienza degli anziani, è infatti ben noto che nel mondo della disabilità adulta la sua rilevanza sia ben diversa.

ulteriore segnale di quanto il mondo degli anziani sia fuori dai *radar* della programmazione nazionale.

Sempre guardando al livello nazionale, l'unica vera e sostanziosa misura da considerare nel panorama è piuttosto quella relativa all'Indennità di Accompagnamento di INPS. Nel 2016 in Lombardia ne beneficiavano 293.000 persone, di cui 210.374 (71,8%) over65. Si tratta dunque del 59,6% della popolazione non autosufficiente stimata per il 2016, una quota decisamente più elevata di quella raggiunta dai servizi sociosanitari regionali e affini. La spesa di INPS per Indennità di Accompagnamento erogate in Lombardia a cittadini over65 nel 2016 è quindi stimabile in €107,7 milioni

mensili e €1,29 miliardi all'anno (€512,34 per 12 mensilità). Anche in questo caso si tratta di una cifra superiore a qualsiasi altro investimento allocato (con eccezione della quota da Fondo Sanitario Regionale, si veda paragrafo 2.2.2). Il sistema INPS, sia per numero di utenti raggiunti che per spesa, costituisce quindi un sistema parallelo, assolutamente non integrato con il sistema regionale dei servizi: sarebbe anche interessante capire in quale misura questo si sovrappone sugli stessi cittadini anziani non autosufficienti (come plausibile dato il profilo di beneficiari e utenti) e quanto contribuisce a espandere la capacità di risposta al bisogno. Ricordiamo in ogni caso che la misura è corrisposta con versamento al titolare, senza alcuna indicazione o vincolo rispetto all'utilizzo e alla sua finalizzazione e quindi nessuna possibilità di indirizzo o valutazione dell'assistenza che contribuisce a finanziare. Da tempo si discute dell'opportunità di questa misura, che tende a essere utilizzata come supporto al reddito piuttosto che come strumento assistenziale, e di una sua integrazione con i sistemi regionali, senza però alcun risultato concreto.

2.6. Analisi critica delle politiche regionali: cosa è successo nel 2015-2019?

Nel Secondo Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS SDA Bocconi (Fosti, Notarnicola, 2019) è stato presentato uno studio critico dei trend in atto delle politiche per la non autosufficienza di tutte le regioni italiane con un focus sul periodo 2015-2019 in modo da approfondire le differenze territoriali e immaginare le linee di indirizzo futuro. Un approfondimento di questo studio (Notarnicola, Berloto, 2019) viene di seguito riproposto sulla regione Lombardia, in modo da analizzare criticamente le iniziative più recenti, alla luce dei dati già esposti. In sintesi:

- Tra il 1° gennaio 2015 e il 30 aprile 2019, la Regione Lombardia ha promulgato 25 nuove norme e atti relativi a interventi sul sistema di welfare per anziani.
- Volendo classificare l'attività regionale si arriva a definire che: 7 atti sono di indirizzo strategico e non pre-

vedono nuovi interventi o servizi; 6 atti riguardano la *governance* del settore (a partire dal Libro Bianco del Welfare Lombardo); 8 atti sono aggiornamenti di regole sulle unità di offerta della rete sociosanitaria (aggiornamento tariffe e standard); 4 atti hanno introdotto innovazioni o sperimentazioni.

- Volendo semplificare, i cambiamenti più significativi hanno riguardato: la riorganizzazione della *governance* e l'impostazione del modello di presa in carico (ad esempio il Piano Cronicità); il rafforzamento dei servizi sul fronte domiciliare, sia modificando il funzionamento dell'RSA aperta, sia con nuove misure per contribuire all'assunzione di assistenti familiari; la riorganizzazione delle cure palliative e dell'ADI con un impatto anche sull'area anziani; l'introduzione di nuove unità di offerta (come ad esempio C.A.S.A.).

La tabella 2.9 presenta il dettaglio di tutte le norme introdotte tra il 2015 e il 2019 e una loro classificazione in merito ai contenuti. È opportuno specificare il criterio di selezione delle norme regionali qui presentate. Sono state incluse tutte quelle finalizzate a introdurre cambiamenti o novità rispetto alla regolamentazione esistente (esclusi quindi gli atti di ordinaria amministrazione riferiti ad esempio allo stanziamento annuale di fondi etc.) e che producessero potenzialmente un impatto sul settore anziani. Non era vincolante quindi che tali norme fossero espressamente rivolte al comparto in analisi, ma si è considerato tutto ciò che potenzialmente potesse produrre un impatto su di esso.

Il sistema lombardo si è dedicato nel quinquennio a una vasta produzione normativa, investendo molte energie, senza tuttavia rivedere e migliorare quanto già esistente o meglio specificare quanto già definito rispetto alla rete di offerta sociosanitaria e sociale e al suo funzionamento. Ancora meno spazio è stato inoltre dedicato a tentativi di cambiamento più radicale con introduzione di servizi o di nuove modalità di funzionamento, che rimangono deboli segnali nel panorama complessivo.

Tabella 2.9 – Principali norme sulla non autosufficienza emanate della Lombardia (2015-4/2019)

Atto	Titolo breve	A. Strategia					B. Cambiamenti di sistema					
		Obiettivi	Target/ Bisogni	Azioni	Soggetti	Competenze	Governance	Finanziamento	Rete di Servizi			
							Fondi Aggiuntivi	Modalità	Gestori	Autorizz./ Accreditam.	Albi/ Elenchi	Governo/ supervisione
LR 15/2015	Legge su lavoro di assistenza e cura			✓							✓	
LR 23/2015	Riforma governance lombarda	✓			✓	✓						
DGR 4152/2015	Reddito di autonomia											
DGR 4702/2015	Programmazione sociosanitaria 2016	✓		✓								
DGR 648/2016	LG per gli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri degli ass.fam.		✓	✓								
DGR 672/2016	Misura reddito di autonomia 2016						✓					
DGR 954/2016	Programmazione sociosanitaria 2017	✓		✓								
DGR 918/2016	Modello organizzativo della rete delle cure palliative				✓	✓				✓		
DGR 164/2017	Governo della domanda: piano cronicità	✓	✓	✓								
DGR 551/2017	Riordino della rete di offerta e presa in carico dei paz. cronici				✓	✓						
DGR 503/2017	Sperimentazione di un "punto di primo intervento geriatrico"											
DGR 766/2017	Attivazione sperimentale del progetto "STAR"											
DGR 038/2018	Ulteriori determinazioni su cronicità				✓	✓						
DGR 655/2017	Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paz. cronico				✓	✓						
DGR 012/2017	Voucher per le famiglie con anziani in RSA											
DGR 600/2017	Programmazione sociosanitaria 2018	✓		✓								
DGR 769/2018	Modifica Residenzialità leggera e RSA aperta		✓									
DGR 770/2018	Interventi di programmazione in materia di ADI											
DGR 776/2018	Istituzione unità d'offerta "Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)"											
DGR 491/2018	Precisazioni su RSA aperta											
DGR 912/2018	Rimodulazione budget RSA aperta per 2018						✓					
DGR 1046/2018	Programmazione sociosanitaria 2019	✓		✓								
Dec. 19486/2018	Reddito di autonomia											
DGR 914/2018	Sportelli + Bonus assistenti familiari											
DGR 266/2018	Rimodulazione budget ADI 2017						✓					

Atto	C. Cambiamenti di servizi esistenti									D. Servizi nuovi						
	Remune- razione		Standard assistenziale			Criteri di accesso				Domiciliare	Residenzialità	Diurno	Counselling	PLC persona	Abitare / housing	Supporto per stare a casa
	Tariffe	Modalità	Minutaggi	Contenuti	Standard	ISEE	Altri	Presa in carico	Personale							
LR 15/2015																
LR 23/2015																
DGR 4152/2015															✓	✓
DGR 4702/2015																
DGR 648/2016																
DGR 672/2016																
DGR 954/2016																
DGR 918/2016	✓	✓	✓		✓			✓	✓							
DGR 164/2017								✓								
DGR 551/2017																
DGR 503/2017											✓					✓
DGR 766/2017											✓					✓
DGR 038/2018																
DGR 655/2017								✓								
DGR 012/2017											✓					✓
DGR 600/2017																
DGR 769/2018		✓		✓			✓									
DGR 770/2018		✓					✓	✓								✓
DGR 776/2018											✓					
DGR 491/2018		✓		✓												
DGR 912/2018																
DGR 1046/2018																
Dec. 19486/2018							✓									
DGR 914/2018												✓			✓	
DGR 266/2018																



Foto @ Luca Meola

3. SPUNTI PER IL FUTURO¹



Foto @ Luca Meola

Il sistema di welfare lombardo per gli anziani non autosufficienti evidenzia alcune criticità che si sono consolidate nel tempo e che oggi caratterizzano il funzionamento dei servizi, l’allocazione dei fondi e il rapporto tra welfare pubblico e welfare privato. Queste criticità vanno in ogni caso inquadrare rispetto a un confronto a livello nazionale e ad alcune tendenze

in atto in regione Lombardia, al di là del perimetro del settore sociosanitario.

Il sistema sociosanitario lombardo, infatti, si presenta come uno tra i più estesi e strutturati del Paese per dotazione di servizi per anziani e investimento in interventi residenziali, diurni e domiciliari. Nell’affrontare le criticità esistenti è bene quindi non dimenticare che le performance della Regione sono migliori in

¹ Elisabetta Notarnicola, Luca Stella.

termini quantitativi che in altri contesti, ma non per questo sono esenti da possibili piste di miglioramento e revisione. Il sistema, infatti, si dimostra fortemente incentrato sui servizi residenziali (le RSA) individuate ormai come spina dorsale del sistema sociosanitario e risposta più diffusa e completa ai bisogni delle famiglie. In realtà, questa tipologia di servizio è più rigida per impegno finanziario richiesto, dotazione infrastrutturale e modelli assistenziali implementati e, di conseguenza, meno flessibile e adattabile ai cambiamenti demografici e sociali in corso. Inoltre, in vista del futuro e progressivo aumento della popolazione anziana è impossibile immaginare che la Regione possa mantenere i livelli di diffusione e finanziamento delle RSA proposto oggi, visto l'ingente livello di investimenti necessario.

I cambiamenti in atto rispetto alla struttura demografica e del profilo sociale degli anziani e delle famiglie sono da mettere in relazione anche ad altre specificità del sistema che si trasformano rapidamente in criticità. Il modello lombardo è oggi tutto centrato sulla componente sociosanitaria, con pochi investimenti su quella sociale. I dati sull'evoluzione e diffusione della non autosufficienza tramite la valutazione di ADL e IADL e di altre misure quali l'isolamento sociale, ci dicono tuttavia che è necessario concentrarsi anche su altri filoni di intervento, che possano generare valore per la comunità e per i singoli prima dell'insorgenza della non autosufficienza e quindi del bisogno assistenziale. Monitorare l'evoluzione dei nuclei familiari e le loro caratteristiche demografiche e sociali diventerà fondamentale nel prossimo futuro. Oggi, infatti, il ruolo delle famiglie è centrale nella gestione della non autosufficienza. Sono le famiglie a sostenere la quota maggiore della spesa e il carico del *caregiving* e del coordinamento delle cure. Ma cosa accadrà nel prossimo futuro quando le famiglie come le conosciamo oggi non esisteranno più? Chi potrà prendersi

cura di anziani sempre più soli e isolati, in condizioni di fragilità maggiori e con un welfare che dovrà occuparsi di sempre più persone?

L'analisi del modello lombardo odierno, unita alle proiezioni demografiche e sociali dei fenomeni in corso, conferma quindi come queste criticità siano rilevanti e quanto sia necessario ripensare le modalità di intervento pubblico sul tema della non autosufficienza e degli anziani. Riassumendo: il sistema attuale riesce a rispondere solo a una parzialità dei bisogni tramite una soluzione, le RSA, tra le più costose e rigide immaginabili. I bisogni e le caratteristiche delle famiglie sono in rapida evoluzione e non trovano rispondenza nella rete esistente. La spesa privata è fortemente orientata al mondo non regolarizzato e non presidiato delle "badanti" generando sovrapposizioni e inefficienza con la spesa di welfare.

Il welfare lombardo dovrà chiedersi dunque quali siano: i servizi migliori per rispondere alle nuove esigenze di anziani e famiglie man mano che il profilo sociale si modifica; i servizi in grado di rispondere a una domanda crescente di interventi dato l'invecchiamento della popolazione; le soluzioni che meglio integrano la spesa pubblica e privata per creare un circolo virtuoso di sinergie e coordinamento tra gli interventi.

Ad oggi alcune deboli iniziative di «ripensamento» dei servizi sono state avviate, privilegiando tuttavia una logica di sperimentazione da confermare di anno in anno, piuttosto che una vera e propria revisione del sistema nel suo complesso. Nel medio termine sarà necessario invece inserire tra le priorità politiche il tema anziani per garantire una riflessione ampia che includa tutte le criticità qui menzionate per poter affrontare la sfida dell'invecchiamento a cui nessun Paese o Regione potrà sfuggire.

BIBLIOGRAFIA



Foto @ Luca Meola

Berloto S., Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2019), La rete dei servizi di LTC e le connessioni con l'ospedale: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti? In: CERGAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*. Milano: Egea. 179-220.

Berloto S., Perobelli E. (2019), Dalla Silver Economy al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto. In: Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), *Il futuro del settore Long Term Care in Italia. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea. 17-52.

Brenna E. (2018), Cura degli anziani, scelte lavorative e salute. In: Cappellari L., Lucifora C., Rosina A. (a cura di), *Invecchiamento attivo, mercato del lavoro e benessere: analisi e politiche attive*. Bologna: il Mulino. 107-126. ISBN: 9788815279217.

- Caltabiano M., Comolli C.L., Rosina A. (2017), The effect of the Great Recession on permanent childlessness in Italy. *Demographic Research*, 37, 20: 635-668. Doi: [10.4054/DemRes.2017.37.20](https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.37.20).
- Comolli C.L. (2017), The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: Structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, 36, 51: 1549-1600. Doi: [10.4054/DemRes.2017.36.51](https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.36.51).
- FNP-CISL (2019), *Osservatorio RSA 2019*. Milano: FNP-CISL – www.pensionaticislombardia.it.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A., Rotolo A. (2016), Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi. In: CERGAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*. Milano: Egea. 225-264.
- Fosti G., Notarnicola E. (a cura di) (2019), *Il futuro del settore Long Term Care in Italia. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Ghetti V. (2020), *Bonus Assistenti Familiari: una buona misura che non decolla* – www.lombardiasociale.it.
- Gori C. (a cura di) (2011), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- IMF – International Monetary Fund (2012), *Global Financial Stability Report: The Quest for Lasting Stability* – Washington – www.imf.org.
- ISTAT (2014), *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*. Roma – www.istat.it.
- ISTAT (2015), *Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari in Italia e nell'Unione Europea – Indagine EHIS 2015*. Roma – www.istat.it.
- ISTAT (2019), *Portale Anziani Stat*. Roma – www.istat.it.
- Matysiak A., Sobotka T., Vignoli D. (2018), The Great Recession and Fertility in Europe: A Sub-national Analysis. Vienna: Austrian Academy of Sciences. *Vienna Institute of Demography Working Papers* n. 02/2018.
- Melzi A. (2018), *Domiciliarità in Lombardia: facciamo il punto* – www.lombardiasociale.it.
- Ministero della Salute (2019), *Annuario statistico nazionale*. Roma – www.salute.gov.it.
- Notarnicola E., Berloto S. (2019), La prospettiva dei *policy makers*: quali temi e innovazioni stanno promuovendo le regioni? In: Fosti G., Notarnicola E. (a cura di) (2019), *Il futuro del settore Long Term Care in Italia. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea. 75-105.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), *Active ageing. A policy framework*. Geneva: World Health Organization – Apps.who.int/iris.
- Pasquinelli S., Assirelli G. (2019), *Gli invisibili. Essere caregiver in Lombardia*. Executive summary presentato a novembre 2019.
- Regione Lombardia (2008), Legge Regionale 12 marzo 2008 n.3, *Governo della rete e degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale sanitario* – www.consiglio.regione.lombardia.it.
- Regione Lombardia (2015a), Legge Regionale 11 agosto 2015 n.23, *Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)* – www.consiglio.regione.lombardia.it.
- Regione Lombardia (2015b), Legge Regionale 25 maggio 2015 n. 15, *Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari* – www.consiglio.regione.lombardia.it.

Tidoli R. (2019), *La misura RSA Aperta dopo la revisione: pro e contro* – www.lombardiasociale.it.

UNECE – Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite (2019), *Active Ageing Index* – [Statswiki.unece.org](https://statswiki.unece.org).

Sitografia

Consiglio Regione Lombardia – www.consiglio.regione.lombardia.it

Eurostat database – ec.europa.eu/eurostat

FNP-CISL – www.pensionaticislombardia.it

ISTAT – www.istat.it

Lombardia Sociale – lombardiasociale.it

Ministero della Salute, Roma – www.salute.gov.it

OMS – [Apps.who.int/iris](https://apps.who.int/iris)

UNECE – statswiki.unece.org

I QUADERNI DELL'OSSERVATORIO

Nella Collana QUADERNI DELL'OSSERVATORIO sono stati pubblicati i seguenti titoli, scaricabili sul sito www.fondazionecariplo.it/osservatorio.

Quaderno N.1 Periferie, cultura e inclusione sociale

Quaderno N.2 Il valore potenziale dei lasciti alle istituzioni di beneficenza

Quaderno N.3 Stranieri si nasce...e si rimane?

Quaderno N.4 Oltre la famiglia: strumenti per l'autonomia dei disabili

Quaderno N.5 L'educazione finanziaria per i giovani

Quaderno N.6 Ricerca scientifica in ambito biomedico

Quaderno N.7 Servizi per l'infanzia

Quaderno N.8 Assicurazione per persone con disabilità e loro famiglie

Quaderno N.9 Progetti e politiche per la mobilità urbana sostenibile

Quaderno N.10 Le organizzazioni culturali di fronte alla crisi

Quaderno N.11 I Social Impact Bond

Quaderno N.12 Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici

Quaderno N.13 Il bando "Audit energetico degli edifici di proprietà dei comuni piccoli e medi"

Quaderno N.14 Infrastrutture di ricerca in Italia

Quaderno N.15 Performance economica e sociale delle istituzioni di microfinanza: alcune evidenze empiriche

Quaderno N.16 Cessione della nuda proprietà da parte di soggetti fragili: il possibile ruolo di un soggetto dedicato

Quaderno N.17 Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani

Quaderno N.18 Progetti culturali e sviluppo urbano. Visioni, criticità e opportunità per nuove politiche nell'area metropolitana di Milano

Quaderno N.19 Sperimentare politiche sociali innovative. Manuale introduttivo

Quaderno N.20 #BICittadini. Interventi a favore della mobilità ciclistica

Quaderno N.21 Resilienza tra territorio e comunità. Approcci, strategie, temi e casi

Quaderno N.22 Favorire la coesione sociale con le biblioteche. Valutazione del bando

- Quaderno N.23 Il “mercato” dei lasciti testamentari. Nuove stime per Italia e Lombardia (2014-2030)
- Quaderno N.24 Il bando abitare sociale temporaneo. Mappatura e analisi dei progetti finanziati (2000-2013)
- Quaderno N.25 Lo sviluppo dei Green Jobs. Uno scenario di evoluzione quantitativa e qualitativa e alcune ipotesi di adeguamento dei percorsi formativi
- Quaderno N.26 House rich, cash poor. Come rendere liquida la ricchezza rappresentata dalla casa di abitazione
- Quaderno N.27 Bando materiali avanzati 2003-2013. Progetti e risultati
- Quaderno N.28 Sperimenta, impara, adatta. Sviluppare politiche pubbliche con gli esperimenti randomizzati controllati
- Quaderno N.29 Conoscere per conservare. 10 anni per la Conservazione Programmata
- Quaderno N.30 Il collocamento mirato e le convenzioni ex-art.14. Evidenze e riflessioni
- Quaderno N.31 Fondazioni di comunità. L’esperienza di Fondazione Cariplo
- Quaderno N.32 Prendiamoci un caffè. I luoghi del welfare nel Bando Welfare in azione
- Quaderno N.33 Ricerca scientifica in ambito biomedico. Progetti e risultati del Bando 2001-2013
- Quaderno N.34 Tecniche di *nudging* in ambito ambientale. Una rassegna di esperienze e risultati
- Quaderno N.35 L’impatto del Covid-19 sugli enti di terzo settore – Prime stime sui dati delle candidature al Bando LETS GO!
- Quaderno N.36 Responsabilità sociale per la rigenerazione delle periferie – Imprese ed esperienze sul campo
- Quaderno N.37 Tecnologie digitali e didattica laboratoriale nell’educazione STEM – Evidenze scientifiche e raccomandazioni pratiche
- Quaderno N.38 Beni naturali e servizi ecosistemici – Riflessioni ed esperienze dalla comunità di pratica del bando Capitale Naturale
- Quaderno N.39 L’invecchiamento in Lombardia – Tendenze demografiche e politiche pubbliche regionali per gli anziani non autosufficienti: quali lezioni per il futuro?

Questo quaderno é scaricabile dal sito – *This document can be downloaded from*
www.fondazionecariplo.it/osservatorio.

Può essere citato – Quote as:
Billari F.C., Stella L., Notarnicola E. (2021), L'INVECCHIAMENTO IN LOMBARDIA – Tendenze demografiche e politiche per gli anziani non autosufficienti
Milano: Fondazione Cariplo.

Is licensed under a Creative Commons Attribuzione Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.
Doi: 10.4460/2021quaderno39
ISBN: 979-12-80051-05-9





Fondazione
CARIPLO

TUTE SERVARE MUNIFICE DONARE · 1816



Fondazione Cariplo
Via Daniele Manin, 23
20121 Milano
www.fondazionecariplo.it
ISBN: 979-12-80051-05-9