

SERVIZI E INTERVENTI DOMICILIARI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Analisi propedeutica alla progettazione di filiere di assistenza domiciliare

RAPPORTO DI RICERCA

Il rapporto è l'esito di un'attività di ricerca svolta in attuazione della L.R. 16 aprile 1997, n°13 - *Interventi a favore dell'Istituto regionale per gli studi di servizio sociale* e rappresenta un contributo ai contenuti qualificanti la pianificazione sociale predisposta dall'Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia della Regione FVG.

L'indagine è stata realizzata in tutte le sue fasi da: Federica Amistani, Carlo Beraldo, Mario Marcolin, Elisa Spadoni, Paolo Tomasin (coordinamento dell'indagine).

Si ringraziano per aver contribuito al lavoro di ricerca, fornendo informazioni, dati e suggerimenti:

- Annalisa Faggionato, titolare di posizione organizzativa area servizi sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG;
- Marinella Volpi, coordinatore struttura stabile supporto gestione rapporti economici con gli enti locali – Regione FVG;
- Fiorella Balestrucci, titolare di posizione organizzativa del Sistema Informativo dei Servizi Sociali Regione FVG;
- Luigina Leonarduzzi, titolare di posizione organizzativa del Servizio programmazione e gestione degli interventi formativi Regione FVG;
- Franca Parpaiola e Anna Cragnolini, rispettivamente referente e coordinatrice operativa degli sportelli Si.Con.Te. (Servizio lavoro e pari opportunità);
- Barbara Ferrario e Francesca Vignola, ricercatrici Area Welfare ASS5;
- i Responsabili dei SSC di ambito distrettuale e le referenti/coordinatrici area anziani;
- Paolo Felice e i restanti rappresentanti di Alleanza delle Cooperative Italiane del FVG.
- i partecipanti ai tre focus group territoriali realizzati grazie anche alla collaborazione di Anna Galopin (SSC Trieste), Antonella Nazzi (SSC Gemona) e Miralda Lisetto (SSC Sacile).

Trieste, Dicembre 2014

AVVERTENZA

Il rapporto di ricerca è stato redatto nel 2014 e pertanto non tiene in considerazione quanto contenuto nella LR 17/2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzazione del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitari". Sono state altresì mantenute le denominazioni precedenti delle Aziende per i Servizi Sanitari (ASS in luogo di AAS).

Sommario

1.	INTRODUZIONE	6
	1.1 Motivazioni per l'avvio di un percorso di ricerca sul tema dell'assistenza domiciliare agli ar non autosufficienti in FVG	
	1.2 Finalità e obiettivi della ricerca	7
	1.3 Oggetto d'analisi e perimetro della ricerca	8
	1.4 Percorso di ricerca	9
	1.5 Definizioni	10
2.	DIMENSIONI DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	13
	2.1 I termini (problematici) della questione	13
	2.2 Tentativo di quantificazione della domanda	14
3.	OFFERTA DEI SERVIZI DOMICILIARI	19
	3.1 Mappatura degli attori e degli interventi	19
	3.2. L'offerta consolidata degli attori pubblici	21
	3.2.1. Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)	21
	3.2.2. Fondo Autonomia Possibile (FAP)	26
	3.2.3. Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD)	30
	3.2.4. Altri servizi e interventi	38
	3.2.5. Interventi di intermediazione lavorativa, formazione e pari opportunità	39
	3.2.6. Teleassistenza e telesoccorso domiciliare	48
	3.3 L'offerta del privato	50
	3.3.1. Le assistenti familiari	50
	3.3.2. Le cooperative sociali	53
	3.3.3. Nuovi datori di lavoro domestico di tipo assistenziale	54
	3.4. Altre dimensioni della domiciliarità	59
	3.4.1. La domiciliarità nei Piani di Zona	59
	3.4.2. Servizi ad alta integrazione sociosanitaria	61
	3.4.3. Centri diurni	62
	3.4.4. Servizi complementari alla domiciliarità	63
	3.4.5. Produzione di documentazione	63
	3.4.6. Sintesi degli elementi raccolti	64
4.	ALLA RICERCA DI UNA GOVERNANCE LOCALE	66

	4.1. Introduzione	66
	4.2. Forme di raccordo inter-istituzionale	66
	4.3. Esiti dei tre focus group	67
5.	SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI	81
	5.1. Limiti e difficoltà incontrati	81
	5.2. Risultati	82
	5.3. Prospettive per ulteriori approfondimenti	83
6.	INDICAZIONI E SUGGERIMENTI	85
	6.1. Indicazioni per il livello regionale	85
	6.2. Indicazioni per il livello locale	86
7.	RIFERIMENTI NORMATIVI	87
Ջ	RIFFRIMENTI BIBLIOGRAFICI	88

Allegati (documenti separati)

- 9.1 Tabelle statistiche
- 9.2 Schede informative per ambito distrettuale
- 9.3 Esiti del questionario somministrato alle cooperative sociali
- 9.4 Esiti della rilevazione sul web
- 9.5 Approfondimento di analisi di un SAD

Nonostante la maggior parte dei paesi sviluppati abbia introdotto un qualche tipo di strumento per aiutare a fronteggiare i bisogni derivanti dalla non autosufficienza, la loro generosità, il loro funzionamento, la loro efficacia sono fortemente disomogenei da un paese all'altro e quasi mai riescono a coprire il necessario.

(C. Saraceno, Il lavoro non basta).

1. INTRODUZIONE

1.1 Motivazioni per l'avvio di un percorso di ricerca sul tema dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti in FVG

Il bisogno assistenziale espresso dagli anziani non autosufficienti e dalle loro famiglie ha assunto negli ultimi anni, in Friuli Venezia Giulia come in altre regioni italiane, un'importanza crescente, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo. All'incremento della popolazione anziana con limitate capacità di autonomia si affiancano altri cambiamenti demografico-sociali che alimentano il bisogno: la profonda trasformazione dei nuclei familiari, l'allentamento dei legami parentali e comunitari, l'inadeguatezza delle tradizionali abitazioni dove dimorano gli anziani non autosufficienti.

Nelle risposte date a questo multiforme bisogno assistenziale è prevalsa, nell'ultimo decennio, una soluzione di tipo privato, operata dalla famiglia attraverso l'assunzione di un'assistente familiare (badante), nella gran parte dei casi di origine straniera. Soluzione nata fuori dalla programmazione pubblica e definita, fin dai primi studi sull'argomento, "tessera mancante" dei servizi domiciliari (Toniolo Piva, 2002). Certo, anche il welfare pubblico ha offerto delle risposte: si pensi all'indennità di accompagnamento, al SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e, per quanto riguarda lo specifico contesto della Regione Friuli Venezia Giulia, alle misure previste dalla L.R. n°24/2004¹, al FAP (Fondo per l'Autonomia Possibile), ecc.. Nell'insieme, tutte queste risposte pubbliche appaiono aver assunto un carattere parziale, intermittente, territorialmente diversificato. Quasi sempre si è trattato di servizi a supporto della soluzione privata, favorendo l'incontro tra domanda e offerta di assistenza, sostenendo la formazione delle assistenti familiari, erogando contributi per il compenso della badante. Provvedimenti e servizi, certo utili e necessari, ma spesso scollegati tra loro, che nessuno, nemmeno a livello locale, ha governato dentro una filiera integrata, mista pubblico-privata, di interventi capaci di fornire un effettivo orientamento e accompagnamento delle famiglie in situazione di bisogno.

Come viene ormai riconosciuto dai più qualificati studi in materia: "siamo al bivio tra abbandonare le famiglie alla solitudine delle proprie scelte o costruire da parte dei servizi una filiera di interventi –

¹ Legge regionale 25 ottobre 2004 n°24 "Interventi per la qualificazione e il sostegno dell'attività di assistenza familiare". Si tratta della prima legge regionale emanata in Italia sulle assistenti familiari.

dalla valutazione dei problemi alla progettazione e alla integrazione delle cure – che permetta ai cittadini di esercitare una effettiva scelta dentro un welfare plurale" (Pasquinelli, Rusmini, 2013).

La ricerca trae origine dunque dalla necessità di esplorare e approfondire maggiormente² uno scenario composto da un bisogno sociale assai diffuso e in continua espansione, da risposte date prevalentemente in forma privata e da servizi di welfare pubblico erogati spesso in modo sfilacciato³.

1.2 Finalità e obiettivi della ricerca

L'indagine si propone finalità conoscitive e al tempo stesso valutative. Entrambe le finalità sono volte ad analizzare, con un approccio quanti-qualitativo, tanto il versante del bisogno socio-assistenziale (la domanda), quanto quello del sistema di erogazione di interventi e servizi (offerta).

Le domande legate alle finalità conoscitive alle quali si cercherà di dare una risposta sono le seguenti:

- qual è oggi in Friuli Venezia Giulia il fabbisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti, sia in termini quantitativi che qualitativi, dal punto di vista tanto della casistica sociale, quanto del valore economico necessario a farvi fronte? Tale domanda presuppone la risposta ad altre specifiche domande, quali: quanti sono gli anziani non autosufficienti?⁴ Che cosa significa essere non autosufficienti e quali implicazioni comporta?
- Quali risposte sono state approntate, sia da parte degli attori privati che da parte del settore pubblico, nei diversi territori della regione? A quali problematiche rispondono e a quali non sono in grado di dare soluzione? L'indagine si concentrerà sulle risposte date a domicilio, ben sapendo che quelle fornite in strutture residenziali sono sempre meno configurabili come modalità contrapposte e sempre più come uno dei due poli di un di una filiera senza soluzione di continuità che connette, con una varietà di soluzioni intermedie, domiciliarità e residenzialità.
- Chi si occupa oggi dell'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti? Come le figure professionali dei servizi istituzionali intercettano e rispondono al fabbisogno delle famiglie di anziani non autosufficienti? Che grado di integrazione si è venuto a formare tra le soluzioni familiari, i servizi del welfare ampiamente intesi (sociali, sociosanitari, lavorativi, ecc..) e le reti comunitarie, nei diversi territori?

Le finalità di tipo valutativo si propongono di analizzare i singoli territori di azione dei Servizi sociali dei Comuni (SSC) per verificare se vi è esercizio di una governance locale dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti. Si tratta di una valutazione che ha forti implicazioni operative e

² Si rinvia all'allegato n°2 per una prima panoramica degli studi e delle ricerche empiriche realizzate sul territorio regionale del Friuli Venezia Giulia in merito all'oggetto considerato.

³ Come si avrà modo di analizzare, non mancano comunque interessanti esperienze positive, come quella descritta nell'articolo di D'Agaro e De Narda realizzata nel territorio montano del gemonese (D'Agaro, De Narda, 2013).

⁴ La domanda acquista un interesse ancora maggiore se proviamo volgerla al futuro chiedendoci quanti saranno questi individui nei prossimi anni.

quindi dagli esiti dell'indagine ci si propone di fornire indicazioni e suggerimenti per una possibile e successiva progettazione dei servizi da ricomprendersi in una filiera dell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti. Si proverà a rispondere alle seguenti domande:

- quali funzioni e compiti potrebbero assumere gli operatori formali di assistenza (OSS/ADEST) all'interno della filiera? E quali invece le assistenti familiari? Possono essere entrambi identificati quali nodi facilitatori e garanti di un qualificato sistema assistenziale territoriale?
- Quali altre risorse sono attivabili secondo un approccio di welfare comunitario di tipo generativo? Si rilevano delle buone pratiche?
- Quale governance territoriale è auspicabile per mettere in rete le diverse risorse e dunque rispondere adeguatamente e in modo efficiente ai bisogni delle famiglie? Quali strumenti istituzionali, organizzativi sono già disponibili?

1.3 Oggetto d'analisi e perimetro della ricerca

L'oggetto d'analisi della presente ricerca è quell'insieme di servizi e interventi, di varia natura, che configurano l'assistenza domiciliare fornita agli anziani non autosufficienti (d'ora in poi si impiegherà anche l'acronimo ANA) residenti nella regione Friuli Venezia Giulia. Tale oggetto implica una serie di definizioni che necessariamente restringono il campo di indagine (cfr. par. 1.5), anche se tuttavia è bene ricordare che cesure troppo nette non aiutano a capire la porosità e l'interdipendenza di alcuni di questi servizi e interventi.

Innanzitutto ci si occuperà del bisogno espresso da anziani, ovvero, secondo le definizioni ufficiali, delle persone con un'età uguale o superiore a quella dei 64 anni, che sono stati riconosciuti e certificati come non autosufficienti.

I rapporti del network "Non Autosufficienza" e praticamente tutta la letteratura sull'argomento sottolineano che non esiste una definizione univoca di cosa debba intendersi per non autosufficienza e di come debba essere misurata (Fargion, Gualmini, 2012). Nella letteratura internazionale la non autosufficienza è definita come incapacità del soggetto di compiere azioni che fanno riferimento alle funzioni di base e indispensabili per condurre una vita autonoma (*Activities of Daily Linving* – ADL) o a funzioni più complesse, ma non così strettamente indispensabili (*Instrumental Activities of Daily Living* – IADL).

A questa incerta delimitazione si deve aggiungere il fatto che la categoria di bisogno composta dai non autosufficienti è ben più ampia degli anziani e include anche persone di età diversa che ricevono molto spesso interventi e servizi simili, se non proprio gli stessi.

L'assistenza alle persone non autosufficienti è chiaramente un'area di intervento definita ad alta integrazione sociosanitaria, nondimeno può assumere una natura maggiormente sanitaria (medico-infermieristica) o socioassistenziale. Qui affronteremo soprattutto i bisogni e le risposte che scaturiscono dalla natura socioassistenziale, benché non dimenticheremo la stretta connessione con quelli sanitari.

Semplificando di molto, l'assistenza agli ANA può essere suddivisa in residenziale e domiciliare. Qui affronteremo prevalentemente il versante domiciliare e socioassistenziale pur riconoscendo che si tratta di due poli di un continuum senza soluzione di continuità, dove all'interno troviamo servizi intermedi o semi-residenziali (quali i centri diurni) e interventi non facilmente collocabili in uno solo dei due poli.

A questo proposito è nostra intenzione adottare il concetto, mutuato dall'economia della produzione, di **filiera dell'assistenza agli ANA** per indicare l'insieme degli agenti e degli interventi da loro attuati che concorrono, in quanto profondamente concatenati, al benessere degli stessi ANA.

La ricerca si pone su due livelli territoriali di osservazione: uno locale, di ambito distrettuale; l'altro regionale.

1.4 Percorso di ricerca

Il percorso di ricerca, avviato nell'autunno del 2013 e conclusosi un anno dopo, si è configurato come un processo conoscitivo flessibile e aperto che ha saputo anche integrare piste di indagine non previste nella progettualità iniziale. La stessa struttura del rapporto che raccoglie i risultati emersi, composto da un documento centrale e da altri documenti allegati, separati e dotati di una loro certa autonomia, appare lo sbocco articolato di un percorso che richiama quasi le forme di un delta fluviale.

Gli obiettivi di ricerca sono stati perseguiti secondo un approccio metodologico necessariamente composito che ha impiegato più metodi e strumenti di raccolta e di elaborazione dei dati. La multidimensionalità dell'oggetto di rilevazione ha richiesto infatti una strumentazione altrettanto diversificata, in grado di considerare anche due distinti, ma profondamente interconnessi, livelli territoriali: quello regionale e quello locale (ambito distrettuale).

L'assenza di un quadro aggiornato ed esaustivo, a livello regionale, della produzione riflessiva, delle esperienze e iniziative progettuali (formative, assistenziali e/o di altro tipo), nonché delle analisi empiriche, ha richiesto di avviare innanzitutto una sistematica e propedeutica azione di scouting, che ha implicato ricerca di desk, interviste a testimoni privilegiati, recupero e lettura di documentazione spesso non pubblica (grigia). Si è proceduto anche a una raccolta di informazioni (fatta in particolare via web) sui soggetti privati che erogano assistenza domiciliare. In questa ricognizione, avviata nell'autunno del 2013 e terminata nel mese di giugno 2014, è stato esplorato altresì il grado di connessione esistente tra la diversa produzione.

Per la raccolta delle fonti secondarie - dati statistici di tipo demografico, occupazionale e di tipo ampiamente sociale, relativi alla casistica, alle iniziative formative attivate, al costo economico della domiciliarità; dati di procedure amministrative, ecc.. - , si è proceduto contattando numerosi soggetti e testimoni privilegiati: innanzitutto i referenti di diversi servizi della Regione (che afferiscono a più Direzioni regionali), i Responsabili dei SSC di ambito distrettuale e i coordinatori dell'area anziani, i dirigenti di cooperative sociali e di agenzie per il lavoro, ecc.. La ricerca sul web si è rivelata

altrettanto preziosa soprattutto per la ricerca dei nuovi attori che si stanno proponendo per l'assistenza domiciliare agli ANA (i risultati di questa esplorazione compongono un allegato separato al presente rapporto di ricerca).

Ove possibile, le informazioni sono state disaggregate a livello di ambito distrettuale e riunite in un documento allegato formato da 19 schede che tentano di dare una visione complessiva del tema a livello locale.

L'indagine sul campo (le cosiddette fonti primarie) è stata invece realizzata attraverso l'analisi approfondita di tre casi studio a livello di ambito distrettuale (scelti tra i più significativi e rappresentativi dell'area montana, urbana e rurale) in grado di analizzare le dinamiche intra e interorganizzative tra i vari soggetti presenti nel campo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. A tal fine sono stati realizzati, nella primavera del 2014, tre *focus group* coinvolgendo i vari soggetti che partecipano alla cura degli anziani non autosufficienti: operatori dei Servizi sociali dei Comuni, operatori dei servizi sanitari territoriali, operatori degli sportelli Assistenti familiari, operatori della cooperazione sociale, di altre imprese private o associazioni che forniscono servizi agli anziani non autosufficienti, assistenti familiari, famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.

Inoltre si è proceduto, d'intesa con una rappresentanza dell'ACI (Alleanza delle Cooperative Italiane), a una rilevazione online sulle attività di assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti erogata, a vario titolo, dalle cooperative sociali (l'esito è riportato in un documento allegato ma separato dal presente rapporto).

1.5 Definizioni

Presentazione

Con il duplice scopo di facilitare la lettura del rapporto di ricerca e di stimolare ulteriori approfondimenti, raccogliamo qui di seguito le definizioni dei principali termini (spesso diventati solo delle sigle o degli acronimi) impiegati nel testo.

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata ⁵ . Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita (Fonte: Nomenclatore)
ADL	La perdita di autosufficienza avviene quando, in modo presumibilmente permanente, la persona è incapace di svolgere gli "atti elementari della vita quotidiana" (Activities of Daily Living - ADL: farsi il bagno, vestirsi e svestirsi,

⁵ Questa locuzione non è esente da una certa ambivalenza: tra gli operatori socioassistenziali essa indica SAD+SID/SRD, mentre per gli operatori sanitario è sinonimo di SID o SID+SRD/MMG.

	nutrirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza) e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona (Faggionato, 2010/11).					
ASSISTENTE FAMILIARE	Lavoratrice domestica dedita all'assistenza familiare (vedi sotto), ovvero che eroga in modo prevalente prestazioni di cura e aiuto alle persone assistite; per questo è una figura professionale distinta dalla tradizionale colf (collaboratrice familiare) e, dai primi anni del XXI secolo, è anche chiamata "badante".					
ASSISTENZA FAMILIARE	Lavoro di cura e aiuto prestato a domicilio da persone singole, non in rapporto di parentela con l'assistito, anche straniere, a favore di persone anziane e disabili in situazione di non autosufficienza a rischio di istituzionalizzazione (Art. 1 LR 24/2004).					
CENTRI DIURNI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	Risposta sociosanitaria a situazioni non affrontabili con la sola assistenza domiciliare. Sono strutture intermedie che hanno tra le finalità principali quella del mantenimento della persona, anche in condizione di rilevante gravità soggettiva, nel proprio ambiente familiare e sociale, nonché dell'offerta di un aiuto concreto alla famiglia disponibile comunque a farsi carico del familiare, contrastando in tal modo forme precoci di accoglimento in strutture residenziali. La debole diffusione nel territorio di queste strutture è indicativa di una reale difficoltà nella gestione di tali soluzioni che richiedono forti intrecci tra più servizi, una sensibilità degli amministratori locali a garantire opportunità di contrasto all'inserimento in casa di riposo, forti sensibilità delle famiglie a non "delegare" i propri familiari alle istituzioni residenziali, una cultura della solidarietà locale. Un ulteriore impedimento alla reale diffusione di tali strutture è la reale difficoltà nella gestione economica in quanto non consente forti economie di scala. Per questo motivo la Regione FVG ha provveduto a sostenere in questi ultimi anni lo sviluppo e il consolidamento di questi servizi attraverso la concessione di contributi, a fondo perduto, per la loro edificazione nonché di sostegni economici per consentire l'abbattimento della retta di accoglienza (Faggionato, 2010/11).					
FAP	Fondo per l'Autonomia Possibile. Trattasi di un intervento economico, previsto dall'art. 41 della LR 6/2006, rivolto a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Si suddivide nelle seguenti fattispecie d'intervento: 1) Assegno per l'autonomia (APA); intervento economico a favore di famiglie che si prendono cura di persone in condizione di grave non autosufficienza; 2) Contributo Aiuto Familiare (CAF); beneficio economico con lo scopo di sostenere le situazioni in cui ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza familiare per assistere persone in condizione di grave non autosufficienza; 3) Sostegno Vita Indipendente (SVI) e altre forme di emancipazione; contributo che concorre a finanziare i progetti di vita indipendente realizzati a favore di persone con disabilità in grado di autodeterminarsi, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, in condizione di grave disabilità. Altre forme di emancipazione e di inserimento sociale sono interventi a sostegno di progetti rivolti a persone in condizione di grave disabilità, di età compresa tra i 18 e 64 anni di età che, pur non autodeterminandosi, possono essere inserite in progetti finalizzati alla					

	partecipazione sociale e all'emancipazione, anche parziale della famiglia;
	4) Sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale; misura che concorre a finanziare progetti sperimentali a favore di persone con gravi problemi di salute mentale.
INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ	Servizio garantito da un infermiere professionale che opera in uno o più Comuni con interventi di assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare in stretto contatto con i servizi sanitari e sociali e le reti di comunità di riferimento (Fonte: nomenclatore)
NON AUTOSUFFICIENZA	La pluralità di definizioni esistenti, e la conseguente incertezza nel determinare i confini del settore del Long-term Care, deriva soprattutto dall'assenza di una definizione univoca della condizione di "non autosufficienza". Ai fini dello studio si è adottata la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per cui una persona è considerata non autosufficiente quando presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza. La condizione di non autosufficienza è valutata misurando, pertanto, le capacità dell'individuo di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, distinguibili in attività di base per la cura del sé (Activities of Daily Living, ADL) e attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living). (Ricerca IRS)
PUA	Punto Unico di Accesso. La DGR 465/2010 definisce il PUA come "un'interfaccia unitaria del sistema in una prima fase limitata ai servizi sanitari e a quelli sociali, nei confronti delle persone con disabilità per garantire loro, per i livelli di assistenza sociosanitaria regionali qualificati come essenziali: accesso, valutazione, progetto personalizzato e rivalutazione" (Cfr. ATLANTE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI IN FVG). In alcuni casi c'è una specializzazione del PUA rivolto specificamente agli anziani.
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare. Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio (Fonte: nomenclatore)
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare. Interventi di natura infermieristica effettuati a domicilio
SRD	Servizio di Assistenza Riabilitativa Domiciliare. Interventi riabilitativi a domicilio per il recupero o il mantenimento dell'attività motoria.

2. DIMENSIONI DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

2.1 I termini (problematici) della questione

Il fenomeno dell'assistenza agli ANA realizzata a domicilio risulta difficilmente circoscrivibile con precisione, sia dal punto di vista definitorio, sia per quanto riguarda una sua misurazione quantitativa.

Se la non autosufficienza è definita come perdita della capacità, in modo presumibilmente permanente, di svolgere gli "atti elementari della vita quotidiana" (*Activities of Daily Living*, in sigla ADL): farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, nutrirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza (Faggionato, 2010/11), la certificazione di questo stato non sempre viene effettuata.

La distinzione tra autosufficienza e non autosufficienza non è dicotomica, ma è l'esito di una valutazione misurata su una scala a tre valori di autonomia nell'affrontare gli atti elementari della vita quotidiana: il grado di non autosufficienza dipende dunque dalla somma di questi punteggi (Faggionato, 2010/11).

L'assistenza a domicilio comprende poi numerosi interventi e prestazioni di vario tipo: sociali, sociosanitari, sanitari, svolti prioritariamente nell'alloggio dell'assistito, da differenti operatori appartenenti a servizi pubblici o privati. Secondo il nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari adottato per la stesura dei Piani di Zona (PdZ), nel contesto dell'assistenza domiciliare sono compresi⁶:

- assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)
- assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (ADI)
- servizi di prossimità (buon vicinato)
- telesoccorso e teleassistenza
- voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario (tra i quali rientra il FAP)
- distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
- interventi e servizi prettamente sanitari: assistenza infermieristica domiciliare (SID), assistenza riabilitativa domiciliare (SRD), infermieristica di comunità.

A questi vanno aggiunti i servizi erogati dai conviventi o familiari dell'assistito e, in particolare, quelli delle assistenti familiari (badanti).

Come affermano gli studiosi del settore: "purtroppo le fonti statistiche disponibili non offrono la possibilità di fotografare in maniera attendibile e comparabile l'incidenza e la evoluzione del fenomeno della non autosufficienza" (Fargion, Gualmini, 2012: 39). Non esiste dunque nemmeno a livello regionale una quantificazione dettagliata degli anziani non autosufficienti residenti in Friuli Venezia Giulia e tantomeno esiste una misura attendibile di quanti anziani che, trovandosi in condizione di non autosufficienza, ricevono interventi e servizi a domicilio.

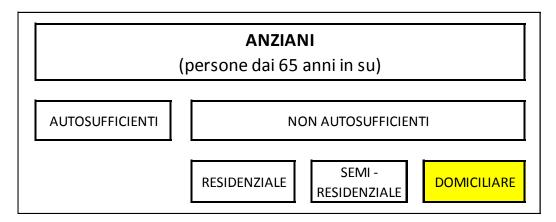
-

⁶ Per le definizioni puntuali si rinvia al paragrafo 1.5 del presente rapporto.

2.2 Tentativo di quantificazione della domanda

Per provare a stimare quanti siano in regione Friuli Venezia Giulia gli anziani non autosufficienti che necessitano di interventi e servizi a domicilio possiamo partire da uno schema concettuale che, pur semplificando di molto il fenomeno, può favorire una sua misurazione (Fig. n°1).

Figura n°1: schema concettuale



L'assistenza alla popolazione (anziana, adulta o minorenne) non autosufficiente è articolata su tre livelli di intervento: residenziale, semi-residenziale⁷ e domiciliare. Livelli che una persona non più autosufficiente può attraversare tutti, anche se più di frequente nella direzione che parte da quello domiciliare per giungere a quello residenziale. Benché il focus di questo lavoro sia rivolto al fabbisogno di cure domiciliari non trascureremo le interconnessioni con gli altri due livelli.

Il bacino potenziale di utenza over 64enne delle cure domiciliari ovviamente dipende principalmente dall'incidenza degli anziani sulla popolazione residente complessiva e dal loro stato di salute. Partendo dunque dal dato demografico cercheremo di calcolare la potenziale diffusione quantitativa del bisogno di assistenza a domicilio.

E' necessario premettere che tutti i dati demografici sugli anziani evidenziano forti differenze di genere, con uno sbilanciamento numerico a favore della componente femminile. Inoltre è sempre più opportuno segmentare la fascia della popolazione anziana in almeno due grandi raggruppamenti: il primo composto dai 65-79enni (anziani spesso ancora al lavoro o attivi e solo una piccola parte effettivamente non autosufficiente) e il secondo composto da coloro che hanno compiuto gli 80 anni (i cosiddetti grandi anziani), in quanto è soprattutto in questo secondo raggruppamento che il fabbisogno assistenziale diventa veramente acuto.

_

⁷ Di solito questo livello è ritenuto parte di quello domiciliare. Nondimeno è sembrato opportuno tenerlo qui distinto e configurarlo come livello specifico.

Dimensioni della popolazione anziana

La popolazione anziana residente in Friuli Venezia Giulia alla data del 1° gennaio 2013 risulta essere composta da 314.496 unità equivalenti al 25,73% del totale⁸. L'incidenza rivela, oltre che profonde differenze di genere, anche significative difformità provinciali passando dal dato più basso di Pordenone (22,82) a quello più alto di Trieste (29,46).

Tabella n°1. Popolazione anziana e incidenza per provincia (dati al 1° gennaio 2013)

	Donne anziane	Uomini anziani	Totale anziani	% F anziane su totale popolazione	% M anziani su totale popolazione	% TOT anziani su totale popolazione
UD	78.274	58.252	136.526	28,22	22,46	25,44
GO	22.371	15.900	38.271	30,91	23,28	27,21
TS	40.333	27.934	68.267	32,94	25,56	29,46
PN	40.770	30.662	71.432	25,49	20,04	22,82
FVG	181.748	132.748	314.496	28,75	22,50	25,73

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT

L'allungamento della vita media è all'origine di un aumento degli anziani nella nostra società. Aumento che, a fronte di bassi tassi di natalità, si traduce anche in un maggior peso sulla popolazione complessiva. L'incremento dell'invecchiamento della popolazione è evidente scorrendo i dati degli ultimi tre censimenti: dal 1991 al 2011 l'incidenza degli over 64enni sul totale della popolazione regionale è passato dal 23,33% al 27,05% tra le femmine e dal 15,26% al 20,65% tra i maschi. In vent'anni gli anziani sono aumentati di quasi 60.000 unità. Valori che sono destinati ad aumentare ancora in futuro⁹.

-

⁸ La popolazione anziana di origine straniera si compone di 3.930 persone, equivalente all'1,24% del totale degli over 64enni. L'incidenza della componente anziana tra la popolazione straniera risulta essere del 3,83%.

⁹ Un'analisi della situazione demografica, attuale e con previsioni sul futuro, in Friuli Venezia Giulia, nonché delle questioni sociali che solleva è stata affrontata recentemente anche dal progetto MMWD (Making Migration Work for Development – Migrazioni per lo sviluppo) – South East Europe – Jointy for our common future, che vede l'Amministrazione regionale come uno dei partner.

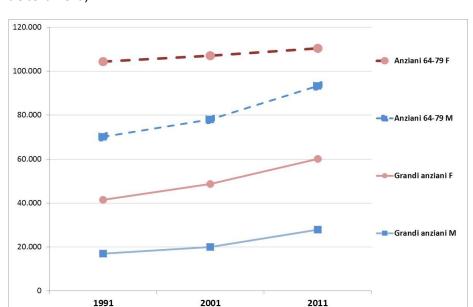


Figura n°3: andamento del numero di anziani e grandi anziani, suddivisi per sesso in Friuli Venezia Giulia (ultimi tre censimenti)

Fonte: elaborazioni su dati Censimenti ISTAT

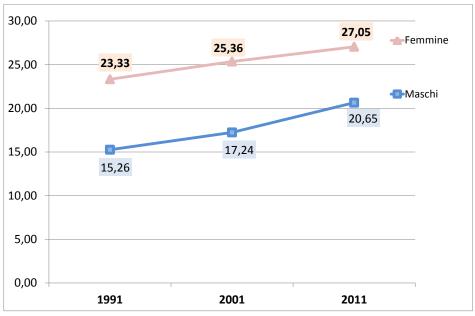


Figura n°3: andamento dell'incidenza della popolazione anziana in Friuli Venezia Giulia (ultimi tre censimenti)

Fonte: elaborazioni su dati Censimenti ISTAT

Utilizzando i parametri di stima dell'ISTAT (scenario centrale), la popolazione anziana del Friuli Venezia Giulia raggiungerà nel 2020 la cifra di 338.590 unità (con un incremento rispetto al 2013 del

7,7%) e nel 2025 di 356.219 unità (con un incremento rispetto al 2013 del 16,1%). Ciò significa che nel 2025 la popolazione totale sarà composta per il 27,9% (+2,2% rispetto al dato attuale) da persone con un'età superiore ai 64 anni. Nel 2025 i grandi anziani sono stimanti in 117.629, numero che sopravanza di quasi 30.000 unità il valore registrato nel censimento del 2011 (88.008).

Quantificando gli anziani non autosufficienti

Per disporre di una quantificazione della popolazione anziana non autosufficiente a livello regionale faremo riferimento in prima istanza al tasso calcolato dall'ISTAT nell'Indagine multiscopo *Condizione di salute e utilizzo dei servizi sanitari* (ISTAT, 2008). La rilevazione del 2005 calcola per il Friuli Venezia Giulia un tasso di non autosufficienza tra la popolazione over 64 anni di 15,9%. Tale incidenza applicata alla popolazione residente alla data del 1° gennaio 2013 darebbe un valore di 50mila unità (cfr. Tab. n°2). Di questi oltre il 43% risulterebbe residente in provincia di Udine, quasi il 23% in provincia di Pordenone e quasi il 22% in provincia di Trieste, poco più del 12% in provincia di Gorizia. Una più recente indagine svolta in Veneto, stima per il 2013, una quantità di persone non autosufficienti (di tutte le età) equivalente al 3,9% della popolazione complessiva¹⁰. Utilizzando tale parametro in Friuli Venezia Giulia si otterrebbe il valore di 47.945 unità, comprensivo non solo degli anziani, ma di tutte le persone in questa condizione.

Tabella n°2. Stime della popolazione anziana non autosufficiente per provincia (dati al 1° gennaio 2013)

	Anziani (64- ww)	Stima non autosufficienti (15,9%)	%
UD	136.526	21.708	43,41
GO	38.271	6.085	12,17
TS	68.267	10.854	21,71
PN	71.432	11.358	22,71
FVG	314.496	50.005	100,00

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT

Secondo gli ultimi dati ISTAT¹¹, nelle regioni del Nord Italia sono ospitate in strutture residenziali 37 donne anziane e 16 uomini anziani non autosufficienti ogni 1.000 residenti della stessa età. Per quanto riguarda il Friuli Venezia Giulia, l'incidenza appare decisamente inferiore, dato che il numero di posti letto nelle strutture residenziali raggiunge appena il 34 per mille.

¹⁰ LAN (Local Area Network), I non autosufficienti in Veneto, tra cambiamento demografico e nuovo welfare. Indagine realizzata per conto di UIL Veneto e UIL Pensionati, 2010.

¹¹ ISTAT, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31.12.2011, report 10/12/2013.

Considerando che nelle varie tipologie di strutture residenziali per anziani esistenti in regione (residenze polifunzionali, comunità alloggio, case albergo, ecc..) sono presenti poco meno di 11.000 posti letto (Faggionato, 2010/11), si può stimare che vi sia una popolazione di circa 40.000 anziani con un fabbisogno assistenziale domiciliare. Questo dato, ottenuto con i parametri ISTAT, sembra però ridursi notevolmente a partire da alcune analisi più approfondite fatte a livello regionale sulla base di un precedente studio condotto in Toscana (Francesconi et altri, 2013).

Secondo tali fonti, "si può stimare che la popolazione anziana non autosufficiente nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana residente a domicilio sia attualmente pari a circa **22.536 anziani, pari al 7,8%** della popolazione ultra 65enne" (Delibera della Giunta Regionale n°238-2014[01]). "Di questi 9.534 hanno un livello di non autosufficienza grave, 5.778 un livello moderato e 7.223 un livello lieve" (ibidem).

"Tra gli anziani ancora autonomi nelle attività di base della vita quotidiana, invece, circa 36.761 (13,8%) sono classificabili come fragili ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza" (ibidem).

Riproponiamo di seguito la tabella completa della stima degli anziani non autosufficienti residenti a domicilio in quanto offre anche una proiezione temporale e una suddivisione per livello di non autosufficienza.

Tabella n°3. Stime anziani non autosufficienti a domicilio

Anni	Livello lieve (2,5%)	Livello moderato (2,0%)	Livello grave (3,3%)	Totale non autosufficiente (7,8%)	a rischio (13,8%)
2012	7.223	5.778	9.534	22.535	36.761
2015	7.526	6.021	9.934	23.481	41.542
2020	7.863	6.290	10.379	24.532	43.404
2025	8.255	6.604	10.897	25.756	45.568
2030	8.948	7.158	11.811	27.917	49.390

Fonte: Regione Autonoma FVG, Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia

3. OFFERTA DEI SERVIZI DOMICILIARI

3.1 Mappatura degli attori e degli interventi

La letteratura sull'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti propone diverse tipologie di servizi. Una tra le più sistematiche distingue tra "servizi che si focalizzano principalmente sull'anziano, quelli che lavorano sulle reti familiari e, infine, quelli che operano sulle reti allargate" (Rossi, Bramenti, Meda, 2007). Tale suddivisione, focalizzata sui destinatari degli interventi, risulta alquanto utile in vista di una riflessione sugli indirizzi strategici da intraprendere in futuro (vedi capitolo 6). In questo capitolo proveremo però a suddividere più dettagliatamente l'assistenza domiciliare mappando l'offerta a partire dai soggetti erogatori e dalle forme che essa assume.

L'assistenza domiciliare a favore degli anziani non autosufficienti è uno spazio d'intervento dove operano, direttamente o indirettamente, guidati da differenti motivazioni, secondo modalità piuttosto articolate, attori pubblici e privati. La molteplicità degli attori in campo è frutto di un processo accrescitivo non completamente governato.

Provando a stilare l'elenco dei principali¹²:

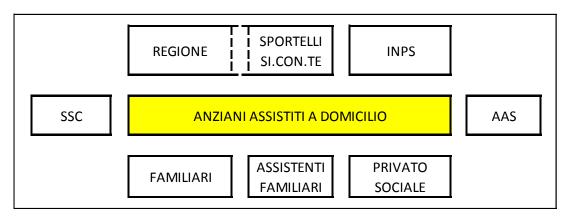
- 1) Familiari degli anziani, che possono assumere diversi ruoli a seconda siano direttamente gli erogatori, unici o complementari, di interventi di cura (in questo caso sono anche definiti attori di "Informal care") o i datori di lavoro di assistenti familiari (anche in questo caso però possono intervenire, sebbene parzialmente e in modo intermittente); questo attore non è stato oggetto di rilevazione empirica e non costituisce pertanto nel presente lavoro argomento per uno specifico paragrafo;
- Assistenti familiari, note anche come badanti, di solito assunte (in modo regolare o irregolare) direttamente dalla famiglia; a questo soggetto, in continua trasformazione, dedicheremo un paragrafo attingendo a fonti secondarie e a rilevazioni empiriche, nazionali e locali;
- 3) Servizi sociali dei Comuni (SSC), in particolare attraverso il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare), ma anche come erogatori del FAP e co-fornitori con le ASS degli interventi di ADI; i SSC e le misure attivate sono oggetto di specifiche parti del presente rapporto;
- 4) Azienda per i Servizi Sanitari¹³ attraverso principalmente i servizi infermieristici (SID) e riabilitativi domiciliari (SRD), erogati in modalità autonoma o nelle forme integrate aziendali (ADP) o dell'ADI con il SSC, ma anche con altri servizi, non diffusi su tutto il territorio regionale (infermiere di comunità, ecc..);
- 5) La Regione nelle sue diverse articolazioni come finanziatore di servizi e interventi di natura contributiva e formativa; in particolare si rileva la teleassistenza e il telesoccorso domiciliare (affidati a Tesan-Televita SpA) e l'attivazione e il coordinamento degli sportelli Si.Con.Te.;

¹² A questi è sicuramente da aggiungere l'INPS per quanto riguarda l'erogazione dell'assegno di accompagnamento.

¹³ Con la riforma (LR 17/2014) la nuova denominazione è diventata Aziende per l'Assistenza Sanitaria (AAS).

- 6) Attori privati, di diversa natura (cooperative sociali, agenzie di somministrazione, altri soggetti privati) e a diversa titolarità: in alcuni casi come affidatari di servizi pubblici, in altri come erogatori di servizi alla persona pagati direttamente dagli utenti;
- 7) L'INPS, in particolare per la gestione dell'indennità di accompagnamento ¹⁴, assegno erogato alle famiglie con in carico degli invalidi civili totali che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore o di compiere gli atti quotidiani della vita, tra i quali rientrano gli anziani non autosufficienti; di questo soggetto non tratteremo direttamente in questo rapporto, benché la misura che gestisce incida fortemente sui servizi in oggetto.

Fig. n°4: I principali attori dei servizi domiciliari agli anziani non autosufficienti



Tra gli attori del privato sociale un posto particolare è quello occupato dal sistema ACLI Colf¹⁵ che, pur diversamente presente sul territorio regionale (molto forte a Trieste e in parte anche a Udine, meno a Gorizia e Pordenone), attraverso le sue articolazioni – Patronato, associazioni, cooperative sociali -, gestisce servizi e progettualità che includono informazione, promozione, orientamento, supporto amministrativo, formazione.

Tra le progettualità del sistema ACLI si rileva:

- Progetto Mondo Colf (progettualità nazionale di cui a livello locale è titolare, dal 2008, il Patronato, referente unico per il Sistema Colf triestino);
- Progetto Formazione in situazione: lavoro domestico e di cura in famiglia. Iniziativa finanziata dal Fondo Europeo per l'Integrazione dei Cittadini dei Paesi Terzi (FEI); realizzato nel 2011/2012 e di cui si dirà più avanti.

¹⁴ Beneficio economico istituito dalla legge 18/1980 (artt. 1-3).

¹⁵ A livello nazionale le ACLI sono da sempre un punto di riferimento per le lavoratrici domestiche. Lo stesso acronimo COLF (contrazione di collaboratrice familiare) è stato coniato in casa ACLI e assunto nel testo del contratto collettivo nazionale di lavoro fin dal 1974 (Turrini, 1977).

Per disporre di una visione complessiva dell'offerta dell'assistenza domiciliare agli ANA è però necessario considerare anche la contiguità e continuità con le strutture semi-residenziali (centri diurni per non autosufficienti) e quelle residenziali. Alcuni erogatori tradizionalmente attivi nel settore residenziale (ASP, altri soggetti privati e pubblici gestori di case di riposo) si propongono oggi anche come gestori di interventi e servizi di tipo domiciliare.

Ecco dunque il motivo che invita ad adottare il concetto di filiera dei servizi in quanto capace di tenere collegate le diverse risposte date lungo un ciclo di vita che vede un progressivo cambiamento dello stato di salute dell'anziano e che consente di focalizzare meglio il raccordo esistente tra i diversi soggetti erogatori.

3.2. L'offerta consolidata degli attori pubblici

In questo capitolo ci proponiamo di analizzare l'offerta dei servizi domiciliari sociali e sociosanitari ormai consolidati, erogati dal Servizio sociali dei Comuni (SSC) e dalle Aziende per i Servizi Sanitari (ASS), al fine di misurare la capacità di copertura del bisogno a fronte delle variazioni quanti-qualitative della domanda assistenziale.

3.2.1. SAD

Configurazione del Servizio

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (SAD)¹⁶, attuato da tutti i SSC di ambito distrettuale della Regione, è rivolto a persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio. Gli interventi sono adattati in relazione alla complessità dei bisogni e si propongono di valorizzare le capacità di autonomia del fruitore.

Comprende diverse prestazioni che la cartella sociale informatizzata distingue in 6 macro aree di intervento:

- 1) Cura della persona;
- 2) Governo della casa;
- 3) Vita di relazione;
- 4) Attivazione di collaborazioni;
- 5) Attività informativa/formativa;

¹⁶ Per una ricostruzione dell'evoluzione del SAD, con riferimento particolare alla Regione Friuli Venezia Giulia, si rinvia al volume curato da Paolo Molinari e Anna Zenarolla (IRES FVG, 2007). Nello stesso volume è analizzato in profondità il SAD dell'ambito distrettuale udinese.

6) Monitoraggio.

Accanto a queste, è opportuno considerare, benché non faccia parte del Servizio, la consegna pasti a domicilio in quanto fortemente interconnessa. Uno studio realizzato in uno specifico ambito distrettuale ci ha permesso di rilevare quanto una variazione delle modalità dell'erogazione della consegna pasti (nel caso analizzato l'esternalizzazione ad una società esterna) abbia significativi impatti sul Servizio di assistenza domiciliare.

Il SAD è gestito dai SSC secondo una delle seguenti modalità:

- a) in economia, ovvero con proprio personale (assistenti domiciliari dipendenti);
- b) in co-gestione, secondo diverse forme: appalto parziale, accreditamento, co-progettazione;
- c) completamente esternalizzato.

La maggior parte dei SSC gestisce il SAD condividendolo con soggetti esterni (cooperative sociali e, in un caso, con agenzia per il lavoro). La condivisione è l'esito principalmente di un affidamento parziale, in un caso di co-progettazione. Due sono i territori che hanno attivato la forma dell'accreditamento; mentre sono due i SSC (1.1 Duino-Aurisina e 4.2 Tarcento) che impiegano solo personale interno (servizio in economia).

Tabella n°4: modalità dei gestione dei SAD

Ambito distrettuale	Forme di gestione del SAD		
1.1 Duino Aurisina	IN ECONOMIA		
1.2 Trieste	CO-GESTIONE		
1.3 Muggia - San Dorligo	CO-GESTIONE		
2.1 Alto Isontino	ACCREDITAMENTO		
2.2 Basso Isontino	ACCREDITAMENTO		
3.1 Gemonese	CO-GESTIONE		
3.2 Carnia	CO-GESTIONE		
4.1 San Daniele del Friuli	CO-GESTIONE		
4.2 Tarcento	IN ECONOMIA		
4.3 Cividale	CO-GESTIONE		
4.4 Codroipo	CO-GESTIONE		
4.5 Udine	CO-GESTIONE		
5.1 Cervignano del F.	CO-GESTIONE		
5.2 Latisana	CO-GESTIONE		
6.1 Sacile	CO-PROGETTAZIONE		
6.2 San Vito al T.	CO-GESTIONE		
6.3 Azzano Decimo	CO-GESTIONE		
6.4 Maniago	CO-GESTIONE		
6.5 Pordenone	CO-GESTIONE		

E' interessante poi rilevare che nel territorio regionale sono in uso più sistemi informativi per la gestione amministrativa dell'utenza, dispositivi che non sempre dialogano facilmente con la cartella sociale informatizzata. Infatti, accanto a un software sviluppato da INSIEL¹⁷, sono disponibili altri software impiegati dalle cooperative sociali che gestiscono in appalto il SAD¹⁸.

Una variabile importante che incide sulla penetrazione del SAD tra la popolazione anziana che esprime un bisogno assistenziale è il suo costo: in alcuni ambiti distrettuali il Servizio è totalmente gratuito, mentre in altri è richiesta una compartecipazione dell'utenza.

Infine si richiama l'attenzione sulle indagini di *customer satisfaction* che sono state realizzate in alcuni territori. Potenzialmente la loro analisi potrebbe fornire a livello regionale alcune interessanti informazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza; praticamente la diversità dei questionari e delle modalità di somministrazione impiegate da territorio a territorio, rende di fatto impossibile una loro comparazione.

Analisi dell'utenza

Le variabili gestionali (modalità operative, orari, costi), sopra evidenziate, incidono profondamente sull'utenza del SAD. I dati dell'utenza, di seguito presentati, non sono quindi semplice espressione di un bisogno, ma riflettono anche scelte di tipo economico-gestionale attivate dai diversi SSC di ambito distrettuale.

Partendo dai dati elaborati nel contesto del lavoro di tesi da Faggionato e relativi al 2010, si evince che a livello regionale gli utenti complessivi dell'insieme dei servizi a domicilio risultavano 9.168. Di questi 7.070 erano utenti SAD (inclusi anche adulti e minorenni).

¹⁷ Sono in uso anche versioni personalizzate che l'INSIEL ha adattato su richiesta specifica di qualche SSC (come nel caso del Sanvitese).

¹⁸ Senza pretesa di esaustività si ricordano qui i dispositivi informatici in uso dalle cooperative sociali Universiis (a San Daniele del Friuli), Codess FVG (a Cervignano del Friuli), Itaca, ecc..

Tabella n°5: Interventi di assistenza domiciliare nei Comuni del Friuli Venezia Giulia nel corso del 2010

	assistenza domiciliare (SAD)	Pronta assistenza domiciliare alla persona e alla famiglia	Assistenza domiciliare integrata (ADI)	Pasti a domicilio	Lavanderia/ stireria	Sostegno alla domiciliarità (pulizie, manutenzione, ecc.)	Interventi	Utenti
0-17	70	2	9	3	1	13	118	94
18-34	50	13		10	1	6	84	75
35-64	945	68	16	400	15	84	1.771	1.297
65-74	994	56	18	393	9	102	1.758	1.325
75 e oltre	5.011	183	85	1.613	18	323	8.096	6.377
Utenti e interventi	7.070	322	128	2.419	44	528	11.827	9.168

Fonte: Elaborazione Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali

Nel 2012, gli utenti ultra 65enni del SAD erano pari a 6.078 ai quali occorre aggiungere 2.141 utenti del servizio pasti (Delibera della Giunta Regionale n°238-2014[01]).

Nel 2013 gli utenti SAD ultra 65ennni risultavano 6.534, in crescita rispetto l'anno precedente e distribuiti sul territorio regionale secondo proporzioni diverse rispetto alla numerosità della popolazione di riferimento. Al primo posto per numero di utenti anziani del SAD sulla popolazione ultra 65enne si colloca l'ambito distrettuale di Gemona con un'incidenza del 6,5%; all'ultimo quello di Trieste dove solo 1 anziano ogni 200 riceve un servizio di assistenza domiciliare.

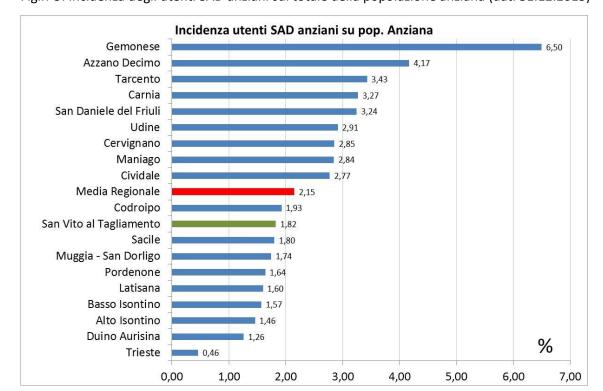


Fig.n°5: incidenza degli utenti SAD anziani sul totale della popolazione anziana (dati 31.12.2013)

Considerazioni

La diffusione del SAD sembra dipendere più che dal bisogno di domiciliarità espresso dalla popolazione anziana non autosufficiente, dalle modalità strutturali e contingenti con cui si è articolata l'offerta istituzionale (ed in parte non istituzionale) nei diversi ambiti distrettuali.

Se l'andamento complessivo dell'utenza del SAD risulta in crescita, variazioni territoriali sono addebitabili a cambiamenti nelle modalità di gestione ed erogazione di questi servizi.

Da alcuni approfondimenti, effettuati in modo non sistematico nei diversi territori, è plausibile ritenere che sia in atto una trasformazione dell'utenza anziana che usufruisce del SAD verso situazioni di maggior complessità assistenziale. In parte questa trasformazione è desumibile dall'incremento di prestazioni di cura alla persona e dalla contestuale diminuzione delle prestazioni di governo della casa¹⁹.

_

¹⁹ L'andamento è ben visibile nel caso analizzato del SAD erogato nel sanvitese (vedi documento allegato 9.5)

3.2.2 FAP

Una delle principali misure economiche istituite per sostenere la condizione di non autosufficienza è il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP). La misura è stata resa operativa dal regolamento attuativo dell'articolo 41 della legge regionale n°6/2006, pubblicato sul BUR n°11 del 14 marzo 2007.

Due delle quattro fattispecie d'intervento del FAP sono qui di interesse: APA (Assegno per l'Autonomia)²⁰ e CAF (Contributo Aiuto familiare)²¹. Infatti questi due tipi di beneficio economico favoriscono l'assistenza a domicilio di persone non autosufficienti (non necessariamente anziani) da parte di familiari o di addetti esterni (assistenti familiari o badanti). E' dunque una misura volta altresì a ridurre l'irregolarità del lavoro di assistenza familiare.

Analisi

Rinviando ad altre analisi più approfondite sull'impiego della misura²², in questo lavoro ci soffermeremo ad esaminare l'andamento dell'utenza e dei finanziamenti regionali nel periodo 2011-2013 rispetto alle due fattispecie di intervento rivolte a supportare l'assistenza domiciliare. L'esame sarà condotto a livello regionale e suddiviso per ambito distrettuale.

Per quanto riguarda gli utenti, nel 2012 (ultimo dato disponibile), risultavano aver usufruito del beneficio economico 5.417 persone, in lieve calo rispetto all'anno precedente. L'andamento varia però se consideriamo i beneficiari dell'APA o del CAF: mentre i primi diminuiscono, i secondi crescono.

Per quanto concerne l'impegno finanziario complessivo della Regione, non suddiviso per fattispecie d'intervento, si nota un incremento nel biennio considerato (+9% ca). Si precisa altresì che nel 2011 e nel 2012 il Comune di Trieste ha aggiunto alla somma regionale anche fondi propri nell'ammontare rispettivamente di 94.000 euro (impegnati nel 2010 ed utilizzati l'anno successivo) e di 693.834,95 euro (impegnati nel 2011 ed utilizzati nel 2012)²³.

Notevole è la differenza del contributo medio pro-capite tra i diversi ambiti distrettuali: si passa dagli oltre 10 mila euro di Gemona ai 5 mila di San Vito al Tagliamento.

_

²⁰ SI ricorda che con questa misura sé possibile sostenere anche la retta di un centro diurno.

²¹ Per una definizione completa del FAP e delle quattro fattispecie di intervento si rinvia al paragrafo del primo capitolo dedicato alle definizioni impiegate.

²² Cfr. Area Welfare, REPORT DI MONITORAGGIO. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, s/d. In questo report i dati si riferiscono agli anni 2009, 2010 e 1° semestre 2011.

²³ Si ringrazia Anna Galopin per aver fornito nei dettagli queste cifre.

Tabella $\,$ n°6:Utenti FAP nel 2011, suddiviso per ambito distrettuale e tipologia

FAP - Flusso utenti 2011					
Ambito distrettuale	АРА	CAF	Valore nullo	Totale utenti	
1.1 Duino Aurisina	57	10	-	67	
1.2 Trieste	489	332	-	821	
1.3 Muggia - San Dorligo	65	41	-	106	
2.1 Alto Isontino	295	126	11	432	
2.2 Basso Isontino	89	192	-	281	
3.1 Gemonese	14	103	1	118	
3.2 Carnia	43	128	-	171	
4.1 San Daniele del Friuli	157	172	-	329	
4.2 Tarcento	74	102	-	176	
4.3 Cividale	150	152	-	302	
4.4 Codroipo	147	112	1	260	
4.5 Udine	175	467	17	659	
5.1 Cervignano del F.	70	110	16	196	
5.2 Latisana	99	75	54	228	
6.1 Sacile	147	190	-	337	
6.2 San Vito al T.	70	134	2	206	
6.3 Azzano Decimo	140	126	1	267	
6.4 Maniago	119	172	-	291	
6.5 Pordenone	251	64	53	368	
TOTALE FVG	2.651	2.808	156	5.615	

Tabella n°7:Utenti FAP nel 2012, suddiviso per ambito distrettuale e tipologia

FAP - Utenti 2012				
Ambito distrettuale	АРА	CAF	Valore nullo	Totale utenti
1.1 Duino Aurisina	60	9	-	69
1.2 Trieste	590	365	-	955
1.3 Muggia - San Dorligo	45	50	1	95
2.1 Alto Isontino	229	94	8	331
2.2 Basso Isontino	66	158	1	224
3.1 Gemonese	21	84	•	105
3.2 Carnia	44	126	1	170
4.1 San Daniele del Friuli	141	176	-	317
4.2 Tarcento	67	138	-	205
4.3 Cividale	143	137	-	280
4.4 Codroipo	182	144	1	327
4.5 Udine	143	549	-	692
5.1 Cervignano del F.	73	107	7	187
5.2 Latisana	91	82	20	193
6.1 Sacile	55	134	1	189
6.2 San Vito al T.	67	115	2	184
6.3 Azzano Decimo	150	146	1	297
6.4 Maniago	73	169	-	242
6.5 Pordenone	240	79	36	355
TOTALE FVG	2.480	2.862	75	5.417

Tabella n°8:confronto andamento utenti FAP 2011-2012, suddiviso per ambito distrettuale e tipologia

FAP - Flusso utenti 2011-20	12			
Ambito distrettuale	APA	CAF	Valore nullo	Totale utenti
1.1 Duino Aurisina	3	-1	0	2
1.2 Trieste	101	33	0	134
1.3 Muggia - San Dorligo	-20	9	0	-11
2.1 Alto Isontino	-66	-32	-3	-101
2.2 Basso Isontino	-23	-34	0	-57
3.1 Gemonese	7	-19	-1	-13
3.2 Carnia	1	-2	0	-1
4.1 San Daniele del Friuli	-16	4	0	-12
4.2 Tarcento	-7	36	0	29
4.3 Cividale	-7	-15	0	-22
4.4 Codroipo	35	32	0	67
4.5 Udine	-32	82	-17	33
5.1 Cervignano del F.	3	-3	-9	-9
5.2 Latisana	-8	7	-34	-35
6.1 Sacile	-92	-56	0	-148
6.2 San Vito al T.	-3	-19	0	-22
6.3 Azzano Decimo	10	20	0	30
6.4 Maniago	-46	-3	0	-49
6.5 Pordenone	-11	15	-17	-13
TOTALE FVG	-171	54	-81	-198

Tabella n°9:FAP: ammontare assegnazioni 2011-2013, suddiviso per ambito distrettuale

FAP - Andamento totale assegnazioni 2011-2013								
Ambito distrettuale	Totale assegnazione Totale assegnazion		tale assegnazione	Tota	ale assegnazione			
Ambito distrettuale		2011		2012		2013		
1.1 Duino Aurisina	€	316.976,62	€	343.660,24	€	351.043,78		
1.2 Trieste	€	5.949.282,10	₩	6.360.129,14	€	6.418.899,85		
1.3 Muggia - San Dorligo	€	541.906,45	₩	582.739,71	€	592.688,19		
2.1 Alto Isontino	€	1.917.474,98	₩	2.050.999,73	€	2.076.140,67		
2.2 Basso Isontino	€	1.900.124,19	€	2.045.526,10	€	2.072.236,93		
3.1 Gemonese	€	1.039.950,54	€	1.116.151,48	€	1.131.577,02		
3.2 Carnia	€	899.971,71	€	963.509,91	€	977.405,39		
4.1 San Daniele del Friuli	€	1.251.411,17	€	1.351.165,29	€	1.377.588,41		
4.2 Tarcento	€	1.098.511,01	€	1.181.232,21	€	1.208.263,66		
4.3 Cividale	€	1.316.458,83	€	1.422.217,08	€	1.441.524,03		
4.4 Codroipo	€	1.297.175,80	€	1.403.528,25	€	1.437.327,73		
4.5 Udine	€	4.078.986,76	€	4.408.003,13	€	4.491.081,23		
5.1 Cervignano del F.	€	1.414.278,95	€	1.527.873,87	€	1.553.559,81		
5.2 Latisana	€	1.439.140,60	€	1.554.563,71	€	1.580.655,96		
6.1 Sacile	€	1.502.237,94	€	1.621.636,16	€	1.653.009,02		
6.2 San Vito al T.	€	974.866,09	€	1.054.750,30	€	1.073.640,92		
6.3 Azzano Decimo	€	1.356.714,44	€	1.471.663,24	€	1.512.900,98		
6.4 Maniago	€	1.378.230,27	€	1.483.536,40	€	1.507.466,21		
6.5 Pordenone	€	2.343.781,74	€	2.542.863,76	€	2.592.990,21		
TOTALE FVG	€	32.017.480,19	€	34.485.749,71	€	35.050.000,00		

Tabella n°10:FAP: ammontare medio per utente (2011-2012), suddiviso per ambito distrettuale

FAP - Andamento rapporto assegnazioni/utenti 2011-2013

Ambito distrettuale		segnazione per	Assegnazione per			
		utente 2011	utente 2012			
1.1 Duino Aurisina	€	4.730,99	€	4.980,58		
1.2 Trieste	€	7.246,39	€	6.659,82		
1.3 Muggia - San Dorligo	€	5.112,33	€	6.134,10		
2.1 Alto Isontino	€	4.438,60	€	6.196,37		
2.2 Basso Isontino	€	6.762,01	€	9.131,81		
3.1 Gemonese	€	8.813,14	€	10.630,01		
3.2 Carnia	€	5.262,99	€	5.667,71		
4.1 San Daniele del Friuli	€	3.803,68	€	4.262,35		
4.2 Tarcento	€	6.241,54	€	5.762,11		
4.3 Cividale	€	4.359,14	€	5.079,35		
4.4 Codroipo	€	4.989,14	€	4.292,14		
4.5 Udine	€	6.189,66	€	6.369,95		
5.1 Cervignano del F.	€	7.215,71	€	8.170,45		
5.2 Latisana	€	6.312,02	€	8.054,73		
6.1 Sacile	€	4.457,68	€	8.580,09		
6.2 San Vito al T.	€	4.732,36	€	5.732,34		
6.3 Azzano Decimo	€	5.081,33	€	4.955,10		
6.4 Maniago	€	4.736,19	€	6.130,32		
6.5 Pordenone	€	6.368,97	€	7.163,00		
TOTALE FVG	€	5.702,13	€	6.366,21		

Considerazioni

Dall'analisi sopra condotta è possibile evidenziare i seguenti aspetti:

- un numero consistente di persone non autosufficienti (oltre 5.000 unità) riceve un contributo economico; è possibile utilizzare il dato delle quasi 3.000 persone che fruiscono del CAF per stimare altrettanti contratti di assistenza familiare;
- l'impegno finanziario complessivo della Regione per il FAP risulta notevole e in crescita, superando nel 2013 i 35 milioni di euro;
- le dinamiche di impiego del FAP si differenziano da un ente gestore del SSC all'altro e ciò determina l'andamento del flusso di utenza; a fronte di alcuni territori in cui si registra una diminuzione di utenza, vi sono altri dove questa aumenta.

3.2.3 SID e SRD

Il **Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)**, è uno dei livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali (DPCM 29 novembre 2011). In Friuli Venezia-Giulia il servizio è gestito a livello distrettuale in coordinamento con i Medici di medicina generale (MMG), fornendo le prestazioni infermieristiche sette giorni su sette, per 12 ore al giorno. Il servizio è attivo in tutti i Distretti (Cfr. Atlante dei servizi sanitari e sociosanitari in FVG).

Per poter accedere al servizio domiciliare è necessario che la richiesta sia avviata dal medico di medicina generale o, se il paziente è ricoverato in ospedale, dal personale del reparto. In seguito alla richiesta viene attivata un'apposita Unità di valutazione distrettuale (UVD) in cui il personale distrettuale e il MMG valutano i bisogni del richiedente e progettano il piano di assistenza personalizzato. Al suo interno sono specificati gli obiettivi, le tipologie di intervento e la frequenza degli accessi. Accanto a questa fattispecie ve ne se sono altre (a carattere di maggiore occasionalità) in cui l'intervento viene attivato su richiesta del MMG senza passare per l'unità di valutazione²⁴.

Il SID, oltre alle funzioni di monitoraggio del paziente, eroga una serie di interventi e prestazioni che possono essere riassunte in due macro-aree:

- a) prestazioni più propriamente sanitarie quali prelievi ematici, medicazioni, terapie iniettive ed infusive, rimozione o sostituzione di cateteri vescicali, alimentazione assistita, ecc.;
- b) interventi educativo-formativi per il paziente e i familiari quali l'addestramento all'utilizzo di presidi e strumenti, misure per la prevenzione delle complicanze da lunga permanenza a letto, educazione alla salute, supporto nell'espletamento delle pratiche burocratiche, ecc.

Laddove l'intervento venga fornito in maniera integrata con altre figure professionali, il SID rientra nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) - nel caso gli accessi avvengano con personale sanitario (es: fisioterapista) o del SAD -, o in quello dell'Assistenza domiciliare Programmata (ADP) – con i MMG. Esistono poi forme specifiche di servizi infermieristici domiciliari dedicati a particolari categorie di pazienti, quali ad esempio le cure palliative per pazienti oncologici.

Dal punto di vista delle modalità di erogazione, si possono distinguere interventi:

- a) domiciliari, forniti direttamente presso il domicilio del paziente;
- b) ambulatoriali e/o dell'infermiere di comunità, forniti in presidi territoriali di prossimità.

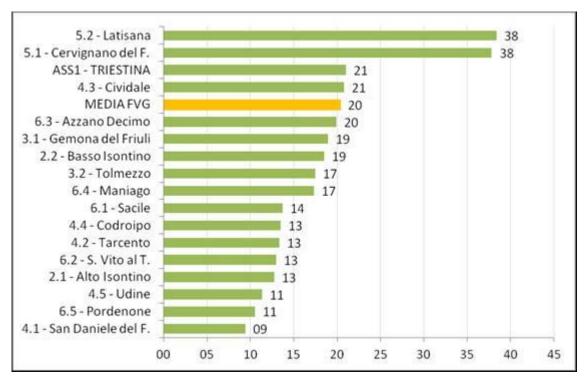
Nel corso del triennio 2011-2013, a livello regionale, il numero di utenti totali gestiti dal SID non ha subito particolari variazioni (+1,0%). Questo timido aumento è stato tuttavia individuato dall'aumento degli utenti senza piano di assistenza personalizzato (+10,6% rispetto al 2011), mentre si registra un calo del 16,5% degli utenti con PAI.

²⁴ Utenti senza Piano di assistenza individualizzato (PAI).

Tab.n°11: Utenti SID over 65 nelle ASS e in Regione FVG; v.a. 2011-2013, variazione % 2011-2013 e percentuale utenti SID over 65 su totale popolazione anziana 2013.

	2011	2012	2013	Var.% 2011-13	Copertura (>64, 2013)
ASS N.1 - TRIESTINA	14.349	14.390	13.945	-2,8	21,0
ASS N.2 - ISONTINA	4.926	5.387	5.742	16,6	15,6
ASS N.3 - ALTO FRIULI	3.811	3.677	3.360	-11,8	18,1
ASS N.4 - MEDIO FRIULI	11.028	11.811	11.164	1,2	13,0
ASS N.5 - BASSA FRIULANA	10.114	10.352	10.304	1,9	38,1
ASS N.6 - FRIULI OCCIDENTALE	9.663	9.754	9.915	2,6	14,3
REGIONE FVG	53.891	55.371	54.430	1,0	17,9

Fig. n°6: Copertura SID per Distretto* 2013



^{* (}Tot. utenti over65/Tot. Pop. Over65)*100; Per l'area triestina i dati disaggregati per Distretto non sono disponibili

Fonte: Estrazioni da SISSR 02.04.2014

Si notano in ogni caso differenze anche notevoli a livello territoriale. Se si osservano i dati disaggregati per Azienda sanitaria, la copertura del servizio (numero di utenti anziani sul totale della

popolazione anziana residente) varia da un minimo del 13% del Medio Friuli ad un massimo del 38,1% della Bassa friulana. Tali differenze si notano anche dalla scomposizione per Distretto (figura n°6), dove emerge anche la variabilità interna alle Aziende. In prospettiva longitudinale inoltre, lievi scostamenti positivi si notano per l'ASS n. 4, n.5 e n.6, mentre l'ASS n.1 flette leggermente. Variazioni importanti vengono al contrario registrate nell'Isontino (circa 800 utenti in più nel triennio) e nell'area montana dell'udinese, che cala di quasi il 12%.

Nel 2013, a livello regionale gli utenti con PAI rappresentano il 29,5% del totale, percentuale che tocca il minimo nel pordenonese (19%) e il massimo nell'Alto Friuli, dove circa 6 utenti su 10 hanno un piano personalizzato.

La componente dell'utenza presa in carico incide conseguentemente sulla composizione degli accessi, in quanto questi utenti necessitano di un intervento continuativo e quindi accessi reiterati. A livello regionale, il 29,5% degli utenti con PAI coagula quasi il 60% degli accessi. Proporzionalmente, l'ASS N.6 ne registra la percentuale più bassa, seguita dall'ASS N.2 e N.4 (anch'esse sotto la media regionale). L'area della montagna udinese, al contrario, supera l'80% degli interventi per utenti con PAI. In numero assoluto, l'ASS N.4 è il territorio con il numero maggiore di accessi, seguito dall'area triestina e pordenonese.

Fig. n°7a: Utenti SID over65 con e senza PAI per ASS (%2013)

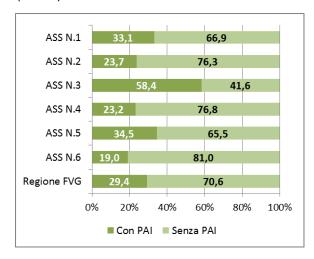
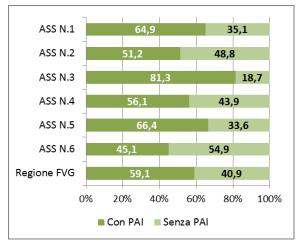


Fig.N°7b: Accessi per utenti SID over 65 con e senza PAI per ASS (%2013)



Fonte: Estrazioni da SISSR 02.04.2014

Dei quasi 650.000 interventi registrati nel 2013, il 76,3% è stato erogato a domicilio, mentre la restante parte presso strutture ambulatoriali. L'analisi scomposta a livello territoriale mostra una maggiore incidenza di quest'ultima fattispecie nelle aree triestina e della Bassa Friulana, mentre tocca i livelli più bassi nel Medio ed Alto Friuli.

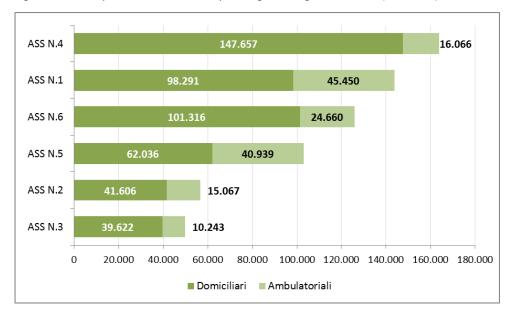


Fig. n°8: Accessi per utenti SID over65 per luogo di erogazione e ASS (v.a. 2013).

Dato Regione FVG: accessi domiciliari = 490.528, accessi ambulatoriali = 152.425, accessi tot. = 642.953

Il **Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD)**, è un servizio distrettuale con criteri di accesso analoghi al SID, attivo in tutti i Distretti della Regione. Esso si rivolge a pazienti che, a seguito di eventi acuti o gravi patologie cronico degenerative, hanno necessità di riabilitazione funzionale ma che si trovano in condizioni di intrasportabilità a causa delle gravi condizioni di disabilità o presenza di barriere architettoniche abitative.

Analogamente al SID, le prestazioni possono essere fornite a domicilio o presso ambulatori e/o presidi sanitari locali. A differenza dei primi tuttavia, le prestazioni del SRD possono essere anche fornite nei centri per persone con disabilità e presso le strutture residenziali/semiresidenziali per anziani.

Analisi dell'utenza

Nel 2013 gli utenti serviti dal SRD ammontavano a 13.047, pari a 4,29 anziani residenti ogni 100. Rispetto al 2011 il numero di utenti è aumentato di circa un migliaio di unità, con un incremento del 7,3%. Tale aumento sembra essere individuato in particolare dalla crescita nell'area triestina (+16,3%, pari a circa 500 casi), mentre le altre aree segnano scostamenti di poche decine di unità. Inoltre, dal punto di vista territoriale, si possono individuare coperture anche sensibilmente diverse: si passa dall'area dell'alto Friuli (5,7 utenti ogni 100 over65) al 5,3% di Trieste e Bassa Friulana, per giungere a coperture molto minori nel pordenonese (3,7%) nell'isontino (2,7%).

Tab.n°12: Utenti SRD over 65 nelle ASS e in Regione FVG; v.a. 2011-2013, variazione % 2011-2013 e percentuale utenti SRD over 65 su totale popolazione anziana 2013.

	2011	2012	2013	Var % 2011-13	Copertura (>64)
ASS N.1 - TRIESTINA	3.029	3.171	3.522	16,3	5,30
ASS N.2 - ISONTINA	918	897	976	6,3	2,65
ASS N.3 - ALTO FRIULI	984	974	1.055	7,2	5,70
ASS N.4 - MEDIO FRIULI	3.444	3.608	3.498	1,6	4,06
ASS N.5 - BASSA FRIULANA	1.205	1.255	1.432	18,8	5,30
ASS N.6 - FRIULI OCCIDENTALE	2.580	2.476	2.564	-0,6	3,71
REGIONE FVG	12.160	12.381	13.047	7,3	4,29

Dal punto di vista distrettuale, nel 2013 il cividalese si attesta in cima alla lista del numero di utenti sulla popolazione residente (6,3%), mentre la percentuale minore di registra a Udine (2,6%), sebbene sia comunque tra le aree con un maggior numero di utenti in valore assoluto (956, seconda solo al Distretto 4 triestino). Proprio l'area del Medio Friuli presenta la maggiore variabilità distrettuale.

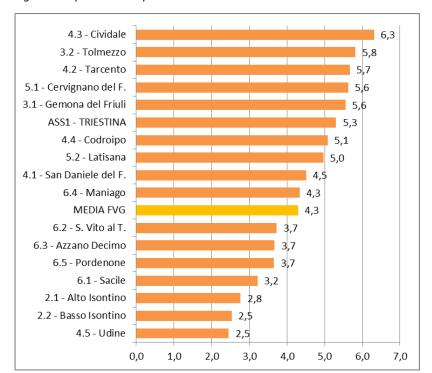


Fig. n°9: Copertura SRD per Distretto* 2013

Analogamente a quanto visto per il SID, anche il SRD presenta un profilo di casistica sbilanciato verso i beneficiari senza PAI (72,4% a livello regionale). Le percentuali più basse si registrano nel pordenonese (14,7%) e nel Medio Friuli (18%), mentre superano il 40% nell'area triestina e isontina. A differenza del SID, tuttavia, il rapporto tra percentuali di utenti e accessi è meno lineare. Anche in questo caso gli utenti con PAI coagulano la maggior parte degli interventi (58%), ma la situazione nei diversi territori presenta profili diversi, apprezzabili dall'analisi del numero medio di interventi procapite. Infatti, se nelle aree del Medio e Alto Friuli gli utenti con PAI beneficiano in media tra i 10 e gli 11 interventi, molto inferiori sono i valori dell'area giuliano-triestina, che si assestano tra i 3 e i 5 interventi pro-capite. Questi differenziali si notano, sebbene con proporzioni ridotte, anche nella media degli interventi per gli utenti senza piano personalizzato, valore che supera la media regionale nel pordenonese e nel Medio e Alto Friuli.

^{* (}Tot. utenti over65/Tot. Pop. Over65)*100. Per l'area triestina i dati disaggregati per Distretto non sono disponibili

Fig. n°10a: Utenti SRD over65 con e senza PAI per ASS (%2013)

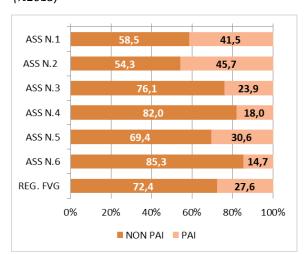
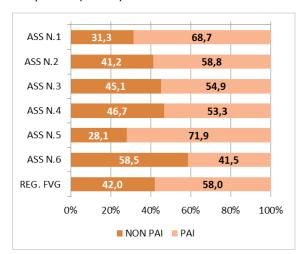


Fig. n°10b: Accessi per utenti SRD over 65 con e senza PAI per ASS (%2013)



Nel 2013, a livello regionale, dei 13.047 utenti SRD, la stragrande maggioranza (86,5%) ha beneficiato degli interventi a domicilio, il 12,4% presso strutture per anziani, mentre una parte residuale è stata trattata a livello ambulatoriale (0,9%) e nei centri per persone con disabilità (0,2%). Anche in questo caso si possono tuttavia individuare alcune specificità territoriali:

- nell'area triestina, presumibilmente per una presenza più capillare di strutture per anziani, gli utenti ivi trattati raggiungono il 41,2% del totale, a scapito della componente trattata a domicilio;
- nell'area isontina la totalità degli utenti è domiciliare, situazione molto simile a quella dell'area montana dell'udinese, dove solo una parte residuale (2,1%) riceve le prestazioni presso una struttura per anziani. In questi due distretti e nel Medio Friuli inoltre non si registrano pazienti ambulatoriali
- quest'ultima tipologia di utenza trova sviluppo nel pordenonese e nel triestino e nella Bassa friulana, sebbene sempre in proporzioni limitatissime (meno del 2% dei casi);
- le proporzioni sopra esposte non subiscono fondamentali scostamenti nell'analisi degli accessi, se non per ampliarsi nella parte relativa agli interventi domiciliari, che sfiorano il 90% del totale.

Considerazioni finali

A conclusione dell'analisi sui servizi domiciliari di area sociosanitaria (SID e SRD), si possono trarre alcune considerazioni a carattere generale sull'andamento dei servizi in oggetto:

- rispetto al 2011, nel 2013 l'utenza totale è aumentata del 2,2%, non altrettanto gli accessi, che crescono del 1,7%²⁵;

²⁵ Se tuttavia l'aumento dell'utenza del SRD è aumentata in maniera costante, quella del SID ha raggiunto il picco nel 2012 per poi scendere leggermente nel 2013.

- considerato quanto detto in precedenza, questo andamento differenziato sembra essere indotto da una progressiva maggiore incidenza della casistica priva di Piano personalizzato, che passa dal 64,3% del 2011 ad oltre il 70% nel 2013; per costoro gli accessi sono aumentati del 23,4%, giungendo a coprire il 40% del totale (a fronte del 33,7% del 2011);
- l'aumento della casistica priva di Piano personalizzato sembra essere più netto per quanto riguarda il Servizio riabilitativo (+22,3% dal 2011, mentre per il SID si assesta al 10,6%);
- l'analisi comparata a livello territoriale presenta un panorama alquanto frastagliato, non solo tra aree di competenza delle differenti Aziende sanitarie, ma anche, al loro interno, tra Distretti con caratteristiche socio-demografiche simili e/o territorialmente equiparabili/contigui. Questa variabilità potrebbe essere oggetto di specifici approfondimenti, anche in forza del fatto che essa sembra essere solo parzialmente indotta da caratteristiche morfologico-abitative (quali ad esempio la dispersione abitativa) e dall'incidenza percentuale degli anziani sul totale della popolazione, quanto anche dalla presenza di presidi territoriali (si veda la proporzione di pazienti ambulatoriali del SID) e a non meglio intuibili differenze organizzative (interne ai servizi e/o integrate con altri servizi ed interventi implementati nei diversi territori).

3.2.4. Altri servizi e interventi

3.2.4.1 Gli sportelli degli amministratori di sostegno

Dal 2004, ovvero dalla modifica al Codice civile per l'approvazione della legge 9 gennaio 2004, n.6, una persona che, per problemi fisici o psichici, si trova nell'impossibilità (anche parziale o temporanea), di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un "amministratore di sostegno", appositamente nominato dal giudice tutelare. Con la legge regionale 16 novembre 2010, n. 19 "Interventi per la promozione e la diffusione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli" la Regione Friuli Venezia Giulia ha regolato ulteriormente l'istituto promuovendolo, valorizzandolo e organizzandone le modalità.

E' chiaramente un istituto giuridico che vede come destinatari principali gli anziani. Benché non si possa identificare come un servizio domiciliare, in quanto l'assistito può trovarsi a vivere sia al proprio domicilio che in strutture residenziali. L'attivazione di sportelli di amministratori di sostegno, sostenuti anche dalla normativa regionale, configurano un nuovo servizio di prossimità che vede coinvolti le associazioni di volontariato, i Servizi sociali dei Comuni e il Tribunale ordinario. Per questa sua natura si rivela un presidio importante anche per la domiciliarità degli anziani.

L'indagine ha dunque fotografato la presenza di sportelli nei diversi ambiti distrettuali. Alla data della rilevazione risultano attivi sportelli in 12 ambiti distrettuali.

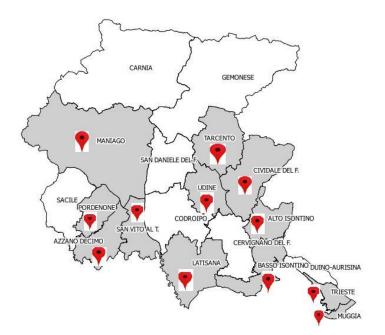


Figura n°11: Sportelli di amministratori di sostegno negli ambiti distrettuali

3.2.5 Interventi di intermediazione lavorativa, formazione e pari opportunità nell'assistenza familiare

L'incremento dell'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti, in contrapposizione ai servizi residenziali, è indubbiamente legato anche al notevole sviluppo che ha avuto il fenomeno del badantato (assistenti familiari perlopiù di origine straniera).

La Regione Friuli Venezia Giulia fin dalla legge n°24 del 2004, "Interventi per la qualificazione e il sostegno dell'attività di assistenza familiare", ha riconosciuto l'importanza di questa fondamentale risorsa di aiuto a livello domiciliare, assumendosi le seguenti funzioni: a) sostenere la domanda di servizi; b) qualificare l'offerta con percorsi formativi; c) facilitare l'incrocio della domanda e dell'offerta, favorendo in tal modo l'emersione del lavoro irregolare.

In questo paragrafo ci occuperemo dunque prima degli sportelli oggi denominati Si.Con.Te., che ai fini della presente ricerca analizziamo essenzialmente come servizi di intermediazione lavorativa²⁶, e in un secondo momento dell'analisi dei percorsi formativi. Le informazioni raccolte attingono ai diversi rapporti di monitoraggio e ai documenti pubblicati dalla Regione elencati in bibliografia.

_

²⁶ Il loro ruolo è ben più ampio configurandosi come supporto alla ricerca di soluzioni di conciliazione.

3.2.5.1 Sportelli SI.CON.TE.

Nascita e sviluppo degli sportelli

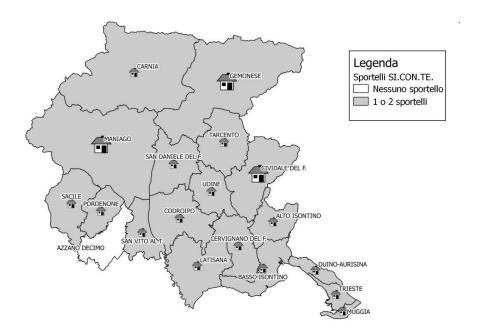
Il programma regionale "Si.Con.Te. – Sistema di conciliazione integrato" prosegue dal 2011 il precedente intervento sperimentale "Professionisti/e in Famiglia", avviato nel marzo 2009 con il proposito di favorire l'emersione del lavoro sommerso delle "badanti" (Agenzia regionale del lavoro, 2012)²⁷. Gli sportelli dedicati agli assistenti familiari compaiono in Friuli Venezia Giulia però ancora prima, nel 2005, con l'adesione della Regione al progetto pilota del Ministero del Lavoro denominato "Occupazione e servizi alla persona". Data la valutazione positiva dei risultati conseguiti, a questa esperienza pilota fa seguito, dal 2007, il "Progetto Assistenti Familiari", che vede coinvolte, accanto all'Agenzia regionale del lavoro, le Caritas diocesane, i patronati e le organizzazioni sindacali, anche le quattro Amministrazioni provinciali. Durante la realizzazione del progetto, gli sportelli vengono collocati presso i Centri per l'impiego, marcando un radicamento del servizio sul territorio (Qualizza, 2011).

Attualmente gli sportelli territoriali sono 21 e coprono tutte le circoscrizioni dei Centri per l'impiego con una o due sedi. Se proviamo a suddividerli per ambito distrettuale otteniamo invece una copertura come quella raffigurata nella cartografia che vede solo l'ambito distrettuale di Azzano Decimo senza sportello, in quanto il territorio afferisce al Centro per l'impiego di Pordenone e di San Vito al Tagliamento.

Fig. n°12: Diffusione per ambito distrettuale degli sportelli SI.CON.TE.

⁻

²⁷ Una valutazione degli esiti del progetto "Professionisti/e in famiglia" è disponibile sul sito internet dell'Agenzia regionale del lavoro, http://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/AT16/ARG9/FOGLIA24/



Accanto agli sportelli SI.CON.TE., in quattro ambiti distrettuali (1.1 Duino Aurisina, 1.2 Trieste, 3.1 Gemonese, 4.5 Udine) è presente anche uno sportello Acli Colf.

Tipo e quantità di attività erogata

Gli sportelli svolgono la seguente gamma di attività:

- decodifica domanda e analisi delle competenze dell'offerta;
- colloquio;
- incrocio e scelta della rosa candidati;
- incontro famiglia/rosa candidati;
- contrattualizzazione e condivisione linee guida etiche al lavoro dell'assistenza familiare;
- feedback sull'andamento contratto;
- supporto alla ricerca di soluzioni di conciliazione.

E' opportuno ricordare che fin dal progetto "Professionisti in famiglia" gli sportelli erogano incentivi economici alle famiglie che decidono di contrattualizzare regolarmente l'assistente familiare.

Ai fini del presente lavoro, assume interesse anche la quantificazione dell'attività svolta dagli sportelli. Dai dati delle relazioni appare come nel triennio 2011-2013 i contratti stipulati per lavoro di assistenza familiare superino di poco, con qualche piccola oscillazione, le 2.000 unità. Nel 2010 il numero di contratti aveva raggiunto la cifra di 2.256.

Le schede dei lavoratori compilate dagli sportelli invece registrano un picco di oltre 6.500 unità nel 2012 per scendere a poco più di 5.000 nel 2013. Il calo può essere in parte attribuito anche alla cessazione dei contributi (disponibili fino ad ottobre 2012). Benché meno numerose, la compilazione delle schede delle famiglie alla ricerca di assistenti familiari in qualità di datori di lavoro rivelano un andamento analogo, anche se meno marcato, che supera le 2.000 unità nel 2012, per poi scendere a 1.700 nel 2013.

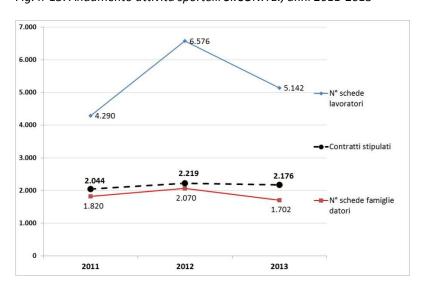


Fig. n°13: Andamento attività sportelli SI.CON.TE., anni 2011-2013

Fonte: ns elaborazioni su dati SI.CON.TE.

Approfondendo i dati sui contratti stipulati nel 2013, si evince che "le scelte dell'utenza evidenziano un ricorso prevalente al livello C/S (assistenza a non autosufficienti) con una preferenza per il 76,9% dei casi, pari ad un totale d'anno di 1.671 contratti" (SI.CON.TE. op. cit). Nello stesso anno, 1.329 contratti (equivalente al 61,1% del totale) sono stati stipulati nella modalità che prevede la convivenza dell'assistente nella famiglia dell'assistito. Il personale contrattualizzato nel 93,4% dei casi è di sesso femminile e nel 61% dei casi ha un'età superiore ai 45 anni. Per quanto riguarda la cittadinanza si rileva la presenza del 14,8% di persone italiane, componente in costante aumento negli ultimi anni, mentre per oltre il 53% si tratta di persone provenienti dalla Romania e dall'Ucraina.

Accanto a questo lavoro di intermediazione, gli sportelli offrono anche attività di accoglienza e di informazione ad ampio raggio. Diversamente dalla prima, la quantificazione di questo tipo di attività risulta invece in crescita nel triennio 2011-2013, passando da 18.791 evasioni di richieste a ben 41.122. Ciò conferma non solo l'utilità crescente del servizio offerto dagli sportelli, ma anche l'esistenza di una domanda che si amplia anche in periodi di crescita economica.

Secondo un recente documento di programmazione, si apprende che, alla luce dell'esperienza maturata, si è potuto iniziare a lavorare alla costruzione di univoche linee guida regionali per la

registrazione delle persone che si rendono disponibili ad effettuare lavoro di cura in ambito domestico. Trattasi di una sperimentazione, tuttora in atto, avviata con il Comune di Trieste (attraverso il progetto Home Care Premium) e lo Sportello Si.Con.Te. della città, che verrà diffusa in tutti i restanti Sportelli.

Conclusioni

Attraverso diverse iniziative progettuali (che cambiano ogni volta il nome) in Friuli Venezia Giulia si costituisce negli anni una capillare rete di sportelli in grado di incrociare le esigenze delle famiglie bisognose di assistenza familiare a domicilio e delle persone disponibili ad essere assunte come tali. Indubbiamente queste iniziative favoriscono l'emersione e dunque una riduzione del lavoro irregolare del badantato. Benché gli sportelli afferiscano alle politiche del lavoro si avviano proficui scambi anche con i soggetti attivi nelle politiche sociali, in particolare con i Servizi sociali dei Comuni. Ciò consente in alcuni casi di evitare perlomeno duplicazione di interventi (come quelli formativi, di cui si dirà più avanti) e disorientamento tra i beneficiari. Queste relazioni rimangono però spesso puntuali, focalizzate sui singoli casi o sulle singole misure, e stentano a tradursi in una collaborazione strategica, di sistema in grado di "governare" tutte le esigenze sollevate dal fenomeno dell'assistenza familiare.

3.2.5.2 Interventi formativi: la qualificazione professionale delle assistenti familiari²⁸

La qualificazione professionale delle assistenti familiari attraverso percorsi formativi, come si avrà modo di constatare, è stato uno dei segmenti di intervento che ha visto un ricco ventaglio di opportunità. Allo stesso tempo la confluenza di più linee di finanziamento pubblico e la partecipazione di diversi soggetti organizzativi, pubblici e privati, non sempre ha favorito raccordi tra i numerosi percorsi formativi proposti.

In questo paragrafo daremo conto delle linee di intervento promosse dalla Regione, tramite le sue Direzioni regionali (Lavoro-Formazione e Salute-Sociale), alle quali si sono aggiunte linee di finanziamento ministeriale, comunale o di altra provenienza che hanno reso possibile progettualità differenziate e con diverso raggio territoriale d'intervento.

Da un punto di vista generale, possiamo distinguere i seguenti tipi di percorso formativo che in regione hanno offerto opportunità di qualificazione agli operatori dell'assistenza domiciliare:

- incontri seminariali realizzati dall'Agenzia regionale del lavoro²⁹;

²⁸ Per le informazioni contenute in questo paragrafo si ringrazia in particolare Luigina Leonarduzzi, posizione organizzativa del servizio programmazione e gestione degli interventi formativi della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili e ricerca della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

²⁹ Questi interventi non possono essere considerati a tutti gli effetti dei percorsi formativi in particolare per la loro breve durata; nondimeno ci è sembrato opportuno ricordarli in questo elenco.

- percorsi brevi realizzati con fonti finanziarie diverse (FSE e fondi regionali/ministeriali), di durata variabile, anche se nella maggior parte dei casi uguali o inferiori alle 80 ore;
- corsi per l'acquisizione delle "competenze minime nei processi di assistenza alla persona" (CM)³⁰, di durata di 200 ore³¹, al seguito dei quali viene rilasciato un attestato di frequenza che costituisce anche un credito per partecipare al conseguimento della qualifica professionale di OSS; il percorso formativo specificamente dedicato ai processi di assistenza alla persona è stato approvato dalla Giunta regionale con delibera n°1232 nel maggio del 2004;
- corsi di qualifica per Operatore Socio Sanitario (OSS)³², che prevedono una durata di mille ed includono anche 4 esperienze di tirocinio.

Una modalità particolare e innovativa di intervento formativo può essere ritenuta quella relativa ai progetti di formazione realizzati nei Paesi di origine, nella quale rientra il progetto MOLDAVIA che a partire dal 2007 ha realizzato 4 corsi di CM nel settore dei servizi alla persona destinato a cittadini e cittadine della Repubblica di Moldavia, interessati ad un inserimento lavorativo in FVG.

Per quanto riguarda i corsi di CM da giugno 2005 a giugno 2012 ne sono stati realizzati oltre 200 formando più di 4.200 persone (il 94% delle quali di sesso femminile) con una spesa complessiva, attinta dal FSE, di oltre 5 milioni di euro (Leonarduzzi, 2010, 2013).

Da un'analisi circoscritta ai partecipanti ai corsi CM e OSS nei soli anni 2007-2009, Ferlin rileva che "gli stranieri non solo rappresentano la parte minoritaria dell'utenza, ma si dimostrano [nel triennio] numericamente in calo" (Ferlin, 2010: 262). E' dunque plausibile ritenere che la grande maggioranza delle assistenti familiari che ha avuto l'opportunità di formarsi abbia scelto un percorso di durata breve.

Rilevazione quali-quantitativa dei percorsi formativi attivati

Un'indagine dell'IRSSeS ha censito i percorsi formativi, di breve durata e finanziati da fondi pubblici, volti a qualificare le assistenti familiari attivati nel periodo 2006-2010 (IRSSeS, 2011). Il presente paragrafo si propone di dar conto brevemente di quella indagine e di attualizzarla descrivendo quanto è stato realizzato nel periodo successivo e fino al mese di giugno del 2014.

Nel periodo 2006-2010 sono stati rilevati dall'IRSSeS ben 77 corsi di formazioni di breve durata destinati ad assistenti familiari. Di questi, 54 sono stati promossi dal SSC; 11 dall'Agenzia regionale del lavoro attraverso gli sportelli e il progetto "Professionisti in famiglia"; i restanti da soggetti diversi (tra i quali Assixto Srl³³, CeRiCOT onlus³⁴, Federcasalinghe FVG³⁵). In alcuni casi si registrano

2

³⁰ Per una lettura di questi corsi formativi attivati tra il 2007 e il 2009 si rinvia al contributo di Thomas Ferlin in LAVORO FEMMINILE E POLITICHE DI CONCILIAZIONE IN FRIULI VENEZIA GIULIA. Rapporto 2009 (Agenzia regionale del lavoro, 2010).

³¹ 250 per le persone, 50 ore di alfabetizzazione e orientamento

³² Come nota precedente.

³³ Questa cooperativa sociale continua tutt'oggi ha promuovere, in provincia di Udine, corsi brevi o base per operatori di assistenza domiciliare (cfr. www.assixto.it).

promozioni congiunte tra SSC e Azienda Sanitaria, SSC e Provincia (Politiche del lavoro), SSC e altri soggetti. Si rileva che solo in 9 su 54 corsi segnalati dal SSC "risulta l'esplicitazione della collaborazione con l'Agenzia regionale del lavoro e/o degli sportelli Assistenti Familiari" (IRSSeS, 2011).

La realizzazione dei corsi è affidata o ad agenzie di formazione accreditate dalla Regione (IAL FVG, IRSSeS, ENAIP FVG, IFOR, ecc..) o a cooperative sociali attive nel settore dei servizi agli anziani (LYBRA, CODESS, ITACA, LA QUERCIA, IL PICCOLO PRINCIPE, ecc..).

Per quanto riguarda le persone che hanno frequentato e portato a termine i percorsi, i dati raccolti sono delle stime e attestano complessivamente un numero 1.300 assistenti familiari, alle quali aggiungere un altro centinaio di persone ancora frequentanti al momento della rilevazione (settembre 2011).

Dalle conclusioni del rapporto di analisi sembra significativo, ai fini della presente ricerca, riprendere alcuni punti:

- la non uniforme attività dei SSC; fino al 2011 alcuni SSC non avevano ancora promosso corsi; altri (come il SSC Alto Friuli, 3.1 Gemona) hanno colto questa opportunità per sviluppare ulteriori progettualità da implementare nella comunità locale;
- l'opportunità di standardizzare i corsi brevi per renderli una modalità di "pre-credito formativo da utilizzare eventualmente in successivi corsi (in primis CM)";
- l'opportunità di avviare un coordinamento programmatico e operativo tra gli enti pubblici e gli enti privati (in primis quelli non profit);
- l'utilità di istituire un Registro pubblico regionale degli assistenti familiari subordinando l'iscrizione all'attestazione di aver concluso dei percorsi formativi.

Dal 2011 ad oggi rileviamo le seguenti attività formative finanziate con risorse pubbliche:

- realizzazione di 31 corsi di formazione a favore di assistenti familiari (programma specifico n°26) – FSE – Programma Operativo Obiettivo 2 – Competitività - Pianificazione periodica delle operazioni – PPO – Annualità 2012, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n°257 del 17 febbraio 2012; percorsi formativi della durata di 80 ore;
- contributo regionale a favore degli enti gestori del SSC per la formazione delle assistenti familiari;
- contributi del Ministero dell'Interno (Fondo europeo per l'integrazione di cittadini dei paesi terzi).

³⁴ Onlus specializzata sui temi oncologici che ha promosso (nel 2009 e 2010) corsi di formazione per badanti che assistono i malati di tumore.

³⁵ Federcasalinghe FVG ha realizzato dal 2009 al 2012, un totale di 7 corsi per assistenti familiari, alcuni dei quali brevi altri di CM.

Per quanto riguarda i 31 corsi finanziati con il FSE e realizzati dagli enti di formazione accreditati, nel periodo marzo-dicembre 2013, si rileva che l'impegno finanziario complessivo è risultato di 334.800 euro a fronte di una disponibilità di 400 mila euro. I beneficiari degli interventi sono stati circa 600 (Regione FVG, Rapporto annuale di esecuzione, 2012)³⁶. Gli enti di formazione che hanno realizzato i corsi sono stati 6, così distribuiti:

- EnAIP FVG, per un totale di 9 corsi, così suddivisi territorialmente: 2 corsi a Trieste, 1 corso a Muggia, 1 corso a Duino-Aurisina; 1 corso a Gorizia, 1 corso a Monfalcone, 2 corsi a Udine, 1 corso a Manzano;
- Fondazione Opera Sacra Famiglia, che ha realizzato 7 corsi tutti in provincia di Pordenone;
- IRES FVG; in un dossier dedicato al lavoro domestico (IRES, 2014) questa agenzia dà conto dei 6 corsi realizzati (5 a Udine e 1 a Tarcento) comunicando l'iscrizione di 185 partecipanti (93% composto da donne, la maggior parte delle quali di cittadinanza italiana, nella condizione di disoccupate o in cerca di occupazione);
- IAL FVG, che ha realizzato 4 corsi, tutti in provincia di Pordenone;
- Cramars, che ha realizzato 3 corsi negli ambiti distrettuali di Gemona (2) e Tolmezzo (1);
- Indar, che ha realizzato 2 corsi nel distretto di Latisana (UD).

L'analisi dell'ultimo contributo erogato dalla Regione agli enti gestori del SSC per la formazione delle assistenti familiari (ammontare complessivo di 500 mila euro) ha evidenziato come solo una parte della somma sia stata effettivamente spesa per realizzare degli interventi. Quasi un quarto del totale dei fondi è stato restituito, in modalità diversificate che ha visto sia una restituzione completa (Alto Isontino, Tarcento, Cervignano del Friuli) che una restituzione parziale. Solo 6 SSC hanno impiegato la somma al 100%.

-

³⁶ Nello specifico sono stati coinvolti effettivamente 568 partecipanti, di cui 522 femmine (92%), con un'età prevalente tra i 35 e 44 anni, ma numerose erano anche le corsiste ultra 50enni (file dati di riepilogo gentilmente inviato da Leonarduzzi).

Tab.n°13: esiti del contributo "badanti" regionale (assegnato 9 novembre 2011)

SSC	amb	Esito	F	ondi utilizzati	Fo	ondi restituiti	% restituito su assegnato
Comune di Duino-Aurisina	1,1	Impiegata tutta la somma	€	5.124,28	€	-	-
Comune di Trieste	1,2	Restituito parte contributo	€	97.603,83	€	2.844,20	2,83
Comune di Muggia	1,3	Chiesto proroga per la rendicontazione					1
Comune di Gorizia	2,1	Restituito tutto il contributo	€	-	€	30.832,25	100,00
Comune di Monfalcone	2,2	Restituito parte contributo	€	23.986,89	€	6.230,79	20,62
Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli" - Gemona	3,1	Restituito parte contributo	€	1.209,52	€	12.838,97	91,39
Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli" - Tolmezzo	3,2	Rrestituito parte contributo	€	10.643,02	€	5.820,46	35,35
Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli"	4,1	Impiegata tutta la somma	€	19.420,33	€	-	-
Comune di Tarcento	4,2	Restituito tutto il contributo	€	-	€	17.244,24	100,00
Comune di Cividale del Friuli	4,3	Restituito parte contributo	€	15.413,35	€	4.436,31	22,35
ASP "Daniele Moro"	4,4	Impiegata tutta la somma	€	19.589,99	€	-	-
Comune di Udine	4,5	Impiegata tutta la somma	€	63.264,10	€	-	-
Comune di Cervignano del Friuli	5,1	Restituito tutto il contributo	€	-	€	21.807,62	100,00
Comune di Latisana	5,2	Restituito parte contributo	€	12.645,62	€	9.277,99	42,32
Comune di Sacile	6,1	Impiegata tutta la somma	€	21.949,58	€	-	-
Comune di S.Vito al Tagliamento	6,2	Restituito parte contributo	€	9.737,00	€	4.434,41	31,29
Comune di Azzano Decimo	6,3	Impiegata tutta la somma	€	18.568,59	€	-	-
Comune di Maniago	6,4	Chiesto proroga per la rendicontazione					-
Comune di Pordenone	6,5	Restituito parte contributo	€	28.080,00	€	7.000,57	19,96
TOTALE			€	347.236,10	€	122.767,81	24,55

Fonte: elaborazioni su dati regionali

Tra le progettualità formative avviate in regione grazie a fonti pubbliche di altra provenienza è certamente da ricordare il progetto "Formazione in situazione: lavoro domestico e di cura in famiglia", realizzato tra il 2011 e 2012, usufruendo di un finanziamento ottenuto dal Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini di paesi terzi (FEI). Questo intervento progettuale, promosso da una rete di cooperative sociali dalla regione con capofila la Cooperativa Sociale Lybra di Trieste, ha realizzato 7 interventi formativi tradizionali e sperimentali (a domicilio presso l'abitazione dell'assistito) in altrettanti ambiti distrettuali della regione: 1.2 Trieste, 1.3 Muggia-San Dorligo; 2.2 Basso Isontino; 3.2 Tolmezzo; 4.3 Tarcento; 5.1 Cervignano del Friuli e 6.1 Sacile. Complessivamente hanno partecipato al progetto 90 assistenti familiari straniere, alcune delle quali disoccupate al momento dell'intervento formativo³⁷.

Conclusioni

L'analisi condotta sulle forme di sostegno alla qualificazione professionale delle assistenti familiari ha fatto emergere:

- il formarsi di una consapevolezza istituzionale del potenziale umano e professionale rivestito da questa figura, attestata fin dal 2004 con l'emanazione di una legge regionale ad hoc sulle "badanti" intesa a sostenerne la qualificazione attraverso proposte formative;

³⁷ Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla relazione delle attività realizzate dalla Cooperativa sociale Lybra stesa appositamente per la presente indagine e il rapporto di valutazione del progetto.

- l'attivazione, da parte di soggetti diversi, di numerosi percorsi formativi, spesso realizzati con sommarie analisi del fabbisogno territoriale, limitando o riducendo i raccordi interistituzionali, finendo purtroppo per proporre un eccesso di iniziative, talvolta in contemporanea e quindi non armonizzate tra loro;
- sperimentazione di diverse modalità formative, di durata diversificata, con finalità e approcci didattici diversificati (in aula, in situazione laboratoriale, a domicilio dell'assistito);
- la mancata istituzione di un registro o albo regionale delle assistenti familiari formate;
- l'emergere di altre necessità oltre quelle formative: l'informazione, l'accompagnamento, la supervisione, la promozione del mutuo aiuto, il sostegno e il supporto fornendo spazi, strutture, personale, occasioni per favorire anche momenti di incontro tra assistenti familiari³⁸; necessità peraltro già previste dalla LR 24/2004 (artt. 6, 7, 8), ma che hanno trovato limitata attuazione.

3.2.6 Teleassistenza e telesoccorso domiciliare

La Teleassistenza regionale è gratuita o semigratuita in base al reddito del richiedente (o del nucleo familiare richiedente). La domanda va presentata al Distretto Sanitario di appartenenza o al Servizio sociale del Comune di residenza. La gestione del servizio è a cura di <u>TESAN-TELEVITA SRL</u>, con sedi a Udine e a Trieste. Per ogni informazione sulla teleassistenza, sulle modalità di erogazione dei servizi e come ottenerla, è disponibile un numero verde gratuito: 800 84 60 79

TELEASSISTENZA

E' un servizio della Regione rivolto alle persone anziane o fragili che desiderano essere seguite e protette restando a casa propria. Basta solo un telefono per poter contare 24 ore su 24 su personale qualificato, pronto ad intervenire in qualunque situazione di bisogno o di emergenza. Il servizio è gratuito o semigratuito in base al reddito. Per rispondere al meglio ai diversi bisogni delle persone più a rischio, è prevista anche la sperimentazione di nuove tecnologie per l'assistenza domiciliare.

TELESOCCORSO

Grazie a piccolo apparecchio portatile, costituito da un pulsante e connesso al telefono di casa tramite apposito dispositivo (o ad un cellulare con tasto di soccorso*), ogni utente è collegato 24 ore su 24 alle centrali operative presenti in regione. Premendo il pulsante, in caso di necessità, l'assistito può parlare in viva voce con gli operatori delle centrali. La cartella personale informatizzata, contenente tutti i dati utili in caso di emergenza (ubicazione, condizioni di salute, persone di riferimento e in possesso di chiavi), consente agli operatori di attivare una risposta tempestiva e adeguata al bisogno.

³⁸ E' attualmente in corso una ricerca promossa dalla Cooperativa sociale ITACA e dallo IUSVE volta ad analizzare le esperienze maturate dalla stessa cooperativa sia sul versante formativo che in quello della supervisione e accompagnamento successivo.

* Il cellulare di soccorso viene fornito all'utente in via provvisoria in mancanza di rete telefonica fissa, sentiti gli operatori sociosanitari

TELECOMPAGNIA

Una o più volte la settimana ogni persona assistita riceve telefonate di compagnia che favoriscono la conoscenza tra utenti e operatori e la socializzazione. Si instaura così una comunicazione costante che facilita la prevenzione dei bisogni, offre attenzioni e sicurezza e migliora la qualità della vita della persona.

CUSTODIA CHIAVI

Nei capoluoghi e comuni limitrofi, prevalentemente per le persone prive di rete di riferimento, è attivo anche un servizio di custodia chiavi con pronto intervento 24 ore su 24 in caso di emergenza, grazie a personale autorizzato e qualificato.

AGENDA FARMACI

Consiste in un programmato contatto telefonico, ad orari stabiliti e più volte al giorno, utile a ricordare all'utente l'assunzione di medicinali prescritti dal medico. E' riservato a particolari utenti, su autorizzazione degli operatori sociosanitari.

CONSEGNA FARMACI

Nei capoluoghi, la Teleassistenza prevede anche un servizio di consegna dei farmaci a domicilio a titolo gratuito, in orario di farmacie chiuse e in presenza di ricetta "urgente" rilasciata dal medico in visita.

3.3 L'offerta del privato

L'offerta del privato è suddivisa in tre aree: quella delle assistenti familiari (badanti), quella delle cooperative sociali (anche se per la gran parte si tratta di gestione operativa dell'offerta pubblica del SAD o di altri servizi domiciliari), quella di altri attori emergenti su questo campo di intervento.

3.3.1. Le assistenti familiari

Un ruolo imprescindibile nell'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti è assunto anche in Friuli Venezia Giulia dalle assistenti familiari o badanti. Da oltre una decina d'anni il fenomeno delle assistenti familiari costituisce anche un particolare campo di studio che intreccia diverse dimensioni: assistenza, lavoro, pari opportunità, traiettorie migratorie.

L'assunzione di personale, originario prevalentemente di altri Paesi, per accudire a domicilio anziani (ma non solo) non autosufficienti è un fenomeno sorto e sviluppatosi come una soluzione esterna e per certi versi autonoma dalla programmazione pubblica. Ai fini del presente lavoro è interessante, infatti, capire se oggi le badanti costituiscono un effettivo nodo di una rete dei servizi domiciliari oppure rappresentano una modalità che non si connette con i restanti servizi.

Con questa indagine si è inteso approfondire il ruolo delle assistenti familiari nell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti. Per questo sono stati analizzati vari aspetti:

- la quantificazione della presenza delle assistenti familiari in regione (dati INPS, dati lavoro domestico fornito dalle Province, altri dati e stime);
- la modalità con cui arrivano a stipulare un contratto di lavoro domestico e con chi;
- la qualificazione professionale attraverso percorsi formativi;
- l'interconnessione con gli interventi familiari e con gli altri servizi pubblici forniti a domicilio (SAD; SID, SRD);
- il fabbisogno di supporto e accompagnamento.

La quantificazione delle assistenti familiari

E' un fenomeno piuttosto difficile da analizzare, in quanto sfuggente, variegato e, fanno notare gli studiosi dell'IRS nelle loro ultime pubblicazioni, in continua trasformazione (Pasquinelli, Rusmini, 2013). Le stime valutano la presenza nel nostro paese di un esercito di oltre 800.000 badanti che assistono circa un milione di anziani, per una spesa a carico delle famiglie di 9,8 miliardi di euro annui. Il lavoro di cura a domicilio può suddividersi a seconda sia effettuato con regolare contratto di lavoro oppure in sua assenza (lavoro irregolare, nero), anche se è notevole la presenza di uno spazio interstiziale (lavoro grigio), dove la regolarità contrattuale copre solo una parte delle prestazioni. La stragrande maggioranza sono donne di origine straniera (90% del totale), ma con la crisi economica

degli ultimi anni, l'incidenza della componente italiana è cresciuta. Non solo, sembra che l'età media delle badanti straniere si sia abbassata.

La presenza di assistenti familiari in Friuli Venezia Giulia, secondo alcune stime, è quantificata tra le 10 e le 12 mila unità (DGR n°238-2014[01]). Questo dato ricalca valutazioni precedenti alla crisi economica e comunicate nel rapporto 2007 sul lavoro femminile regionale: "recenti valutazioni portano a stimare una presenza sul territorio regionale di circa 10.000/12.000 badanti straniere" (Venerus, Simeoni, 2008: 511). Le poche ricerche empiriche condotte nel territorio regionale (elabora, 2009) tendono a sottolineare che la presenza di lavoro irregolare ha un'incidenza meno elevata che in altre parti d'Italia anche per un presidio pubblico con sportelli dedicati e contributi economici finalizzati, direttamente (come quelli erogati dagli sportelli Si.Con.Te.) o indirettamente (come il FAP) all'emersione.

Tab.n°14: andamento assunzioni per lavoro domestico (anni 2008-2012)³⁹

Ambito distrettuale	2008	2009	2010	2011	2012
1.1 Duino Aurisina	18	37	18	20	31
1.2 Trieste	937	1497	1047	938	952
1.3 Muggia - San Dorligo	25	46	30	34	37
2.1 Alto Isontino	136	347	233	245	251
2.2 Basso Isontino	286	487	373	358	411
3.1 Gemonese	106	181	143	157	177
3.2 Carnia	107	166	134	149	161
4.1 San Daniele del Friuli	161	254	183	203	240
4.2 Tarcento	177	188	195	213	216
4.3 Cividale	185	330	250	253	277
4.4 Codroipo	205	319	238	267	252
4.5 Udine	1392	1784	1364	1436	1407
5.1 Cervignano del F.	206	343	236	235	246
5.2 Latisana	261	449	282	315	346
6.1 Sacile	409	545	402	383	403
6.2 San Vito al T.	256	334	262	224	269
6.3 Azzano Decimo	290	493	357	271	306
6.4 Maniago	272	432	369	291	336
6.5 Pordenone	891	1027	875	775	812
TOTALE FVG	6.320	9.259	6.991	6.767	7.130

Fonte: Elaborazione Osservatori Politiche Sociali Provincia di UD, PN, GO, TS su dati Ergon@t (est

-

³⁹ Si fa notare che il numero non corrisponde a persone, ma ad eventi; in quanto una persona nel corso dell'anno potrebbe essere stata avviata al lavoro più di una volta.

L'interconnessione con i restanti servizi

In uno dei primi articoli apparsi sul fenomeno delle assistenti familiari esse venivano definite: "la tessera mancante dei servizi domiciliari" (Toniolo Piva, 2002). La donna straniera, in particolare, offriva e continua ancora oggi ad offrire alla famiglia una risposta assistenziale inevasa dagli altri attori: condividere con l'assistito tutte le ore del giorno, occupandosi dei suoi bisogni direttamente o attivando altre risposte più specializzate. Capire quanto questa risposta di tipo privatistico sia integrata ai restanti servizi assistenziali e infermieristici domiciliari è uno degli scopi conoscitivi della presente indagine.

La domanda se le badanti sono un nodo connesso o sconnesso alla rete dei servizi socio-assistenziali regionali è il titolo della tesi di laurea di Silvia Scarso che ha provato, impiegando fonti documentali ed empiriche relative al contesto udinese, a fornire una risposta. Ebbene le conclusioni del lavoro di tesi giungono ad affermare, perlomeno per quanto riguarda il contesto specifico analizzato che "le assistenti familiari, ad oggi, non sono integrate nella rete dei servizi socio-assistenziali in quanto sono deficitarie di alcuni strumenti necessari per poter a pieno titolo essere riconosciute dagli attori della rete" (Scarso, 2012/13: 122). Questi risultati, d'altra parte, confermano anche altri lavori di ricerca empirica realizzati nel pordenonese dove è emersa "la difficoltà di fare rete tra tutti i diversi soggetti coinvolti" (e-labora, 2009: 81). E richiamano precedenti studi, realizzati a livello nazionale, come quello di Tognetti Bordogna che rileva "che la badante è una professione che non si associa alla messa in rete e all'uso di altre risorse per la cura dell'anziano, e non si avvale dei servizi sanitari per integrare la sua funzione [...]" (Tognetti Bordogna, 2009).

Il fabbisogno di accompagnamento e supervisione

Fin dai primi studi sul fenomeno, quattro erano le direzioni di intervento identificate come necessarie per garantire servizi di qualità (Toniolo Piva, 2002):

- a) agenzie per l'incontro domanda-offerta;
- b) la formazione
- c) l'accompagnamento e la supervisione
- d) incentivi economici.

Se le direzioni delle lettere a), b) e d) si può affermare siano state realizzate con una certa intensità in Friuli Venezia Giulia, non così sembra per le attività di accompagnamento e supervisione, che appaiono piuttosto rare, intermittenti e frammentarie.

3.3.2. Le cooperative sociali

Le cooperative sociali di tipo A (finalizzate alla gestione di servizi sociosanitari ed educativi) sono sicuramente il principale partner storico dei soggetti pubblici (Servizi sociali dei Comuni, Aziende per i Servizi Sanitari in primis) nell'erogazione di interventi domiciliari agli anziani non autosufficienti. Come si è potuto vedere nel capitolo precedente (e soprattutto nel paragrafo 3.2.1), la quasi totalità dei SAD sono svolti affidando, in toto o in parte, la loro gestione operativa a cooperative sociali. Sempre più però le cooperative sociali operano anche offrendo servizi domiciliari direttamente a clienti, sulla base di rapporti di compravendita di servizi di tipo privato.

Durante il percorso di ricerca, in collaborazione con ACI⁴⁰, si è proceduto alla somministrazione di un breve questionario online (i cui esiti completi sono raccolti nel documento allegato 9.3) per esplorare quali fossero le cooperative sociali attive, nei diversi ambiti distrettuali, nella gestione dei servizi di assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti.

Senza alcuna pretesa di esaustività e completezza, come emerge dalla tabella successivamente riportata⁴¹, si evince che ogni ambito distrettuale è presidiato da una fino a quattro cooperative sociali che talvolta operano in sinergia attraverso Associazioni Temporanee d'Impresa o di Scopo (per la gestione di appalti pubblici), talaltra si muovono in regime di accreditamento, in altre ancora in aperta concorrenza erogando servizi direttamente alle famiglie degli anziani.

Le 12 cooperative sociali che hanno collaborato all'indagine dichiarano di impiegare, nei servizi domiciliari, quasi 500 addetti (oltre il 90% dei quali è di sesso femminile).

⁴⁰ Alleanza delle Cooperative Italiane, sigla che raccoglie le tre principali centrali cooperative presenti in Italia: Confcooperative, Lega delle Cooperative e Unione Generale delle Cooperative Italiane.

⁴¹ La tabella riporta gli esiti dell'indagine via web alle cooperative sociali integrati con le informazioni raccolte presso i SSC degli ambiti distrettuali. E' plausibile stimare che in Friuli Venezia Giulia operino nel settore della domiciliarità agli anziani non autosufficienti circa una ventina di cooperative sociali.

 $Tab.n^{\circ}15$ – Cooperative sociali attive nei servizi domiciliari agli anziani non autosufficienti suddivise per ambito distrettuale 42

Ambito distrettuale	N°	Cooperativa sociale
1.1. Duino-Aurisina	2	TPS, LYBRA
1.2. Trieste	4	LA QUERCIA, BELIVE365, TPS, LYBRA
1.3. Muggia	3	LA QUERCIA, TPS, LYBRA
2.1. Alto Isontino (Gorizia)	3	CODESS, LETIZIA, ITACA
2.2. Basso Isontino (Monfalcone)	4	CODESS, LETIZIA, ITACA, TPS
3.1. Gemonese	2	CODESS, ITACA
3.2. Carnia (Tolmezzo)	2	CODESS, ITACA
4.1. San Daniele del Friuli	1	UNIVERSIIS
4.2. Tarcento	1	n. d.
4.3. Cividale del Friuli	1	CODESS
4.4. Codroipo	1	CODESS
4.5. Udine	3	SOLIMAI, ASSIXTO, COOPERATIVA SERVIZI
5.1. Cervignano del Friuli	2	CODESS, ASSIXTO
5.2. Latisana	2	CODESS, ITACA
6.1. Sacile	3	ITACA, ACLI, FAI
6.2. San Vito al Tagliamento	2	ITACA, ACLI
6.3. Azzano Decimo	1	ACLI
6.4. Maniago	2	ACLI, FAI
6.5. Pordenone	4	ITACA, ACLI, FAI, UNIVERSIIS

3.3.3. Nuovi datori di lavoro domestico di tipo assistenziale

Durante l'attività di rilevazione empirica ci si è più volti imbattuti in alcune organizzazioni private, ancora poco note o addirittura del tutto sconosciute ai Servizi sociali dei Comuni, che stanno fornendo interventi di assistenza familiare agli anziani. Si è quindi deciso di affrontare una prima e sommaria esplorazione di questo comparto attraverso una rilevazione sul web.

Gli esiti puntuali della rilevazione sono riportati nel documento allegato 9.4. Qui di seguito proponiamo una breve analisi di questi soggetti emergenti.

_

⁴² La tabella è stata aggiornata rispetto ai risultati ottenuti nel sondaggio effettuato con le cooperative sociali e riportato nell'allegato 3).

Analisi

L'individuazione dei siti web analizzati è avvenuta immettendo nel motore di ricerca di Google le parole chiave "assistente familiare", "assistenti familiari" "badanti", "anziani non autosufficienti", "assistenza domiciliare", "assistenza a domicilio", insieme alla specifica "FVG" per ottenere una risposta più circoscritta nello spazio. La navigazione è stata realizzata in gran parte nei primi mesi del 2014, salvo alcuni casi in cui si è proceduto a visitare successivamente il sito al fine di approfondire alcune informazioni emerse dalle altre attività di ricerca empirica. L'attenzione si è quindi concentrata sui 20 soggetti riportati in tabella e approfonditi in appendice, siti che sono apparsi come i più coerenti con il tema della ricerca e, ovviamente, con il territorio regionale.

La fotografia che emerge dalla nostra esplorazione del web è piuttosto variegata, sotto diversi punti di vista.

Innanzitutto è opportuno segnalare che i siti visitati danno una panoramica relativamente ai servizi erogati e ai soggetti che li offrono con diversi gradi di trasparenza. Mentre in alcuni casi le informazioni sono puntuali, particolareggiate, corredate da riferimenti normativi, e vi è una specifica sezione contatti, dove reperire dettagli relativamente alle sedi o ai numeri telefonici ai quali fare riferimento per avere chiarimenti; in altri vi è una certa tendenza a "parlare per slogan", senza specificare troppo le informazioni riportate e talvolta dando come contatto unicamente un numero di cellulare.

Tab.n°16: Sintesi esplorazione siti web⁴³

	Cooperative (sociali e non sociali)
1	Assistenza anziani e badanti. Assistenza notturna e diurna 24h
2	Adele badante. Assistenza domiciliare 24 ore su 24
3	Servizi alla persona. Assixto
4	Consorzio Fochus – Ricerca, Sviluppo, Formazione
5	Cooperativa A.M.I.C.O. Trieste
	Agenzie per il lavoro
1	Gallas Group. Agenzia badanti-colf; ricerca e selezione del personale; agenzia del lavoro
2	UMANA – Agenzia per il lavoro
3	Obiettivo Lavoro. Il lavoro sicuro e giusto
	Sindacati/CAAF
1	UNSICOLF. Associazione datoriale - Unione Nazionale sindacale imprenditori e coltivatori
2	Caaf nordest - servizio colf e badanti.
3	DonnEuropee – FederCasalinghe
	INAIL
	INAIL - <u>www.ispesl.it</u>

⁴³ Per un approfondimento, si vedano le schede riportate in allegato

	Soggetti for profit
1	SOS badanti agenzia polivalente
2	PRIVATASSISTENZA –Italiassistenza S.p.a.
3	Progetto assistenza franchising. Centro Udine assistenza
4	Caido S.r.l.
5	http://www.assistentifamiliari.org/(S.p.a.)
6	http://www.ufficiobadanti.it – parte di Finenergy Group Limitend - FINENERGY GROUP
	LIMITED è una società con sede legale in Suite B 29 Harley Street London England
	Portale/siti web informativi/di documentazione
1	Centro Maderna - Documentazione formazione e ricerche sulla condizione anziana
2	terza età.com

Come si è detto in introduzione, il settore dell'assistenza domiciliare sembra rappresentare un mercato che interessa diverse tipologie di attori. Alcuni di essi vi sono approdati in una maniera che potremo definire "naturale"; in quanto già fornitori di servizi affini, hanno semplicemente allargato la loro gamma di offerta: è il caso di alcune cooperative sociali, dei sindacati/Centri di assistenza fiscale, delle agenzie per il lavoro. Altri invece si sono dedicati ex novo e di proposito, e a scopo di lucro, a questa fetta di mercato. Recita a tal proposito uno dei siti analizzati:

«La rapida "deospedalizzazione", l'assistenza agli anziani, i servizi socio-assistenziali, l'assistenza domiciliare integrata, i servizi alla terza età, costituiscono sicuramente un settore in forte crescita e sviluppo, bisognoso di soluzioni pratiche, personalizzate ed innovative. L'aumento della vita media, i problemi che attanagliano la Sanità Pubblica, il continuo proliferare di diverse ed inverosimili "agenzie tuttofare", creano i presupposti e la necessità di distinguersi, di creare un'immagine comune trasparente da consolidare nel tempo. [...] Il mercato dell'assistenza alla persona in Italia ha ottime prospettive di crescita e viene affrontato dalle rete PrivatAssistenza a 360 gradi. L'assistenza domiciliare: una necessità reale»

La nostra ricerca conferma questa tendenza, infatti tra i soggetti rilevati annoveriamo cooperative, associazioni, agenzie per il lavoro, operatori che lavorano con contratti di franchising, sindacati.

Concentrando l'attenzione sui 6 enti for profit emersi, si nota che sono generalmente presenti nei quattro capoluoghi di provincia, ma in apparenza l'area udinese è la più presidiata. In alcuni casi lo stesso soggetto ha sedi anche fuori regione, per esempio in Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna.

I servizi su cui sembrano puntare sono l'intermediazione tra domanda e offerta di assistenza a domicilio (tramite selezione del personale, ma anche semplicemente mettendo a disposizione uno spazio sul sito internet per pubblicare il proprio annuncio di ricerca) e la gestione delle pratiche burocratiche ad essa inerenti.

Le qualità del servizio di assistenza su cui si fonda l'offerta sono la disponibilità 24 ore su 24 e la flessibilità del personale messo a disposizione che può ricoprire incarichi di diversa durata, dalla sostituzione per ferie, all'assistenza in ospedale, all'assistenza a casa. La rapidità di risposta alla richiesta di attivazione del servizio è un ulteriore elemento che viene richiamato.

Anche le figure professionali proposte hanno profili diversi: dall'infermiere al fisioterapista, alla badante, alla colf.

In diversi casi, affermano di vantare un'esperienza pluriennale nel settore.

In alcuni casi i siti riportano convegni a cui il soggetto ha partecipato oppure riviste, brochure attraverso le quali la sua attività è stata pubblicizzata.

Si segnala infine che a volte vengono offerti anche corsi di formazione, sia fisicamente in aula che a distanza (modalità FAD o online).

Considerazioni

Da questa prima e parziale esplorazione emergono alcuni elementi :

- è plausibile ritenere che il settore dell'assistenza privata a domicilio stia attraversando una forte evoluzione, aprendo spazi ad agenzie di "badantato" che paiono in crescita, perlomeno nel contesto regionale esaminato;
- lo sviluppo dei servizi di questi soggetti privati, sostenuto da capillari campagne comunicative sia online (siti web, banner, messaggistica) che offline (brochure, depliant informativi⁴⁴, annunci pubblicati su giornali e riviste locali e nazionali), sembrerebbe connesso anche ad una intempestiva o ridotta capacità di risposta da parte del servizio pubblico;
- le agenzie che offrono servizi di badantato hanno nature giuridiche diverse: alcune sono cooperative sociali, altre agenzie autorizzate per la somministrazione di lavoro, altre ancora hanno una natura giuridica di soggetto profit (S.p.a.; S.r.l.); sono quindi compresenti interventi guidati da finalità e motivazioni assai differenti;
- alcune di queste agenzie comunicano in modo trasparente tutte le informazioni necessarie, si
 mettono in relazione con i soggetti pubblici o privati attivi in tema di assistenza domiciliare;
 altre sembrano non fornire molte indicazioni su chi sono e cosa fanno; l'opacità presente in
 alcuni di questi soggetti potrebbe confondersi anche con pratiche operative non
 perfettamente regolari e rispettose delle normative vigenti in tema di contratti di lavoro;
- la gran parte delle agenzie offrono prestazioni che rispondono ad esigenze con le quali il servizio pubblico fatica ad interfacciarsi. In particolare si distinguono per l'immediatezza della risposta, la disponibilità 24h/24 e la possibilità di avvalersi di pacchetti orari di diversa entità. Inoltre, questi soggetti tendono a fornire un servizio "chiavi in mano" (global service) che libera la famiglia da ogni preoccupazione (selezione della persona, gestione del contratto, sostituzione ferie, etc.), contrariamente alla parzialità della gran parte dei servizi pubblici.

-

⁴⁴ Molti di questi materiali sono distribuiti e si trovano quindi copiosi anche nelle sedi dei SSC, degli ospedali, delle ASS, ecc..

3.4. Altre dimensioni della domiciliarità

Il lavoro di raccolta dati sui temi della domiciliarità, effettuato con una disaggregazione territoriale a livello di ambito distrettuale, ha prodotto una scheda per ciascuno dei 19 SSC che riportiamo in un documento separato. Purtroppo non tutte le richieste informative sono state esaudite, mentre non sempre le informazioni che si è riusciti a recuperare sono tra loro omogenee. Il confronto puntuale su tutto quello che succede nei servizi domiciliari degli ambiti distrettuali risulta così piuttosto difficile per realtà assai differenti tra loro.

Qui di seguito proponiamo una lettura trasversale focalizzata su alcuni aspetti non ancora trattati nei capitoli precedenti:

- presenza e grado di attuazione di piani, programmi o progetti specifici sul tema della domiciliarità (in particolare per quanto riguarda la fascia degli anziani);
- presenza di servizi ad alta integrazione sociosanitaria (PUA specifico, infermieri di comunità, protocolli specifici);
- presenza di centri diurni per anziani non autosufficienti;
- diffusione di servizi complementari alla domiciliarità, quali trasporto sociale, interventi di prossimità, ecc.
- produzione di documentazione sia di carattere informativo-promozionale (guide, brochure), sia di carattere analitico e riflessivo (articoli su riviste specializzate, relazioni, ecc..).

Al termine cercheremo di sintetizzare gli elementi chiave che caratterizzano i diversi ambiti distrettuali, soffermandoci anche sulla numerosità e composizione dei soggetti presenti, fattori centrali per qualsiasi governance territoriale.

3.4.1 La domiciliarità nei Piani di Zona

Il secondo ciclo regionale dei Piani di Zona 2013-2015 ha rappresentato un importante momento di ridefinizione degli obiettivi di intervento del SSC, spesso realizzato a livello di area vasta, in stretta sinergia con le Aziende per i Servizi Sanitari.

La nostra analisi ha considerato:

- la presenza di piani specificamente rivolti alla domiciliarità, quale sensore della necessità di disporre di una visione complessiva e sistemica di questa area d'intervento nel territorio;
- la presenza di progetti o interventi puntuali che permettano l'avvio o il miglioramento di alcune fattispecie prestazionali, quale sensore di un'attenzione mirata a questa particolare domanda di servizi.

Per quanto riguarda il primo punto, la lettura dei PDZ ha rilevato che cinque SSC hanno presentato un Piano specificamente dedicato al tema, tre dei quali in modo unitario facendo parte dell'area vasta triestina:

- 1) 1.1 Duino-Aurisina (Piano Integrato di Domiciliarità Avanzata)
- 2) 1.2 Trieste (Piano Integrato di Domiciliarità Avanzata)
- 3) 1.3 Muggia-San Dorligo (Piano Integrato di Domiciliarità Avanzata)
- 4) 3.1 Gemonese (Piano Integrato a Sostegno della Domiciliarità)
- 5) 6.1 Sacile (Piano della Domiciliarità d'Ambito)

Si tratta, in tutti i casi esaminati, di piani integrati che prevedono l'intervento di più attori, pubblici e privati e l'insieme di più tipologie di interventi, rivolti a più categorie di utenti, quindi non solo anziani. Esemplificativo risulta il piano dell'area vasta triestina che prevede:

- interventi di formazione e di sostegno (informativo, tecnico assistenziale, psicologico) alle famiglie e ai care givers (comprese le assistenti familiari) che assistono in casa la persona non autosufficiente;
- modalità di erogazione degli interventi e dei servizi a favore della domiciliarità;
- impiego di tecnologie di assistenza (servizi di e-care: telesoccorso e teleassistenza);
- partecipazione di organismi privati a supporto della domiciliarità;
- azioni di promozione di interventi sperimentali che perseguono l'obiettivo di introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi in un'ottica di "domiciliarità avanzata";
- interventi di prevenzione degli incidenti domestici Pronto Intervento Domiciliare: ridefinizione target.

Alla primavera del 2014, lo stato di avanzamento di questi piani risultava essere piuttosto disomogeneo: avviato quello dell'area vasta triestina (dove è stata prevista anche una raccolta dati per la definizione del profilo delle persone da assistere a domicilio) e quello di Gemona, in una fase ancora di definizione e formalizzazione quello di Sacile.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, la lettura dei PDZ ha rilevato perlomeno 7 ambiti distrettuali⁴⁵ dove si sono attivati progetti specifici che riguardano l'assistenza a domicilio degli anziani, anche se non sempre specifici per non autosufficienti.

Nei PdZ viene spesso citato anche il progetto SMART-CARE46, avviato nel marzo del 2013, per sperimentare in tutta la regione, sotto il coordinamento dell'ASS n°1 Triestina, "le nuove frontiere della teleassistenza, telecontrollo e telemonitoraggio per assistere a casa propria i cittadini anziani fragili" (Cfr. http://pilotsmartcare.eu/home/).

In altri ambiti distrettuali si è preferito invece concentrare le risorse su alcuni interventi progettuali di tipo conoscitivo-esplorativo. E' il caso di Cividale e Codroipo dove si intende realizzare un'indagine conoscitiva dettagliata riguardo al bisogno di un centro diurno per persone non autosufficienti. Similmente nella Bassa friulana, a Cervignano del Friuli e Latisana, si è previsto di realizzare una mappa delle fragilità, anche se questa ha una valenza più ampia di quella per le sole persone anziane non autosufficienti.

_

⁴⁵ Si tratta per 6 casi su 7 di ambiti diversi da quelli precedenti; infatti solo Trieste ha anche predisposto un piano integrato specifico.

⁴⁶ Progetto finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma ICT/PSP.

Nei restanti 5 PdZ il tema dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti assume una trattazione diversa, più ordinaria, che non contempla specifiche progettualità o interventi di tipo conoscitivo.

3.4.2 Servizi ad alta integrazione sociosanitaria

L'intera gamma di offerta di servizi per anziani non autosufficienti, anche quelli domiciliari, rappresenta indubbiamente un'area ad alta integrazione sociosanitaria. Benché non sempre specifici per la non autosufficienza, nella rilevazione effettuata abbiamo censito la presenza di:

- PUA (Punto Unico di Accesso) dedicati agli anziani
- Infermieri di comunità
- Protocolli anziani

Per quanto riguarda il <u>PUA dedicato agli anziani</u> si rileva la presenza nei seguenti territori: Duino-Aurisina, Trieste, Tarcento.

<u>L'infermiere di comunità</u> è un servizio garantito da un infermiere professionale che mantiene uno stretto contatto con la comunità in cui opera (uno o più Comuni) ed assicura l'assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare in collaborazione con il medico di medicina generale, l'assistente sociale, gli assistenti domiciliari, il fisioterapista, il medico specialista, il volontariato e altri operatori sanitari e sociali presenti sul territorio. Attualmente è presente in 12 ambiti distrettuali⁴⁷, mentre risulta in fase di studio per l'avvio nei 3 ambiti distrettuali in provincia di Trieste. Esclusa da questo tipo di intervento è solo l'area vasta pordenonese.

Tre SSC (quelli della provincia di Trieste) risultano aver sottoscritto specifici <u>protocolli per l'area anziani</u>. Questi protocolli regolano tutte le attività di integrazione tra i vari soggetti attivi nell'area anziani, che si configurano quindi come una effettiva rete di servizi, e si sono rivelati un primo passo verso il piano domiciliarità.

Altri protocolli inerenti quest'area sono quelli sottoscritti da SSC e Sportelli SI.CON.TE. (p.e. nell'ambito distrettuale di Codroipo).

-

⁴⁷ Anche se non sempre è attivo in tutti i comuni dell'ambito distrettuale o distretto sanitario. Es. a Tarcento risulta attivo nei comuni di: Tricesimo, Taipana e Reana del Rojale (fonte: sito internet dell'ASS n°4).



Figura n°14: Diffusione degli infermieri di comunità

3.4.3 Centri diurni

Un elenco dei centri diurni per anziani non autosufficienti, aggiornato a maggio 2011, è disponibile nell'Atlante dei Servizi Sanitari e Sociosanitari in FVG (Regione Autonoma FVG, Federsanità ANCI FVG, 2011). A quella data, complessivamente in regione si contavano 51 centri, gestiti prevalentemente da enti pubblici, presenti senza eccezione in tutti gli ambiti distrettuali. Nell'ambito distrettuale di Carnia si raggiungeva la massima concentrazione con ben 7 centri diurni (vedi allegato)⁴⁸.

Questi centri diurni sono di diverso tipo. In alcuni casi si tratta di centri (definiti anche centri sociali/di aggregazione) per autosufficienti che ospitano anche qualche persona non autosufficiente. In altri si tratta di strutture residenziali (gestite da ASP, o da Comuni) che offrono anche moduli di tipo semi-residenziale. In altri casi ancora si tratta di centri diurni assistiti per malati di alzheimer e di altre patologie dementigene.

⁴⁸ Benché nessuno di questi risulti convenzionato, quindi con rette a carico degli utenti.

3.4.4 Servizi complementari alla domiciliarità

Sono numerosi e difficilmente catalogabili i servizi che si possono intendere come complementari a interventi di assistenza domiciliare. Questi infatti sembrano funzionare meglio dove si attivano azioni di prossimità o vicinato (supporto relazionale, accompagnamento nelle attività quotidiane, ecc..), trasporti sociali o, ancora, progettualità di nuove forme abitative (gruppi appartamento, abitare sociale, ecc..) che includano tra i destinatari anche gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Per quanto riguarda il trasporto esistono varie modalità: in alcuni casi ci si affida ad associazioni di volontariato; in altri vi è un affidamento di servizi a cooperative sociali; in altri ancora il servizio è incluso nelle diverse prestazioni collegate al capitolato del SAD.

3.4.5 Produzione di documentazione

Al fine di rilevare l'attenzione verso l'area d'intervento qui oggetto d'analisi è sembrato opportuno investigare anche quanta produzione di materiale informativo viene effettuata nei territori.

Ebbene, per quanto riguarda la produzione di materiali a carattere informativo rivolte al cittadino, quali guide, depliant e brochure, su questa specifica area tematica, si rileva la Guida "Come rimanere a casa propria da anziani" pubblicata nel 2013 in forma congiunta dai tre ambiti distrettuali della provincia di Trieste.

Accanto ai materiali pubblicati dai SSC, sul tema dell'assistenza familiare si riscontra ovviamente quello pubblicato dagli sportelli SI.CON.TE. e quello dalle Amministrazioni provinciali (es. Provincia di Udine con la guida multilingue "Capirsi per aiutarsi", realizzata nell'ambito delle azioni previste dal Piano Provinciale per l'immigrazione 2009).

Alcuni SSC (come quello di Duino-Aurisina) hanno sviluppato anche l'informazione digitale caricando sui siti internet istituzionali una estesa informazione sui servizi per gli anziani. In un caso (ambito distrettuale di Pordenone) si è rilevato anche l'uso del canale web di Youtube.

Riflessioni e analisi di esperienze sul tema dell'assistenza domiciliare agli anziani sono state invece prodotte da operatori dell'ambito distrettuale di Gemona e pubblicate su riviste nazionali (D'Agaro, De Narda, 2013).

3.4.6 Sintesi degli elementi raccolti

Concludendo questa analisi trasversale è interessante notare come gli attori organizzativi che erogano servizi a domicilio per anziani non autosufficienti variano, sia dal punto di vista quantitativo che per loro natura e composizione, da territorio a territorio. Essi non sembrano determinati solo dalla presenza della popolazione anziana residente. La loro densità e il loro livello di operatività si spiegano quindi anche con altre ragioni: scelte strategico-politiche degli enti locali, valutazioni tecnico-professionali, capitale sociale disponibile ed effettiva sussidiarietà orizzontale implementata, ecc... In alcune aree vaste, definite dai confini dell'ASS, si ritrovano modelli di intervento simili.

Benché risulti estremamente difficile costruire un indice sintetico e numerico che compari i 19 ambiti distrettuali, la ricerca ha provato ad aggregare le diverse informazioni disponibili per esprimere una valutazione qualitativa sulla numerosità e tipologia dei soggetti attivi nei servizi domiciliari.

Tab.n°17: Elementi di valutazione qualitativa sui servizi domiciliari agli anziani

Ambito distrettuale	Elementi valutativi
1.1. Duino-Aurisina	Presidio dell'area di intervento (piano, progettualità e protocolli specifici); disponibilità di diversi soggetti a fronte di un basso impiego del SAD
1.2. Trieste	Numerosi soggetti attivi (cooperative sociali in primis) e/o interessati nei servizi domiciliari a fronte di un bassissimo impiego del SAD; forte presenza di ASP
1.3. Muggia	Diversi soggetti attivi nei servizi domiciliari a fronte di un medio-basso impiego del SAD
2.1. Alto Isontino (Gorizia)	Modello di intervento integrato con diversi soggetti privati accreditati
2.2. Basso Isontino (Monfalcone)	Modello di intervento integrato con diversi soggetti privati accreditati
3.1. Gemonese	Servizi domiciliari estesi con intervento di numerosi soggetti privati (particolare attenzione alle assistenti familiari)
3.2. Carnia (Tolmezzo)	Servizi domiciliari estesi con numerosi soggetti privati
4.3. Cividale del Friuli	Servizi domiciliari prevalentemente pubblici (con affidamenti a soggetti privati, per SAD e per trasporto sociale)
4.4. Codroipo	Servizi domiciliari prevalentemente pubblici (SAD dedicato, con affidamenti a soggetti privati, quali Social Team e altri per trasporto sociale)
4.5. Udine	Territorio con forte presenza di soggetti privati (cooperative sociali e non sociali) ⁴⁹ non sempre in rapporti con il SSC

⁴⁹ Purtroppo le informazioni raccolte si sono rivelate piuttosto incomplete.

-

5.1. Cervignano del Friuli	Territorio con forte presenza del SAD e degli infermieri di comunità (meno presenza di attori privati)
5.2. Latisana	Presenza di diversi attori pubblici (incluse ASP) e attori del privato sociale
6.1. Sacile	Presenza di diversi attori (anche privati); previsto un piano integrato sulla domiciliarità
6.2. San Vito al Tagliamento	Presenza di diversi attori (anche privati)
6.3. Azzano Decimo	Presenza di diversi attori (anche privati), particolare attenzione per il trasporto sociale
6.4. Maniago	Presenza di diversi attori (anche privati), sperimentazione di nuove progettualità per l'area montana
6.5. Pordenone	Servizi domiciliari svolti anche in sinergia con le reti del privato sociale; sperimentazione dell'accreditamento per il SAD

Tali elementi - presenza di un numero elevato di attori e loro varietà - se da un lato esprime maggiori potenzialità per rispondere ai bisogni della comunità, dall'altro implica anche la necessità di disporre di più ingenti capacità di governance degli attori stessi.

4. ALLA RICERCA DI UNA GOVERNANCE LOCALE

4.1 Introduzione

All'aumento e alla diversificazione degli agenti coinvolti nell'erogazione di interventi e servizi di interesse pubblico, sempre più frazionati e specializzati, sorge inevitabilmente la necessità di una funzione di raccordo, nonché di controllo, di tutti questi attori, affinché al cittadino sia garantita un'adeguata ed equa risposta al bisogno. Gli erogatori dovrebbero quindi agire non in modo autonomo, ma dentro network di interesse pubblico (Longo, 2005). Il fenomeno riguarda, come è stato già più volte sottolineato, anche il sistema dell'assistenza domiciliare.

Uno degli interessi conoscitivi che ha guidato la presente ricerca è stato proprio quello di cercare di capire se a livello territoriale, di ambito distrettuale, esiste o è in via di costruzione una governance dei servizi e degli interventi domiciliari e nello specifico di quelli rivolti agli ANA. E' chiaro, a nostro avviso, che tale governance locale non può essere esercitata che dal SSC di ambito distrettuale, benché possa includere anche livelli amministrativi sovraordinati (ASS, Regione).

Le fonti che abbiamo impiegato per rispondere a questo interesse conoscitivo sono di due tipi: innanzitutto abbiamo rilevato la presenza di forme di raccordo inter-istituzionale nei diversi ambiti distrettuali (paragrafo 4.2), in secondo luogo, abbiamo approfondito il tema ascoltando gli attori centrali di tre territori, accuratamente scelti (paragrafo 4.3).

4.2 Forme di raccordo inter-istituzionale

Le forme di raccordo inter-istituzionale considerate sono state:

- tra SSC e ASS o AO, per l'attuazione di una domiciliarità in grado di integrare interventi sociali e sanitari territoriali, nonché ospedale e territorio;
- tra SSC e altri soggetti pubblici, quali ASP, Comuni (gestori di CdR e/o promotori di altre iniziative), sportelli SI.CON.TE.;
- tra SSC e soggetti del privato sociale e del settore for-profit.

Per quanto riguarda la prima forma di raccordo, sicuramente l'esperienza più consolidata e presente in tutti gli ambiti distrettuali, si è potuto rilevare che nonostante cogenza normativa, formalizzazione attraverso protocolli, le effettive pratiche collaborative sono piuttosto diversificate tra gli ambiti distrettuali, passando da situazioni di vera integrazione sociosanitaria ad altre dove appare più dichiarata che implementata. Il caso più eclatante è sicuramente l'ADI (assistenza domiciliare integrata).

La diffusione del secondo tipo di raccordo dipende dalla presenza degli altri attori pubblici sul territorio e dalla scelta di intervenire anche nell'area della domiciliarità di soggetti che si occupano

prevalentemente di altri tipi di servizi. Fanno eccezione gli sportelli SI.CON.TE., diffusi capillarmente con almeno una sede in 18 ambiti distrettuali su 19, con i quali però non tutti i SSC mantengono le stesse forme di raccordo istituzionale (sottoscrizione di protocolli) e operativo (scambi tra operatori, partecipazione a progettualità comuni).

Ampiamente diversificata risulta anche la terza forma di raccordo, quella tra i SSC e i soggetti del privato sociale, anche in questo caso dipendendo dalla loro diffusione sul territorio. La novità di questi ultimi anni è però il fatto che stanno facendo capolino in quest'area anche soggetti privati con natura giuridica for profit, come le agenzie per il lavoro, che hanno intravisto una possibile nicchia di mercato proprio nell'assistenza domiciliare agli ANA e che cercano una collaborazione formale con il SSC e gli altri attori.

4.3 Esiti dei tre focus group

Il paragrafo si propone si approfondire l'analisi dell'assistenza domiciliare agli ANA in tre ambiti distrettuali: Sacile (PN), Gemona del Friuli (UD), Trieste. I tre casi sono stati scelti in quanto rappresentativi di tre differenti contesti presenti nella regione: quello della grande città (Trieste), quello dell'area montana (Gemona del Friuli) ed infine quello di un ambito distrettuale formato da centri abitati medi e piccoli, situati in un territorio morfologicamente misto, pianeggiante ma anche con aree pedemontane e montane.

In ognuno dei tre territori è stato organizzato un *focus group* che ha coinvolto i soggetti istituzionali e quelli non istituzionali che operano, a vario titolo, con la fascia di ANA assistiti a domicilio.

A partire dalla presentazione di alcune informazioni sul contesto territoriale, la discussione tra i partecipanti si è sviluppata su due quesiti principali:

- che valutazione è possibile dare dell'attuale sistema dei servizi e degli interventi domiciliari rivolti agli ANA?
- in quale direzione possono evolvere i servizi/interventi rivolti agli ANA?

Di seguito si riportano, per ogni singolo focus group, gli esiti della discussione, mentre a conclusione si cercherà di dare una lettura comparativa.

Caso SACILE

Contesto di riferimento. L'ambito distrettuale 6.1 del sacilese comprende 7 comuni: Aviano, Brugnera, Budoia, Caneva, Fontanafredda, Polcenigo e Sacile; quest'ultimo è Ente Gestore del Servizio sociale dei Comuni. I dati demografici registrano un'incidenza di anziani over 64anni, sul totale della popolazione residente, superiore al 21% (contro un valore regionale che si colloca sopra il 25%). Per quanto riguarda le prese in carico da parte del SSC, si registra, negli ultimi anni un

incremento della fascia degli anziani. Esistono, tuttavia, delle differenze a livello locale che vedono i comuni pedemontani (Polcenigo, Caneva e Aviano) con una percentuale di anziani superiore alla media di ambito e della provincia di Pordenone; mentre la zona pianeggiante, più giovane, è caratterizzata da una prevalenza di utenza adulta.

Nel Profilo di Comunità dell'ambito distrettuale 6.1 (PDZ 2013-2015), viene segnalata una percentuale significativa di anziani in carico al servizio sociale: nel corso del 2011 ha raggiunto il 45% dell'utenza complessiva, con problematiche legate prevalentemente alla non autosufficienza.

Il SAD, gestito fino a giugno 2014 in parte con proprie risorse umane e in parte affidato in appalto, sta passando a una gestione in co-progettazione con più soggetti.

Alla luce dei dati emersi, l'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale, ha ritenuto essenziale porre un'attenzione maggiore alla domiciliarità, potenziando la rete degli interventi e dei servizi a tal supporto. Si è pertanto iniziato a sviluppare un pensiero in quella direzione con la stesura del "piano locale per la domiciliarità" che riporta l'immagine di "una filiera di interventi e servizi, alcuni già in essere altri da definire e realizzare, che va dalla persona ancora parte attiva della propria comunità (l'anziano che frequenta gruppi di cammino o centri di aggregazione) lungo un continuum fino a un istante prima dell'ingresso in una casa di riposo" (PDZ 2013-2015, ambito 6.1, p. 20).

La discussione: elementi di forza, di debolezza, opportunità, vincoli

Con lettera, sono stati invitati a partecipare al *focus group* una serie di soggetti istituzionali (rappresentanti e operatori del SSC, dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.6, della Regione per quanto riguarda lo sportello "Si con Te") e di soggetti facenti parte della rete non istituzionale dei servizi a supporto della domiciliarità (organismi appartenenti al Terzo settore, agenzie per il Lavoro, società private di assistenza, soggetti che hanno in gestione alcuni servizi del SCC afferenti l'area Anziani, etc.), conosciuti attraverso le interviste e l'analisi della documentazione esistente.

Di seguito l'elenco dei partecipanti al *focus group*, realizzato in data 26 maggio 2014, presso la sede del SSC a Sacile:

Nominativo	Organizzazione di appartenenza
Miralda Lisetto	Responsabile del SSC dell'ambito distrettuale 6.1 Sacile
Katia Flora Pantarotto	Ass. soc. referente per il SSC dell'Area di Intervento: Anziani
Emanuela Naibo	Ass. soc referente per il SsC delle Aree di Intervento: Infanzia ed Adolescenza e Disabilità
Graziella Ricci	Dirigente del Servizio di Assistenza Infermieristica Territoriale dell' ASS n.6 Friuli Occidentale –Distretto Ovest di Sacile
Tiziana Danielis	Coordinatore del Servizio di Assistenza Infermieristica Territoriale dell' ASS n.6 Friuli Occidentale –Distretto Ovest di Sacile
Elisabetta Basso	Operatrice sportello "Si Con Te" di Sacile.
Stefania De Marco	Coordinatore sociale presso Cooperativa sociale Itaca

Vincenzo Buffo	Presidente provinciale dell'AUSER di Pordenone
Sergio Silvestre	Presidente dell'Associazione di secondo livello San Pietro Apostolo

Il *focus group*, della durata complessiva di un'ora e mezza, è stato condotto da Paolo Tomasin e da Elisa Spadoni, collaboratori IRSSeS.

Nel corso della discussione, è emerso che l'ambito distrettuale di Sacile, da diversi anni, pone un'attenzione particolare alla domiciliarità. Infatti dal 2011, si è iniziato a riflettere sul passaggio da forme di gestione dei servizi basati sull'appalto a quelle di co-progettazione, in quanto ritenute modalità più consone a garantire la centralità della persona e a individuare e rinegoziare gli interventi in itinere a fronte dell'emergere di bisogni nuovi. La co-progettazione, vede il coinvolgimento attivo di diversi attori, raccogliendo le proposte che avanzano dalle realtà del Terzo settore, dalla Provincia o da soggetti privati interessati all'argomento. Ancora, nel 2011 l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale ha promosso la stesura di un Piano domiciliarità, facendo rientrare al suo interno i centri sociali e i centri diurni, i progetti per il FAP e la previsione di una rete integrata per e con le assistenti familiari, ponendo l'attenzione ai servizi e ai progetti per le demenze fino a una nuova ridefinizione dei contenuti del tradizionale servizio di assistenza domiciliare. In particolare, la progettazione, centrale in questo territorio, ha portato all'ideazione e all'implementazione di alcune iniziative che rientrano all'interno della filiera degli interventi e dei servizi a supporto della domiciliarità degli anziani. Tra questi, viene ricordato il progetto "Bond" ("Back Office Nucleo Demenze"), quale promotore di valutazioni multi professionali per le situazioni famigliari di persone affette da patologie dementigene (le valutazioni vengono effettuate da psicologi, assistenti sociali e assistenti domiciliari). Con la valutazione integrata, si intende rispondere ai bisogni multidimensionali attraverso interventi domiciliari che prendano la forma di interventi educativi e di supporto rivolti alle famiglie.

Oltre a questo, nell'ambito della co-progettazione, viene menzionato un progetto sperimentale e innovativo che prevede il coinvolgimento del Servizio sociale dei Comuni di Sacile, del Distretto sanitario Ovest di Sacile, dello sportello "Si Con Te", della cooperativa sociale "Itaca" e dell'Agenzia per il Lavoro Umana. L'obiettivo principale del progetto è il benessere sia dell'anziano e della sua famiglia, sia delle assistenti familiari che si prendono cura della fascia fragile della popolazione anziana. L'idea consistite nel far convergere l'invio dei familiari, da parte dei soggetti partner, all'agenzia per il lavoro Umana per tutti gli aspetti contrattualistici del rapporto di lavoro che riguarda le assistenti familiari (sostituzioni per ferie e malattia, gestione buste paga, etc.), evitando così agli stessi familiari la ricerca autonoma di soluzioni diversificate e parcellizzate diffuse sul territorio⁵⁰, come è successo fino ad ora. Questa collaborazione potrebbe ridurre, in alcune situazioni particolari, l'onerosità economica e il peso emotivo che gli adempimenti comportano.

Con riferimento al tema delle assistenti familiari, viene segnalata l'inesistenza di uno spazio aggregativo strutturato e organizzato per rispondere alle loro esigenze. Tuttavia, ne viene riconosciuta la necessità, soprattutto per intercettare e per coinvolgere attivamente le assistenti

_

⁵⁰ Tra questi i commercialisti privati e in parte anche ai Caaf.

familiari nella rete dei soggetti a sostegno della domiciliarità. Viene data conoscenza, a tal proposito, dell'esistenza di persone che fungono da leader (una sorta di "capo badanti") e che coordinano il lavoro e i movimenti delle colleghe provenienti dalla stessa comunità di appartenenza.

Con riferimento all'integrazione con il distretto socio-sanitario, vengono riportati esempi di buona collaborazione nell'integrazione gestionale. Le prese in carico sono congiunte e condivise. Tuttavia, rimane critica la collaborazione e la comunicazione con l'Ospedale di Pordenone che, alle volte, mette in atto delle "dimissioni difficili e veloci" che vedono il servizio sociale impreparato e impossibilitato nel rispondere a situazioni di elevata urgenza.

Un'altra criticità fortemente evidenziata sia dagli esponenti del sociale che del sanitario, riguarda le difficoltà legate ai trasporti e agli spostamenti. A causa delle distanze e della mancanza di mezzi pubblici, gli operatori sono costretti a impiegare diverso tempo per effettuare delle prestazioni a domicilio, soprattutto a persone in grado di deambulare autonomamente ma che non hanno un mezzo proprio. Dal punto di vista del sociale, viene evidenziata la stessa criticità, con richieste di accompagnamento nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare. Il rischio è quello di dimenticare che, nel territorio del sacilese, il SAD ha assunto negli anni obiettivi diversi trasporto/accompagnamento, andandosi a qualificare sempre più con interventi di supporto emotivo/prestazionale agli anziani e ai care giver.

Nel territorio hanno sede delle associazioni locali che si occupano di trasporti e che collaborano attivamente con il servizio pubblico. Si evidenzia, tuttavia, una significativa contrazione del numero dei volontari e della necessità di ampliare la rete del volontariato per evitare che il servizio pubblico si trovi nell'incapacità di fronteggiare nuovi bisogni e situazioni complesse.

Per concludere, tutti i soggetti coinvolti nel focus hanno concordato sul ruolo che il servizio pubblico dovrà andare a rivestire nel futuro: viene sottolineato sempre più che, a causa dell'aumento della domanda sociale e della contrazione delle risorse, il pubblico dovrà assumere il compito di garante dei diritti sociali e coordinare i servizi e gli interventi a sostegno della domiciliarità, riconoscendo il contributo e le idee di tutti i soggetti che assieme al Servizio sociale dei Comuni definiscono l'offerta dei servizi.

Caso Gemona del Friuli

Il contesto di riferimento⁵¹. L'ambito distrettuale 3.1 "Gemonese, Canal del Ferro, Val Canale" comprende 15 comuni: Artegna, Bordano, Chiusaforte, Dogna, Gemona del Friuli, Malborghetto-Valbruna, Moggio Udinese, Montenars, Osoppo, Pontebba, Resia, Resiutta, Tarvisio, Trasaghis, Venzone. Si tratta di un territorio vasto, composto soprattutto da piccoli centri abitati piuttosto dispersi e non omogeneo per caratteristiche demografiche, economiche, sociali e sanitarie. Negli ultimi anni, il decremento demografico e lo spopolamento hanno ridotto ulteriormente la densità abitativa, con conseguenze negative sulla disponibilità di servizi essenziali a livello locale. La

⁵¹ Il paragrafo è liberamente tratto dal Profilo di comunità del PDZ del Ssc 3.1 disponibile al sito internet: http://www.contegemona.it/Testi/Piano_di_Zona_2013-2015.pdf

popolazione anziana rappresenta, per i servizi sociali, la classe d'età più consistente, grazie soprattutto alla componente femminile. I nuclei famigliari, in linea con le dinamiche provinciali e regionali sono sempre più numerosi ma di dimensioni ridotte.

Le principali criticità strutturali e i problemi che caratterizzano il territorio possono essere così sintetizzati:

- elevata dispersione della popolazione;
- bassa natalità e progressivo invecchiamento della popolazione;
- profilarsi di problemi di sostenibilità di assistenza alla popolazione anziana
- mortalità precoce;
- squilibrio socio-economico fra aree di alta e media montagna e pedemontana;
- disomogeneità nella distribuzione dei servizi essenziali sul territorio;
- precarietà economica ed occupazionale;
- difficoltà in ordine alla viabilità e ai trasporti.

Nel 2011, l'8% della popolazione anziana dell'ambito è stata a vario titolo seguita dal SSC. Nello specifico, la perdita dell'autonomia personale è risultata essere il problema principale degli anziani seguiti dal Servizio.

La discussione: elementi di forza, di debolezza, opportunità, vincoli

Con lettera, sono stati invitati a partecipare al *focus group* una serie di soggetti istituzionali (rappresentanti e operatori del SSC, dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.3, della Regione per quanto riguarda lo sportello "Si con Te") e di soggetti facenti parte della rete non istituzionale dei servizi a supporto della domiciliarità (organismi appartenenti al Terzo settore) conosciuti attraverso le interviste e l'analisi della documentazione esistente.

Il 23 maggio 2014, nella sede del SsC 3.1, a Gemona, si è tenuto il *focus group* al quale hanno partecipato:

Nominativo	Organizzazione di appartenenza
Antonella Nazzi	Responsabile del SCC 3.1
Daniela De Narda	Coordinatore area anziani SSC 3.1
Ilaria Roncastri	Referente area educativa SSC 3.1
Paolo Bani	Consulente SsC 3.1 per il sistema di valutazione della qualità del SAD
Laura Regattin	Direttore distretto sanitario
Diana Dapit	membro Coordinamento associazioni volontariato gemonese e presidente AVULSS
Anna Cragnolini	Coordinatrice progetto SI.CON.TE

Nel corso della discussione è emerso chiaramente come l'assistenza domiciliare sia un tema centrale della programmazione del SSC. Sono stati intrapresi diverse azioni e interventi, alcuni innovativi rispetto al panorama regionale, al fine di proporre soluzioni adeguate per gli utenti e le famiglie che si avvalgono di questo servizio. Obiettivo del SSC e degli altri soggetti coinvolti nella pianificazione è quello di mantenere il più a lungo e con la migliore qualità di vita possibile gli anziani, anche non autosufficienti, a casa propria: quindi non solo cura e assistenza, ma anche interventi di tipo ricreativo e riabilitativo, educativo e formativo. Se da un lato, nell'espletamento delle sue funzioni, il SSC può contare su un tessuto associazionistico e del volontariato molto attivo e presente, dall'altro sconta la difficoltà di doversi interfacciare con un territorio ampio, difficile da coprire con servizi, interventi e attività e difficile da ascoltare, monitorare e gestire efficacemente e tempestivamente. La filosofia adottata dal SSC e condivisa dal Distretto Sanitario ruota attorno a tre pilastri fondamentali: prevenzione, promozione e cura.

Relativamente alla prevenzione, sono state intraprese azioni volte a potenziare le risorse in possesso di anziani, care giver e comunità per contrastare la non autosufficienza. Questo significa favorire le relazioni sociali (anche e soprattutto intergenerazionali), salvaguardare la buona salute, lavorare sulla formazione e l'educazione alla gestione dei cambiamenti connessi al ciclo di vita.

In quest'ottica è stato, per esempio, implementato il progetto "Miôr a cjase/a casa è meglio", che offre gratuitamente informazione, formazione, affiancamento al domicilio da parte di un'équipe di professionisti socio-sanitari che di volta in volta si attivano a seconda del tipo di bisogno segnalato.

Il SSC di ambito distrettuale si è dotato di un sistema di valutazione della qualità del SAD, al fine di monitorare costantemente il servizio e modulare azioni e interventi secondo l'evoluzione dei bisogni degli assistiti. Il SAD è stato costruito negli anni e rappresenta un patrimonio per la comunità, sebbene non esaurisca la gamma dei servizi per la domiciliarità. I partecipanti al *focus group* sono stati concordi nel riconoscere che la sfida che esso pone riguarda la sua sostenibilità economica. E' emerso poi che, date le caratteristiche del contesto, una scelta vincente relativamente al servizio in questione è stata la possibilità di avvalersi di contratti di lavoro somministrato tramite le agenzie per il lavoro (un tempo denominate interinali), in quanto consentono una maggiore flessibilità

Un altro punto fondamentale sul quale si è deciso di intervenire riguarda coloro che realizzano concretamente il lavoro di cura e assistenza, sia le famiglie che gli assistenti famigliari e i volontari. E' stato sottolineato come spesso i *care giver* siano in difficoltà nell'individuare i soggetti ai quali fare riferimento per dare risposta alle necessità connesse all'assistenza domiciliare e nel definire correttamente i bisogni e la situazione di salute della persona che si trovano ad assistere. E' emerso poi come sempre di più al *care giver* venga richiesta non solo buona volontà ma anche delle competenze professionali di un certo livello per potersi interfacciare efficacemente con il sistema. E' per questo, a detta dei partecipanti, che nel territorio è difficile individuare amministratori di sostegno: è un istituto validissimo, ma sempre più complesso e questo dissuade i volontari dall'assumersi questo tipo di responsabilità.

Se qualità e professionalità sono fondamentali, un ulteriore bisogno che è emerso dalla discussione è l'attivazione di nuovi corsi dopo le misure minime per gli OSS: "Prendersi cura di chi si prende cura" significa nell'ambito distrettuale 3.1 sgravare le famiglie del carico che comportano cura e assistenza,

allargando e razionalizzando, per esempio, l'offerta di attività ricreative e riabilitative a tempo parziale. In quest'ottica assumono una valenza fondamentale i centri diurni, riconosciuti dai partecipanti al *focus group* come il vero sostegno della domiciliarità.

"Prendersi cura di chi si prende cura" significa anche favorire l'inclusione e l'integrazione delle assistenti famigliari, specie non autoctone, nella comunità e nella rete degli attori che si occupano di domiciliarità. Dal 2010 è attivo un progetto, denominato "Assistenti famigliari straniere e comunità locali", realizzato con l'intento non solo di formare queste persone al lavoro di cura ma anche di inserirle nelle attività della comunità locali, con importanti tornaconti anche per il SSC in quanto, se le assistenti famigliari si trovano bene nel contesto, lo abbandonano con meno facilità e dal punto di vista operativo, dal momento che sanno già come funzionano le cose, non hanno bisogno che il SSC si attivi continuamente per illustrare come funziona la realtà e per ri-comprenderle nella propria rete. La sensibilità dell'ambito distrettuale rispetto a questo tema si è espressa anche attraverso l'individuazione di uno spazio che funge da punto di ritrovo per le assistenti famigliari. Lo spazio in questione si trova presso la Parrocchia di Santa Maria Assunta di Gemona, è coordinato da un tutor dell'Auser ed è dotato, tra l'altro, di connessione Internet e Skype affinché esse possano mettersi in contatto con le loro famiglie. Grazie a questa soluzione risulta peraltro più facile per il SSC mantenere i contatti con le assistenti familiari.

Una criticità che è emersa relativamente alle famiglie riguarda le risposte che esse possono dare ai problemi di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro che sempre più spesso si trovano a fronteggiare. In particolare, sono sempre più numerosi gli adulti che si trovano a dover sostenere la cosiddetta "doppia presenza", ossia provvedere alla cura sia dei propri figli che dei propri genitori⁵². La necessità di trovare rapidamente soluzione a questo tipo di situazione purtroppo spinge sempre più spesso le famiglie a rivolgersi a soggetti che offrono soluzioni chiavi in mano, ma non hanno alcuna forma di accreditamento e la cui professionalità non è spesso attestata o chiara.

Infine, è emerso in modo rilevante come la capacità degli attori del territorio di fare rete sia, anche in questo settore, fondamentale: è importante che le informazioni circolino e che vi sia un'interpretazione condivisa dei bisogni, ma in un territorio vasto e disperso come quello dell'ambito 3.1 è importante anche poter contare su un numero adeguato di operatori domiciliari sul territorio, che possano costantemente ascoltare, rilevare e monitorare le necessità del territorio e l'efficacia delle risposte messe in atto.

Caso Trieste

Il contesto di riferimento. Il territorio dell'ambito distrettuale 1.2 coincide con quello del Comune di Trieste, a sua volta suddiviso, al momento dell'effettuazione del focus, in quattro Unità Operative Territoriali (UOT). Al 31.12.2011 il territorio contava circa 208.000 abitanti, 57.414 dei quali ultra sessantacinquenni (27,5% del totale). Tale incidenza rappresenta una delle particolarità del territorio triestino, tradizionalmente sbilanciato verso le fasce anziane della popolazione (l'indice di vecchiaia della popolazione nel 2011 ha raggiunto quota 246,29, a fronte del 186,16 del resto del Friuli

⁵² A tali esigenze si propongono di offrire un supporto anche gli sportelli SI.CON.TE.

Venezia-Giulia). L'analisi dettagliata riporta chiaramente le dimensioni del fenomeno: i "giovani anziani" (65-74 anni) rappresentavano il 13,4% della popolazione, a fronte del 10,5% regionale, gli over 75 il 14,4% contro il 9,9% della regione. Quasi 9 persone su 100 superavano gli 80 anni. In tale contesto appaiono più evidenti le specificità proprie di queste classi d'età, in particolare il fenomeno delle persone che vivono sole, circa un terzo del totale, in maggioranza donne sopra i 75 anni.

Tali caratteristiche si riverberano quindi nelle dimensioni e tipologie del bisogno assistenziale degli anziani e delle loro famiglie, con circa il 32% della casistica del Servizio sociale in carico con problematiche di parziale o totale non autosufficienza.

Nel corso del 2011 circa il 4% degli interventi del SSC è stato di inserimento in struttura (la cui offerta è numerosa e distribuita sul territorio cittadino), mentre buona parte del bisogno assistenziale a domicilio è stato fornito attraverso il SAD, che risulta in parte gestito con risorse proprie, in parte affidato in appalto, e attraverso forme di sostegno al reddito, in primis il FAP che conta 940 beneficiari.

La discussione: elementi di forza, di debolezza, opportunità, vincoli

Con lettera, sono stati invitati a partecipare al focus group una serie di soggetti istituzionali (rappresentanti e operatori del SsC, dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1, della Regione per quanto riguarda lo sportello "Si con Te", delle ASP, etc.) e di soggetti del Terzo Settore facenti parte della rete non istituzionale dei servizi a supporto della domiciliarità e/o che hanno in gestione alcuni servizi del SSC afferenti l'area Anziani, conosciuti attraverso le interviste e l'analisi della documentazione esistente.

Di seguito l'elenco dei presenti al focus group realizzato in data 27 maggio, presso la sede del SSC a Trieste:

Nominativo	Organizzazione di appartenenza
Anna Galopin	P.O. Non Autosufficienza – UOT 2 – Area Servizi e Politiche Sociali, Comune di Trieste
Stefano Ferroli	P.O. Non autosufficienza – UOT 1 - Area Servizi e Politiche Sociali, Comune di Trieste
Giacomo Benedetti	Responsabile Unità Anziani – Distretto sanitario n°2 – ASS 1
Rosanna Missan	Dirigente sociale di ASP – ITIS
Deborah Marizza	Dirigente generale ASP - PRO SENECTUTE
Anna Cragnolini	Coordinatrice operativa sportelli Sì.Con.Te. (assistenti familiari)
Maria Stropkovicova	Cooperativa sociale Lybra / Sistema ACLI Colf

Il *focus group*, della durata complessiva di un'ora e mezza, è stato condotto da Paolo Tomasin e da Mario Marcolin, collaboratori IRSSeS.

Ai soggetti presenti al *focus group* è stato chiesto di operare un'analisi valutativa dell'attuale offerta esistente a favore dei cittadini non autosufficienti, concentrandosi sulla dimensione dell'integrazione tra servizi e sui possibili sviluppi del sistema.

Sin dai primi interventi (SSC) è apparsa chiaramente l'evoluzione storica del servizio di assistenza domiciliare fornito nel territorio triestino: il servizio nasce negli anni '70 come servizio di pulizia, preparazione pasti, aiuto domestico e alla spesa, ma non come cura alla persona. Il personale non era specializzato e i destinatari erano principalmente soggetti parzialmente autosufficienti, in particolare quelli domiciliati in zone della città non facilmente raggiungibili. Il servizio veniva offerto dalle 8.00 alle 14.00. Negli anni il servizio si è poi evoluto per rivolgersi ai non autosufficienti o a chi era privo di rete familiare, giungendo ad occupare fino a circa 120 operatori Adest. Considerato il nuovo target, ci si è resi conto che serviva estendere il servizio anche al pomeriggio e alla sera prima di andare a letto, nonché nei giorni festivi. Quindi si è pensato di esternalizzare parte del servizio, bloccando le assunzioni della gestione diretta. L'esternalizzazione è avvenuta per fasi contigue nel tempo.

Il passaggio non è stato facile per gli anziani che vedevano più figure al proprio domicilio; le prime difficoltà si sono verificate con il disbrigo pratiche amministrative e con le pulizie. In seguito, è stato esternalizzato anche il servizio pasti, la cui preparazione a domicilio occupava buona parte del tempo delle Adest. Si è verificata sicuramente una caduta nella qualità percepita e una forte resistenza da parte dell'anziano, ma si sono risparmiate tante ore-lavoro. Sempre nello stesso periodo (attorno alla fine degli anni '90) è stato esternalizzato anche il servizio di lavanderia a domicilio, che però ha avuto scarso successo per la diffusione delle lavatrici nelle abitazioni degli assistiti e la resistenza degli anziani a "mescolare i propri panni con quelli degli altri". Questo tipo di problemi si sono susseguiti fino a quando non c'è stato un ricambio completo degli utenti in carico. Il processo di esternalizzazione ha riguardato dunque i servizi accessori più che quelli di cura, supportato anche da una volontà politica di sostegno alla cooperazione sociale (specie di tipo B). Lo sviluppo di questo sistema ha da subito alimentato un dibattito interno al Servizio sociale, preoccupato della sostenibilità organizzativa e psicologica dell'ingresso presso il domicilio dell'anziano di figure non specializzate ed estranee.

Si è poi giunti all'appalto dedicato alla gestione operativa dell'assistenza domiciliare per la non autosufficienza, iniziando dal progetto di Pronto Intervento Domiciliare (PID). Tale esternalizzazione è stata principalmente dettata dall'impossibilità da parte del SSC di garantire i necessari tempi rapidi di risposta agli utenti. Da qui si è poi passati all'appalto dell'ADI, con un servizio temporale che va dalle ore 7 alle 21 e per 7 giorni su 7.

A distanza di parecchi anni dalle prime esternalizzazioni, si è giunti a un buon raccordo tra gli operatori dei servizi in appalto e quelli direttamente gestiti dal SSC, assicurato anche da un periodico incontro valutativo tra i diversi responsabili gestionali e gli stessi operatori.

Da anni inoltre è attiva una rilevazione della *customer satisfaction*, volta a conoscere non solo il grado di soddisfazione di utenti e loro familiari, ma anche le richieste di servizi non previsti. In tal senso, sempre maggiore è la richiesta di interventi di socializzazione e di gestione del tempo libero dell'anziano, aspetti questi tuttora poco considerati nel contesto dei servizi appaltati.

Si ravvisa tuttavia una recente evoluzione del sistema di supporto alla domiciliarità: negli ultimi anni il SSC, in adempimento della normativa regionale, ha privilegiato l'incentivazione economica per l'acquisto dei servizi a domicilio, principalmente attraverso il FAP. Per alcuni anni il Comune ha

potuto integrare il budget destinato dalla Regione al fondo, ma l'attuale carenza di risorse a livello comunale lascia intravvedere prospettive assai negative in tale direzione.

La scelta da parte del Comune di non assumere più operatori di assistenza assieme all'usura connessa al particolare tipo di lavoro che ha comportato parte del personale a non essere più in grado di svolgerlo, ha influito negativamente sul funzionamento del SAD a gestione diretta, con una sua conseguente riduzione operativa accompagnata dalla necessità di ricollocare gli operatori in altri settori dei servizi comunali; contemporaneamente si è assistito anche a una diminuzione dell'utenza in carico al servizio esternalizzato.

Tali dinamiche hanno suggerito un maggior grado di coordinamento degli interventi comunali: qualora vi sia la presenza di un familiare che può fungere da regista dell'intervento assistenziale da acquisire, ci si indirizza sull'utilizzo del FAP evitando di erogare contemporaneamente anche il servizio domiciliare. Alle persone sole o con una rete parentale fragile viene invece proposto l'intervento dei servizi domiciliari siano essi in gestione diretta che appaltati.

Inoltre ci si è indirizzati verso un ulteriore tipologia di utenza, in carico ai servizi domiciliari comunali: riguardano situazioni di parziale autosufficienza, persone sole, non particolarmente anziane ma con profili multiproblematici, svolgendo funzioni di monitoraggio. Si sta delineando a tal proposito la figura dell'operatore (oss o adest) di sostegno, senza funzioni di supporto alla gestione della vita quotidiana (pasti, pulizie, ecc.).

L'esternalizzazione agisce garantendo una maggiore copertura oraria (sia nell'arco della giornata che come durata degli interventi – massimo 3 interventi di un'ora ciascuno), in particolare nei confronti di persone non autosufficienti .

Un'ultima riflessione da parte dei referenti del SSC riguarda l'istituto dell'amministratore di sostegno, una figura che si sta diffondendo e potrebbe diventare un punto di riferimento per la gestione integrata delle risorse pubbliche e private.

Dal punto di vista sanitario invece, il referente del Distretto sottolinea il buon grado di integrazione pubblico-privato per quanto riguarda l'attività di valutazione del bisogno dei non autosufficienti, in sede di Unità di Valutazione Anziani. Dal punto di vista dell'offerta, l'attività principale viene svolta nei presidi ambulatoriali, attivando il SID per persone impossibilitate a raggiungere i servizi in autonomia. Dal punto di vista dell'integrazione operativa si ravvisano alcuni elementi migliorabili. In primo luogo, la collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i quali non svolgono attualmente un ruolo di protagonisti ma piuttosto quelli di "persone informate dei fatti", e con i quali un maggior livello di integrazione con le attività distrettuali sembra essere attualmente necessario. Un altro fattore migliorabile è il raccordo con l'attività ospedaliera, specie rispetto alle dimissioni protette. L'integrazione in questo caso è dipendente dai reparti ospedalieri specifici; con alcuni di questi il raccordo è buono, con altri è invece difficoltoso, anche per la mancanza di conoscenza delle attività territoriali.

Le difficoltà interne ai servizi sanitari si ripercuotono inoltre sull'integrazione con il sociale, dato confermato dal ritardo nell'elaborazione del piano domiciliarità previsto dal Piano di zona (solo recentemente SSC, ASS1 e ASP ITIS hanno cominciato a confrontarsi): il referente del Distretto

ravvisa una generale disinformazione da parte dei MMG delle principali misure sociali di supporto alla domiciliarità (ad es. il FAP), un utilizzo limitato dell'ADI a causa di uno scarso raccordo tra MMG e sociale in sede di valutazione e un protocollo di continuità assistenziale siglato *senza il Comune di Trieste*. In riferimento a questo ultimo punto, da qualche tempo il Distretto sta cercando di rafforzare l'attività di mediazione tra strutture ospedaliere e Servizio sociale. A tal proposito viene fatto presente l'opportunità di reintrodurre la figura dell' assistente sociale nel presidio ospedaliero.

Secondo i partecipanti uno dei problemi principali in questo periodo è il mantenimento a domicilio di persone con situazioni compromesse ma prive di un *caregiver* significativo. Per farvi fronte sarebbe auspicabile un potenziamento dei servizi territoriali, non solo domiciliari ma anche di prossimità (infermiere di comunità, presidi socio-sanitari organizzati su micro aree, budget di salute integrati, ecc.).

Viene fatto presente che il carattere privatistico dell'assistenza familiare sposta la responsabilità dal lato delle famiglie. I servizi resi dalle assistenti familiari sono inoltre meno costosi dell'assistenza domiciliare (circa 10 €/ora contro i 23€/h del SAD), pur configurandosi come continuativi nell'arco della giornata. In ogni caso, manca tuttora una legittimazione della figura professionale e delle competenze dell'assistente familiare, anche a livello regionale.

Per quanto riguarda l'evoluzione qualitativa dell'assistenza famigliare, viene riconosciuto un miglioramento delle competenze degli operatori coinvolti grazie ai numerosi corsi di formazione (comunali, FSE, ecc.) organizzati negli anni. Nell'ultimo periodo anche questa attività ha cominciato a non intercettare le entità del passato, per una serie di ragioni: la formazione è stata concentrata sugli aspetti legali e contrattuali; le stesse assistenti familiari non si sono dimostrate più interessate alla formazione come un tempo, preferendo piuttosto frequentare un corso OSS e passare all'assistenza domiciliare (che garantisce meno carico e più privacy); la diminuzione degli ingressi ha "alleggerito" la concorrenza e limitato il turnover; è mancata una reale programmazione dei corsi (promossi da due Direzioni regionali differenti, Lavoro e Sociale), sia nei contenuti che nelle tempistiche di svolgimento.

In ogni caso, l'osservatorio privilegiato interno alle famiglie riporta le difficoltà delle stesse nella gestione delle relazioni tra i servizi che si occupano del proprio familiare, con riferimento alla garanzia della continuità assistenziale e del disbrigo delle pratiche burocratiche. Per ovviare a questi problemi si caldeggia un passo in avanti verso una maggiore integrazione socio-sanitaria. Nel sottolineare una mancanza di coordinamento tra i servizi istituzionali e le realtà dell'assistenza familiare si fa presente tuttavia che ciò è dovuto non solo a una carente iniziativa dei servizi pubblici, quanto piuttosto alle caratteristiche privatistiche sopra menzionate proprie della natura stessa dell'assistenza familiare.

Questa natura privatistica e flessibile è riconosciuta anche come una delle cause di uno scarso lavoro sul benessere delle assistenti familiari. È risultato infatti difficile negli anni organizzare momenti di socializzazione per persone provenienti da più Paesi stranieri, che spesso trovavano localmente nelle loro comunità nazionali gli spazi di aggregazione. E' pur vero che i corsi di formazione, come spazi di apprendimento e di confronto, hanno tuttavia servito anche questo scopo.

La constatazione evidenziata dalla responsabile dello sportello Acli è stata in larga parte confermata dalla coordinatrice degli sportelli Si.Con.Te., che ricorda come accanto alle richieste di formazione, gli sportelli continuano a ricevere anche richieste di socializzazione e di aggregazione.

La responsabile dello sportello precisa tuttavia le specificità del servizio, che si concentra sul bilancio delle competenze (formali, informali) delle assistenti familiari e ne orienta le scelte formative. Caratterizzandosi per l'attività di orientamento, mediazione con le famiglie, selezione delle assistenti familiari, lo sportello non ha un contatto diretto con l'assistito bensì con i familiari e i caregivers principali. A tal proposito viene sottolineato come negli anni le famiglie stiano diventando sempre più attente rispetto alla qualità dell'offerta, alla professionalità e alle competenze dell'assistente, alla dimensione relazionale assistente-assistito.

Per quanto riguarda l'attività dello sportello in relazione agli altri servizi, si sottolinea come Trieste sia stata, più di altre realtà, luogo di sperimentazione di iniziative innovative quali: a) Home-care premium; b) "Continua con te", progetto elaborato con l'ASP ITIS che fornisce un primo supporto alle famiglie al primo ingresso delle assistenti familiari contrattualizzate dallo sportello, in raccordo con il PAI stilato dal SSC; c) la sperimentazione dell'Istitutore, che ha avuto una prima applicazione per persone con disabilità per le quali sono stati previsti specifici percorsi di autonomizzazione, ecc. Queste iniziative sono tuttora in corso.

Differente risulta invece il ruolo e le riflessioni dei rappresentanti delle due ASP presenti al focus, ovvero la Pro Senectute e l'ITIS. La prima ASP concentra la sua attività sulla prevenzione e si rivolge a parzialmente autosufficienti con attività che mirano ad allontanare il momento della perdita delle ADL. Questa attività di supporto alla domiciliarità si esplica attraverso la fornitura di servizi accessori (è attivo un protocollo con il SSC per la fornitura di pasti a domicilio), programmi di aiuto psicologico alla perdita dell'autosufficienza, ma soprattutto attraverso la gestione di centri diurni e di una struttura del tipo Casa-albergo. I primi hanno lo scopo di fornire occasioni di relazionalità e di tempo fuori casa in contesti protetti e di positiva socializzazione, la seconda si configura come luogo di passaggio in momenti di particolare fragilità della persona (dimissioni ospedaliere, post RSA, aggravamenti dello stato di salute), cercando comunque di favorire il ritorno dell'anziano a domicilio. L'auspicio della referente dell'ASP è quello che la riforma sanitaria progettata a livello regionale orienti maggiori risorse sull'assistenza territoriale e garantisca maggiore integrazione tra i servizi.

La rappresentante dell'ITIS (principale struttura residenziale a Trieste per gli anziani) ritorna sul tema dei centri diurni, sottolineando come, dalla loro nascita negli anni '80 per persone autosufficienti con problemi di isolamento, essi si siano trasformati in relazione all'evoluzione dei bisogni degli anziani: attualmente nei centri diurni gestiti dall'ITIS vi trovano accoglienza persone al limite della non autosufficienza o totalmente non autosufficienti. Il conseguente appesantimento del carico assistenziale dovrebbe suggerire una revisione della loro organizzazione e delle stesse competenze di chi vi opera, in quanto l'elemento di socializzazione rappresenta solo una parte dell'offerta del servizio. I Centri diurni per non autosufficienti hanno tuttavia il limite di essere molto costosi, motivo per cui non hanno avuto un grande sviluppo. L'aggravamento generale dell'utenza è inoltre alla base del pensiero critico riguardo alle comunità-alloggio, anch'esse pensate per persone con autonomie residue che però di fatto vengono occupate al momento in cui l'anziano non ha alternative all'abbandono del domicilio per l'insorta condizione di non autosufficienza. Questo tipo di strutture

presentano inoltre standard assistenziali elevati e non sono state oggetto di investimento regionale. Al loro posto sarebbe meglio pensare a condomini solidali con domotica, portierato sociale, spazi associativi e pacchetto servizi ad hoc (tipo SAD). Questo tipo di strutture non è tuttavia compreso nella bozza di riclassificazione regionale delle strutture residenziali.

Un'ultima riflessione da parte del rappresentante dell'ITIS riguarda il rapporto tra residenzialità e domiciliarità, in particolare sottolineando come la struttura residenziale rappresenti sempre meno la fine del percorso domiciliare. Al contrario, cita le degenze a termine (ormai la metà degli ingressi), i periodi di permanenza preliminari o alternative all'RSA (per richieste sanitarie quali piccole fratture), gli ingressi con funzione respiro a familiari ed assistenti familiari e le degenze anche di 8 mesi seguenti al ricovero in RSA (che garantiscono la permanenza assistita da personale sanitario prima del rientro a casa).

Sul tema delle società di privata assistenza che si stanno sviluppando in regione, e su quale sia lo stato dell'arte nel territorio triestino, sembra esserci un generale accordo nel considerare la loro attività molto residuale e per lo più concentrata su piccoli lavori domestici. Ci si interroga tuttavia se sia legittimo l'utilizzo del FAP anche per supportare l'acquisto di questi servizi di cui non si ha alcun controllo.

Conclusioni

Dagli approfondimenti territoriali realizzati con i tre *focus group* è possibile evidenziare, in chiave comparativa, alcuni elementi che esponiamo sinteticamente per punti:

- si conferma l'esistenza di percorsi differenziati che hanno strutturato e stanno strutturando i servizi di assistenza domiciliare agli ANA; se gli attori pubblici presenti sono, più o meno, sempre gli stessi (benché vari molto, da territorio a territorio, sia l'intensità del loro intervento sia la qualità della collaborazione), gli attori privati (in particolare, ma non solo, del privato sociale) variano e spesso fanno la differenza.
- A Sacile è in atto una sperimentazione, inedita nel panorama regionale, volta allo sviluppo della collaborazione tra enti pubblici, cooperazione sociale e agenzie per il lavoro; lo strumento individuato è quello della co-progettazione.
- A Gemona è riscontrabile una consapevolezza da parte del SSC della necessità di disporre di una governance locale su questo tema, in grado di far dialogare e coordinare i diversi attori erogatori di interventi e prestazioni; in parte questa consapevolezza è presente a Sacile, dove si è ideato un piano per la domiciliarità, in fase di avvio al momento del focus group.
- A Trieste, contesto dove è forte il sistema residenziale, l'assistenza a domicilio degli anziani è maggiormente orientata a sperimentare nuove modalità di abitare sociale (condominio sociale), con forte presenza delle nuove tecnologie (domotica).
- Nei territori sacilese e gemonese, invece, gli sforzi si concentrano sulla domiciliarità in senso stretto o sui centri diurni, attraverso una co-progettazione nel primo caso e un lavoro di governance del servizio pubblico nel secondo caso.

- I centri diurni ricevono valutazioni diverse: fondamentali nel sistema della domiciliarità gemonese, sembrano poco funzionali nel contesto triestino.
- Emerge o traspare, anche se in gradi diversi, la difficoltà di una piena ed efficace integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria domiciliare; in particolare è posta sotto accusa la continuità assistenziale e si lamenta lo scarso raccordo con gli ospedali nelle dimissioni. Affiorano pure critiche ai MMG che non si assumono fino in fondo il ruolo centrale che potrebbero avere nell'assistenza a domicilio degli ANA.
- Tutti e tre i territori sottolineano la difficoltà del settore pubblico nell'intercettare e nel creare una sinergia con il settore privatistico delle assistenti familiari che appare in forte evoluzione e in continua espansione. Come risposta, nel territorio gemonese, si è cercato negli anni di attivare un punto di incontro/confronto per le badanti del territorio, promuovendo allo stesso tempo la loro integrazione nella comunità. L'ambito distrettuale del sacilese, invece, si è orientato verso la sperimentazione di un'offerta di aiuto alle famiglie che, grazie al personale privato di assistenza, scelgono la permanenza a domicilio dell'ANA, evitando l'istituzionalizzazione.
- La formazione delle diverse figure che assistono a domicilio gli anziani è una questione che trascende l'investimento fatto con le assistenti familiari e che rimane tuttora aperta.
- Prende corpo anche la consapevolezza che nell'assistenza a domicilio stanno sempre più comparendo imprese private, spesso ancora poco conosciute, che offrono "chiavi in mano" una serie di servizi.
- Il perimetro dei servizi e degli interventi a domicilio include anche i trasporti; questo tema, che trova maggior attenzione nei territori montani o dove gli insediamenti abitativi sono diffusi e non concentrati come nella città di Trieste, si rivela di importanza basilare a tutto il sistema della domiciliarità, anche se sembra sempre più reggersi più sulle risorse del volontariato che su quelle pubbliche. Benché non sia emerso in forma esplicita nei focus group, coordinare i soggetti attivi nei trasporti risulta non particolarmente agevole: campanilismi, duplicazioni di interventi, conflittualità, più o meno latenti, minano il raccordo per la realizzazione di un efficace servizio.
- Viene ricordato in due focus group, infine, il ruolo dell'amministratore di sostegno come risorsa, anche per la domiciliarità, che merita di essere maggiormente diffusa e potenziata.

5. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

In questo capitolo proviamo a riassumere i risultati emersi dal composito lavoro di ricerca realizzato tentando di rispondere alle domande che ci eravamo posti all'inizio del percorso (primo paragrafo). A questa esposizione, però, non possiamo non anteporre una descrizione di quali sono stati i limiti e le difficoltà incontrate che hanno influito sul processo di ricerca e che dunque circoscrivono i risultati ottenuti (secondo paragrafo) aprendo tuttavia nuove piste per ulteriori approfondimenti (terzo paragrafo).

5.1 Limiti e difficoltà incontrati

L'indagine realizzata può essere definita un'esplorazione nel complesso mondo dei servizi dedicati all'assistenza domiciliare degli ANA in Friuli Venezia Giulia. Non tutti gli aspetti sono stati però affrontati ed esplorati, mentre numerose sono state le difficoltà incontrate nel corso dell'analisi; elenchiamo le principali:

- l'area tematica della non autosufficienza non è univocamente definita, così come mancano modalità condivise di certificazione e sistemi informativi in grado di restituire le esatte dimensioni quantitative del fenomeno;
- gli interventi e i servizi domiciliari (le modalità di risposta al bisogno) si collocano all'incrocio di più politiche (policies): sociali, sanitarie, formative, del lavoro e delle migrazioni; nessun attore in gioco e nessun Servizio sembra in grado di controllare tutte le variabili socio-economiche rilevanti per affrontare in modo autonomo le problematiche dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti;
- l'impiego di due livelli territoriali regionale e locale (di ambito distrettuale) -, tra loro non sempre dialoganti, ha rivelato informazioni discordanti e reso difficile, in alcuni casi, discernere quelle corrette.

Tra gli aspetti trascurati sono i costi dell'assistenza domiciliare agli ANA. Costi che incidono fortemente nei bilanci familiari come in quelli degli enti pubblici.

Un secondo aspetto trascurato è stato quello di una prospettiva comparativa inter-regionale. I brevi cenni che ogni tanto sono stati fatti alle specifiche realtà regionali (come quella del contiguo Veneto o della Toscana⁵³) o nazionali, non consentono di collocare quanto qui analizzato dentro un contesto più ampio. Contesto poi che dovrebbe aprirsi anche ai Paesi confinanti quali la Slovenia e l'Austria in un ottica di welfare transfrontaliero.

_

⁵³ A tal proposito si rinvia anche alla ricerca-azione pubblicata a cura di P. Peruzzi P, 2011 (vedi bibliografia).

5.2 Risultati

La risposta alla domanda di quale sia oggi, dal punto di vista meramente quantitativo, il fabbisogno assistenziale domiciliare degli anziani non autosufficienti in regione Friuli Venezia Giulia è offerta da alcune stime che calcolano sia rappresentato da oltre 22.000 persone residenti, equivalenti al 7,8% della popolazione anziana. D'altro canto, l'ISTAT stima che il 15,9% della popolazione anziana sia nella condizione di non autosufficienza. Una indagine realizzata in Veneto stima le persone non autosufficienti equivalenti al 3,9% della popolazione totale⁵⁴. La differenza tra il dato evidenziato e la disponibilità di posti letto in strutture residenziali o semi-residenziali, offre la consistenza del potenziale bacino per l'assistenza domiciliare.

Il fenomeno è connotato da una costante crescita legata sia alle trasformazioni demografiche che alle scelte offerte dalle risposte del sistema pubblico e privato, entrambi in trasformazione. E' indubbio che anche in questo settore, nonostante l'impegno profuso, il pubblico stia arretrando e il privato (sociale e non sociale) stia avanzando.

Oltre l'aspetto quantitativo, è necessario considerare le trasformazioni in atto nella domanda di assistenza agli anziani non autosufficienti. Non sempre la crescita quantitativa del bisogno si ripercuote su una domanda assistenziale pubblica, in quanto le risposte del nucleo familiare o parentale sembrano ancora giocare un ruolo. E' il caso registrato in questi anni di crisi economica che ha favorito la ripresa della cura di familiari registrando una diminuzione del ricorso alla badante, ma anche al SAD. La domanda è sempre più sensibile al costo dell'intervento. La domanda è sempre più sensibile anche alle modalità di erogazione, ai tempi che trascorrono tra la richiesta e l'attivazione dell'erogazione del servizio.

Sul versante dell'offerta ci sembra si possa convenire che è composita, diversificata territorialmente e anche piuttosto frammentata. Ovvero composta da varie modalità di erogazione, quali i servizi assistenziali, sociosanitari o sanitari alla persona (SAD, SID/SRD e altri); i contributi economici (FAP e altri); i servizi di intermediazione tra le famiglie e gli operatori privati (come gli sportelli Si.Con.Te.); gli interventi formativi o di altro tipo per supportare i *caregiver*. Offerta suddivisa tra diversi soggetti erogatori: la famiglia dell'ANA, l'assistente familiare, gli operatori pubblici del SAD, SID/SRD, degli sportelli, gli operatori privati della cooperazione sociale o di altri soggetti, ecc... Offerta diversificata dal punto di vista territoriale: modalità di erogazione e soggetti erogatori cambiano da territorio a territorio. Offerta frammentata perché non sempre ha visto la fattiva collaborazione tra tutti i soggetti erogatori, perché non è stata completamente governata dal soggetto pubblico. Si è rilevata, a livello generale, una ridotta integrazione anche all'interno dei vari soggetti del settore pubblico, in particolare tra sociale e sanitario.

Il frammentato sistema di offerta inoltre è apparso in una fase di profonda trasformazione, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. In particolare ci sembra che non si possa più parlare di un sistema della domiciliarità contrapposto a quello della residenzialità, in quanto emerge una filiera di

-

⁵⁴ LAN (Local Area Network), *I non autosufficienti in Veneto tra cambiamento demografico e nuovo welfare*. Indagine curata per UIL Veneto e UIL Pensionati, 2010.

servizi e interventi senza soluzione di continuità tra i due poli. I soggetti si mescolano cogliendo le opportunità che si presentano.

Evoluzione del SAD: erogazione sempre più esternalizzata alla cooperazione sociale, sia attraverso le gare che mediante forme di accreditamento o di co-progettazione. Spesso si adotta una visione parcellizzata che vede l'economicità di un unico servizio senza tenere in debito conto la complessità sistemica dell'assistenza domiciliare.

Evoluzione delle ASP e di altri soggetti gestori di strutture residenziali: partecipano sempre più all'erogazione di servizi domiciliari.

Si registra una crescita di un mercato privato organizzato che risulta connotato da rapidità, capacità di intervenire sui "fallimenti" del settore pubblico e del settore nonprofit tradizionale (le cooperative sociali), ma che spesso rivela poca trasparenza e si pone anche al confine tra regolarità e irregolarità.

Il profilo dell'assistente familiare sta cambiando. I bisogni che esprime non sono stati ancora del tutto affrontati. Oltre alla formazione, sono presenti bisogni di: spazi (anche fisici), tempi e modi per incontri post-formativi, di confronto, supporto, ricreazione e comunicazione con i propri cari lontani.

Si sono registrate diverse iniziative progettuali che hanno sperimentato percorsi formativi innovativi e di supporto all'assistente familiare che sono rimasti perlopiù patrimonio dei soggetti che li hanno sperimentati senza una condivisione più ampia.

I tentativi di fare governance a livello regionale (tra le varie politiche affidate alle diverse direzioni) appaiono ancora limitati. La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia vanta sicuramente il primato di aver varato con molta preveggenza una normativa ad hoc sulle assistenti familiari (LR 24/2004) "con l'ottica di ricomprendere questa risorsa nell'ambito del sistema integrato dei servizi del welfare territoriale" (Venerus, Simeoni, 2008: 511). Agli interventi operativi resi possibili dalla legge non è però seguito un adeguato coordinamento tra i diversi soggetti, dimostrando una volta in più che effettivi raccordi istituzionali non si raggiungono semplicemente by law.

Si registrano però tentativi, ancora piuttosto deboli e poco diffusi, di fare governance a livello locale, di ambito distrettuale.

5.3 Prospettive per ulteriori approfondimenti

La conclusione di un percorso di ricerca sfocia inevitabilmente in ulteriori domande volte ad approfondire la conoscenza acquisita. Da questa ricerca molto sono le curiosità rimaste inevase che meriterebbero un ulteriore approfondimento. Ne elenchiamo alcune – che potrebbero sembrare eccessivamente puntuali, ma che rinviano a problematiche sottostanti piuttosto complesse - sperando possano essere colte e instradate in nuovi percorsi di indagine sociale:

 Quanti sono gli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio che ricevono interventi sia dagli operatori sociali che da quelli sanitari?

- Qual è l'ammontare annuale del costo monetario complessivo necessario in regione per l'assistenza domiciliare degli anziani? E da chi viene mediamente sostenuto?
- In quale modo vengono impiegati i contributi pubblici (FAP, indennità di accompagnamento) finalizzati all'assistenza domiciliare?
- Come, con quali strumentazione, si stanno valutando le performance e il grado di soddisfazione degli utenti del SAD e degli altri interventi di assistenza a domicilio?
- Quante sono le assistenti familiari che hanno fatto un percorso formativo che le ha portate ad acquisire un titolo di OSS o equivalente? E più in generale quali sono stati i percorsi di qualificazione e di vita delle assistenti familiari in questi ultimi anni?

6. INDICAZIONI E SUGGERIMENTI

L'intento del presente lavoro di ricerca è anche quello di segnalare, alla luce dei risultati ottenuti e presentati in sintesi nel capitolo precedente, pure qualche indicazione e suggerimento utili alla progettazione di filiere dell'assistenza domiciliare per gli ANA. Filiere che necessariamente dovranno contemplare tutti i servizi individuati dalla letteratura sul tema: da quelli che si focalizzano principalmente sull'anziano, a quelli che lavorano sulle reti familiari e, infine a quelli che operano sulle reti allargate (Rossi, Bramenti, Meda, vedi doc.). Gli attori saranno sicuramente reti miste, pubbliche e private. La prospettiva teorica qui adottata non è quella di un welfare di contenimento, riduttivo, costruito e progettato sulle risorse pubbliche disponibili, che risultano in continuo calo, ma piuttosto di rilanciare un effettivo welfare di comunità, capace di creare sinergie generando nuove risorse (anche se non sempre contabilizzabili nei tradizionali prospetti economico-finanziari).

Si è pensato di suddividere queste indicazioni secondo i due livelli di analisi considerati: quello regionale e quello locale di ambito distrettuale. I destinatari privilegiati, anche se non unici, sono dunque l'Amministrazione regionale (in particolare la Direzione Salute e Protezione Sociale) e i Servizi sociali dei Comuni (e l'Assemblea dei sindaci).

6.1 Indicazioni per il livello regionale

L'assistenza agli ANA ha storicamente privilegiato la soluzione residenziale, dove appare esserci maggiore governance regionale. La soluzione domiciliare, proposta negli ultimi anni, ha avuto meno presidio e attenzione, lasciando ai territori le scelte strategiche e operative.

Si propone di sviluppare un'analisi valutativa in grado di effettuare un confronto approfondito tra le diverse modalità di erogare il SAD (produrre delle linee guida?).

L'implementazione di filiere di interventi e servizi per gli anziani non autosufficienti richiede di rafforzare l'integrazione tra sociale e sanitario e tra le diverse soluzioni residenziali, semi-residenziali e domiciliari.

Si ritiene importante rafforzare ulteriormente l'integrazione tra politiche del lavoro e delle pari opportunità con quelle sociali, istituzionalizzando maggiormente il raccordo tra Sportelli SI.CON.TE. e SSC.

L'assistente familiare è una risorsa che non può essere lasciata operare in autonomia: andrebbe valutato sistematicamente quanto è stato attuato e quanto disatteso della LR 24/2004); si dovrebbe sciogliere il nodo se la si considera una figura professionale a tutti gli effetti o un semplice e generico supporto di altre figure professionali.

Relativamente al tema dei soggetti privati poco trasparenti che soddisfano il bisogno di assistenza domiciliare, si rileva l'utilità di discutere il fenomeno e il loro rapporto con i soggetti pubblici; è pensabile una forma leggera di accreditamento regionale?

6.2 Indicazioni per il livello locale

A partire dalle pratiche già sperimentate e in corso in alcuni territori, si ritiene vada potenziata la governance locale dei servizi assistenziali domiciliari agli ANA. Questa dovrà essere perseguita a livello strategico-politico, inter-organizzativo e operativo-professionale. In particolare, dove sono stati avviati i piani integrati sulla domiciliarità sarà necessario approntare un sistema di valutazione in grado di restituire risultati e impatti.

Confronti inter-ambito, a livello di area vasta, potrebbero rafforzare la costruzione di questa governance locale. Gli strumenti pianificatori individuati (programmi o progetti integrati per domiciliarità come parte del PdZ), potrebbero rivelarsi un primo passo in questa direzione da estendere su tutto il territorio regionale. Opportunità di finanziamento per la loro implementazione potrebbero poi essere ricercate nei fondi comunitari della nuova programmazione 2014-2020 sull'innovazione sociale, sulla domotica, sulle nuove forme dell'abitare sociale, ecc.

Si ritiene quanto mai opportuna una formazione sul coordinamento di reti territoriali rivolta in particolare alle figure apicali dei SSC, così come degli altri servizi pubblici, che si occupano di area anziani.

Infine è indubbio che un welfare di tipo domiciliare richieda una ridefinizione degli attuali profili professionali e funzionali (operatore di assistenza domiciliare-oss, adest, assistente familiare, infermiere di comunità, ecc..) e l'individuazione di nuovi profili e funzioni professionali in grado di valorizzare la sussidiarietà orizzontale e quello che viene definito il "welfare leggero".

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

Leggi regionali.

Numero	Titolo della normativa
LR 10/1998	Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali.
LR 24/2004	Interventi per la qualificazione e il sostegno dell'attività di assistenza familiare.
LR 06/2006	Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.
LR 19/2010	Interventi per la promozione e la diffusione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli.

Leggi nazionali.

Numero	Titolo della normativa
L 18/1980	Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili
L 6/2004	Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Tra le attività condotte in questa indagine un peso importante ha assunto la ricerca e la raccolta di materiale bibliografico. Uno dei suoi prodotti è quindi la rassegna bibliografica che qui presentiamo suddivisa per argomenti. Segnaliamo con un asterisco i riferimenti bibliografici che trattano specificamente della realtà del Friuli Venezia Giulia.

Sul tema degli anziani

- Cattarinussi B., Serra R., **SEGNI DEL TEMPO**. **Vita quotidiana, reti sociali e sentimenti degli anziani in Friuli**. Udine: Forum, 2004. (*)
- Golini A., Rosina A. (a cura di), **IL SECOLO DEGLI ANZIANI. Come cambierà l'Italia.** Bologna: Il Mulino, 2011.

Sul tema della non autosufficienza e degli anziani non autosufficienti

- AAVV, La non autosufficienza. In Nord Est sanità, n°5/2013; pp. 8-26 (www.nordestsanita.it)
- Da Roit B., Castegnaro C., CHI CURA GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI? Famiglia, assistenza privata e rete dei servizi per anziani in Emilia-Romagna. Milano: Franco Angeli, 2004
- Fargion V. Le politiche per la non-autosufficienza, in Fargion V., Gualmini E. TRA L'INCUDINE E IL MARTELLO. Regione e nuovi rischi sociali in tempi di crisi. Bologna, Il Mulino, 2012.
- Genova A. *Servizi per gli anziani non autosufficienti. Assetti istituzionali e gestione associata.* In PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE, n°1.1/2014; p. 8-12.
- Gallina M., Loddo P., LA CURA E LA TUTELA DELL'ANZIANO. Sostenere le relazioni tra famiglia e assistente familiare. 2014.
- Gori C. (a cura di), IL SISTEMA DI PROTEZIONE E CURA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi. Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, IRS, ottobre 2010.
- ISS CNESPS, RAPPORTI ISTISAN 13/9. Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra 64enne, Ministero della Salute, Roma, luglio/settembre 2013; documento disponibile online.
- ISTAT, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31.12.2011, report 10/12/2013.
- Longoni B. (a cura di), I SERVIZI DOMICILIARI. Raccontare e raccontarsi. Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 2014.

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ARS Liguria, SISTEMA INFORMATIVO SUI SERVIZI SOCIALI PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (SINA). Relazione finale, 2009.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ARS Liguria, SISTEMA INFORMATIVO SUI SERVIZI SOCIALI PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (SINA). Indagine pilota sull'offerta dei servizi sociali per la non autosufficienza. Quaderni della Ricerca Sociale, 16, s/d (2012?).
- Nazi A., De Narda D. Bani P., *Accrescere la qualità di un servizio di assistenza domiciliare,* in PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE, n° 3.2 settembre, 2014; pagg. 22-26. (*)
- NNA NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), **L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA. Secondo rapporto**. Rimini: Maggioli, 2010.
- NNA NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA. 3° Rapporto. Il monitoraggio degli investimenti e il punto sulla residenzialità. Rimini: Maggioli, 2011.
- NNA NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (a cura di), **L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA. Quarto rapporto**. Rimini: Maggioli, 2013.
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Federsanità ANCI FVG, **ATLANTE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI IN FRIULI VENEZIA GIULIA**. Luglio 2011. (*)
- Romani L. (a cura di), I NON AUTOSUFFICIENTI IN VENETO TRA CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO E NUOVO WELFARE. Local Area Network, Valdagno, 2012.
- Rossi G., Bramenti D., Meda S, Sostenere gli anziani e le loro famiglie è possibile: alcuni esempi emblematici, in Donati P. (a cura di), **FAMIGLIE E BISOGNI SOCIALI: LA FRONTIERA DELLE BUONE PRASSI.** Franco Angeli, Milano, 2007.
- Tesauro T., *Pratiche domestiche di cura per gli anziani non autosufficienti*, in AUTONOMIE LOCALI E SERVIZI SOCIALI, n°1/2012.

Tesi di laurea:

- Faggionato Annalisa, *Invecchiamento e sostenibilità del welfare in Friuli Venezia Giulia*, Tesi di laurea triennale in Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi Unicusano di Roma. Relatore: Alessio Iannucci; AA 2010/2011. (*)
- Spadoni Elisa, Ripensare la domiciliarità. Spunti e proposte a partire dalla valutazione di un servizio di assistenza domiciliare. Tesi di laurea magistrale in Servizio Sociale, Politiche Sociali, Programmazione e Gestione dei Servizi. Università degli Studi di Trieste. Relatore: Anna Zenarolla, correlatore: Luigi Gui, AA 2011/2012. (*)

- Sul tema delle badanti e del lavoro domestico
- Catanzaro R., Colombo A. (a cura di), **BADANTI & CO. Il lavoro domestico straniero in Italia**. Bologna: Il Mulino, 2009.
- Cerri M., Il lavoro della badante tra solitudine delle famiglie e delega del welfare, in ANIMAZIONE SOCIALE, n°4/2009
- Cerri M., **BADANTI.** Trasformazioni del welfare, migrazioni femminili, mutamento del lavoro. Libreria al Segno Editrice, Biblioteca dell'Ippogrifo n°15, supplemento al n°9, inverno 2012.
- Cristini C., Da badanti a professioniste in famiglia, in PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE, n°6/2010. (*)
- Cristini C., Avviamenti nel settore del lavoro domestico in Friuli Venezia Giulia, in Agenzia regionale del lavoro (a cura di), IL MERCATO DEL LAVORO IN FRIULI VENEZIA GIULIA. Rapporto 2012. Franco Angeli, Milano, 2012. (*)
- D'Agaro S., De Narda D., *Polenta, frico e sarmale per fare comunità*, in ANIMAZIONE SOCIALE, agosto/settembre, 2013; pagg. 94-102. (*)
- e-labora, AVER CURA. Assistenti familiari in provincia di Pordenone. Aspetti sanitari e sociali. Rapporto di ricerca. Azienda per i Servizi Sociali n°6 Friuli Occidentale, giugno 2009; documento disponibile online. (*)
- Ferrari E. Lavoro di cura delle assistenti familiari: il ruolo del terzo settore nella costruzione di connessioni virtuose con il welfare locale, in ARETE', n°2, 2011; pp. 119 e segg.
- FRA European Union Agency For Fundamental Rights, **Migrants in an irregular situation employed** in domestic work: fundamental rights cha for the European Union and its Member States. Luxemburg: Publication Office for the European Union, 2011.
- IREF, IL WELFARE FATTO IN CASA. Indagine nazionale sui collaboratori domestici stranieri che lavorano a sostegno delle famiglie italiane. Rapporto di ricerca, Roma 2007.
- IREF, VIAGGIO NEL LAVORO DI CURA. Le trasformazioni del lavoro domestico nella vita quotidiana tra qualità del lavoro e riconoscimento delle competenze. 2014.
- IRES FVG, Il lavoro domestico in Friuli Venezia Giulia, I Report, 04/14, (a cura di Chiara Cristini) (*)
- IRS, Istituto per la ricerca sociale, **BADANTI: LA NUOVA GENERAZIONE. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura**. A cura di Pasquinelli S. e Rumini G., Dossier di ricerca, novembre 2008.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di), **BADARE NON BASTA. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche.** Roma: Ediesse, 2013.

- Pasquinelli S., Rusmini G., *Badanti, famiglie e servizi: uscire dalla nicchia*, in ANIMAZIONE SOCIALE, giugno/luglio 2013; pp. 26-33.
- Pasquinelli S., Sala M., *Assistenti familiari e lavoro somministrato. L'esperienza di Cooperjob*, in PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE, 7, 2013.
- Peruzzi P. (a cura di), NON AUTOSUFFICIENZA E TERRITORIO. L'innovazione nel campo dei servizi alla non autosufficienza. Nuovi approcci allo sviluppo della cooperazione sociale e del welfare locale. Maggioli Editore, 2011.
- Toniolo Piva P., *Anziani accuditi da donne straniere*, in ANIMAZIONE SOCIALE, maggio 2002; pag. 72-77.
- Turrini O., LE CASALINGHE DI RISERVA. Lavoratrici domestiche e famiglia borghese. Roma: Coines Edizioni, 1977.
- Venerus N., Simeoni C., L'azione di sistema per l'occupazione femminile e l'emersione del lavoro sommerso nel settore dei servizi alla persona, In Agenzia regionale del lavoro e della formazione professionale Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, LAVORO FEMMINILE E POLITICHE DI CONCILIAZIONE IN FRIULI VENEZIA GIULIA. Rapporto 2007. Franco Angeli, Milano, 2008. (*)
- Vietti F., Portis L., Ferrero L., Pavan A., **IL PAESE DELLE BADANTI. Una migrazione silenziosa.** Torino: SEI, 2012.

Tesi di laurea sulle assistenti familiari:

- Coccato S., Problemi di salute delle donne immigrate "badanti" nel territorio padovano. L'emersione delle assistenti familiari. Tesi di laurea in infermeria. Università degli Studi di Padova. Facoltà di Medicina e Chirurgia. AA 2001/2002.
- Gandolfi Claudia, *Tutela e promozione della salute nelle donne immigrate che esercitano la professione di assistenti familiari nella regione Friuli Venezia Giulia*. Tesi di master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni e delle Povertà, Fondazione Idente di Studi e di Ricerca, Caritas Diocesana di Roma, Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo; Anni 2007/09; relatore G. Pitzalis, correlatore N. Coppola, settembre 2009. (*)
- Scarso Silvia, *Badanti: nodo connesso o sconnesso alla rete dei servizi socio-assistenziali regionali?*Tesi di laurea in Sociologia delle Reti Territoriali e Organizzative. Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Trieste. Relatore: Paolo Tomasin, correlatore: Chiara Cristini, AA 2012/2013. (*)
- Stropkvicova Maria, *Ti voglio bene finché il contratto dura*. Università degli Studi di Padova. Tesi di laurea, 2006.

- Analisi del fabbisogno, monitoraggi e ricerche su interventi e servizi
- Area Welfare Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, **Monitoraggio FAP**; s/d (presentazione in power point). (*)
- Francesconi P., Profili F., Razzanelli M., Cipriani F., Lo studio "Bisogno sociosanitario degli anziani in Toscana": un esempio di epidemiologia integrata in un ciclo di programmazione regionale, in E&P, anno 37, n°2/3, marzo-giugno 2013; pp. 124-131.
- IRES FVG, **SCENARI DI DOMICILIARITÀ.** Servizio Sociale dei Comuni ambito distrettuale udinese; Cooperativa Servizi. A cura di Paolo Molinari e Anna Zenarolla. Cooperativa Servizi; IRES FVG, 2007. (*)
- IRSSeS, Analisi degli interventi approntati a livello territoriale dai SSC riguardo il sostegno economico per l'attività di assistenza familiare (L.r. 24/2004), documento interno, Trieste, 27 giugno 2007. (*)

Ricerche nazionali:

- CENSIS, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, DARE CASA ALLA SICUREZZA. 2010
- ISMU CENSIS (a cura di), ELABORAZIONE DI UN MODELLO PREVISIONALE DEL FABBISOGNO DI SERVIZI ASSISTENZIALI ALLA PERSONA NEL MERCATO DEL LAVORO ITALIANO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL CONTRIBUTO DELLA POPOLAZIONE STRANIERA. Sintesi della ricerca, Roma, 14 maggio 2013, www.censis.it.
- Relazioni e articoli sugli sportelli per le assistenti familiari in FVG (*)
- Agenzia regionale del lavoro Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, **ASSISTENTI FAMILIARI. Progetto "Professionisti in famiglia". Rapporto anno 2011**. Attività di monitoraggio degli sportelli Assistenti Familiari a cura di Chiara Cristini; documento disponibile online, 2012.
- Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia, Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione, Le politiche regionali di sostegno all'attività di assistenza familiare. Progetto per la Missione Valutativa n°1/2006; settembre 2006.
- Cristini C., Da badanti a professioniste in famiglia, in Prospettive Sociali e sanitarie n.6/2010;
- Gliozzo A., Friuli Venezia Giulia, Sportello Assistenti familiari: un buon servizio per le famiglie e una buona prassi per l'emersione, in: QT Quaderni di Tecnostruttura, Franco Angeli Milano, n.31-32, 2009.
- Qualizza M. (2011), Il progetto "Professionisti/e in famiglia": i risultati della sperimentazione di contrasto del lavoro sommerso nel lavoro di cura domiciliare, in: Regione Autonoma Friuli

- Venezia Giulia Agenzia regionale del lavoro, LAVORO FEMMINILE E POLITICHE DI CONCILIAZIONE IN FRIULI VENEZIA GIULIA. Rapporto 2010, Franco Angeli, Milano, 2011.
- SI.CON.TE., Sistema di Conciliazione Integrato della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, **Sintesi** dell'attività degli sportelli SI.CON.TE. 2011/2012/2013.
- Venerus N., Simeoni C., L'azione di sistema per l'occupazione femminile e l' emersione del lavoro sommerso nel settore dei servizi alla persona, in: Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Agenzia regionale del lavoro e della formazione professionale, Lavoro femminile e politiche di conciliazione in Friuli Venezia Giulia Rapporto 2007, Franco Angeli Milano, 2008.

Sulla formazione agli operatori sociali e alle assistenti familiari

- Ferlin T., Una lettura di genere dei corsi per operatore socio sanitario e competenze minima, in LAVORO FEMMINILE E POLITICHE DI CONCILIAZIONE IN FRIULI VENEZIA GIULIA. RAPPORTO 2009. A cura dell'Agenzia Regionale del Lavoro. Franco Angeli, Milano. (*)
- IRSSeS, La qualificazione degli assistenti familiari nel Friuli Venezia Giulia: censimento dei corsi di formazione breve, documento interno, Trieste, settembre 2011 (*)
- Leonarduzzi L., Stato di attuazione degli interventi formativi previsti dall'art.3 della legge n°24 e altri interventi, mimeo, 20 dicembre 2006. (*)
- Leonarduzzi L., Le politiche regionali di sostegno alle attività di assistenza familiare nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Italia. Slide presentate in occasione del seminario finale "Competence au service de la famille et de l'Emploi", Santiago di Compostela, 17 settembre 2010. (*)
- Leonarduzzi L, Le politiche regionali di sviluppo delle competenze degli operatori del settore sociosanitario in Friuli Venezia Giulia. Slide presentate in occasione di IQEA Final Conference, Santa Margherita di Pula, 22 ottobre 2013. (*)

Sull'animazione per gli anziani

Lorenzini Claudio (a cura di), L'ANIMAZIONE PER GLI ANZIANI. Le ragioni di un servizio nella montagna friulana: riflessioni, confronti e prospettive socio-antropologiche. Udine: Forum, 2010. (*)

Articoli in riviste o collettanee

AAVV, Famiglie, lavoro di cura e servizi. Numero speciale di PSS, n°12/2011

Pasquinelli S., Qualificare il lavoro privato di cura, in LA RIVISTA DELLE POLITICHE SOCIALI, 2, 2011.

Altri documenti:

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Area Welfare **Studio di fattibilità integrazione flusso SINA e flusso NSIS**. s/d

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Delibera della Giunta Regionale n°238-2014 [1]

Allegato alla DGR n°238, LINEE STRATEGICHE REGIONALI IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE E PROTEZIONE SOCIALE DELL'ANZIANO E DI INDIRIZZO PER LA NUOVA CLASSIFICAZIONE DEL SISTEMA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Iniziative progettuali sui temi connessi all'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti

- FORMAZIONE IN SITUAZIONE: LAVORO DOMESTICO E DI CURA IN FAMIGLIA. <u>Progetto FEI</u> (Fondo Europeo per l'Integrazione dei Cittadini dei Paesi Terzi), Azione 1, Anno 2010 (PROG-7431); Beneficiario Capofila: LYBRA COOPERATIVA SOCIALE.
- **PROFESSIONISTI/E IN FAMIGLIA.** Servizio Sportelli Assistenti Familiari promosso dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e coordinato dall'Agenzia regionale del lavoro.
- Progetto "Vicino a te". Occasioni formative e di sviluppo professionale nel campo dell'assistenza alla persona a donne che versano in difficoltà lavorative. Ente promotore: Comune di Casarsa della Delizia (PN). Progetto finanziato dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Anno 2010
- Progetto Helps Housing and homecare for elderly and vulnerable people and Local Partnership Strategies in Central European cities