



Assessorato alla Comunità e alle Famiglie  
Settore Servizi Sociali e Abitativi

---

# Vicenza, insieme si può

Percorsi per un welfare di comunità

---

Valutazione e ri - progettazione  
dei servizi al cittadino

Capitolo 4 : Gli anziani

---

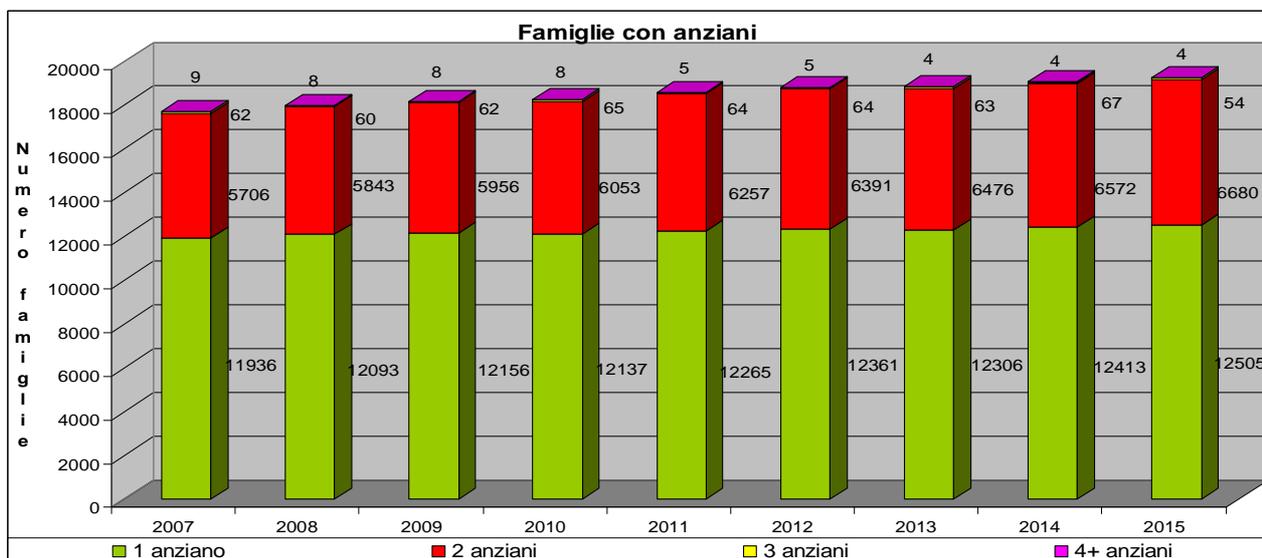
## Premessa demografica e sociologica

Al 31 dicembre 2015, dei 112.953 residenti a Vicenza, risultano essere 27.157 che hanno più di 65 anni, pari al 24% della popolazione complessiva, con un indice di vecchiaia (numero di anziani dai 65 anni in su ogni 100 giovani tra i 0 e i 14 anni) pari a 177,6.

Le previsioni demografiche, con l'ingresso nella fascia della popolazione anziana della generazione del baby boom (tra il 1952 e il 1964) obbligano tutti i diversi gradi della gestione della *res publica* a inserire nell'agenda politica il tema dell'assistenza e del sostegno alla popolazione anziana come una delle principali sfide che la società si troverà ad affrontare.

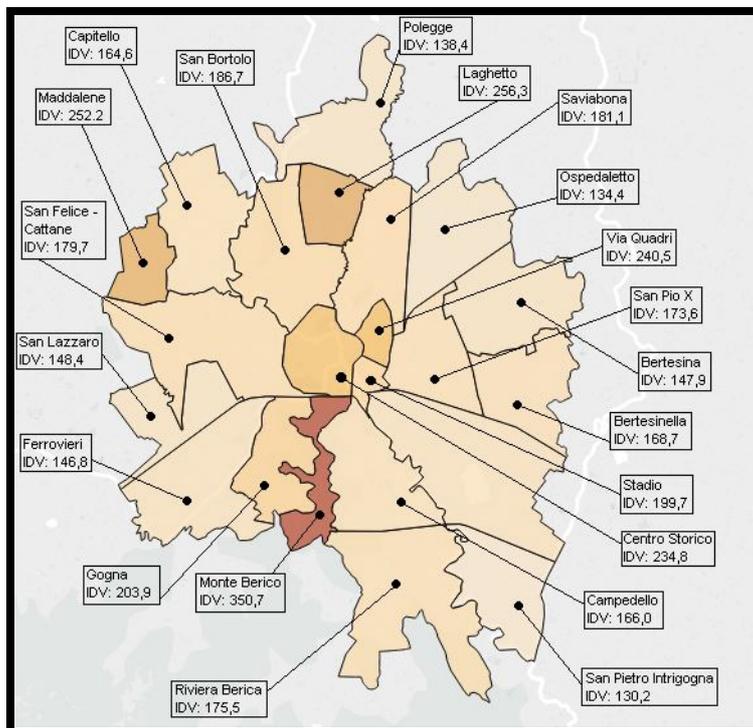
L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno ormai riconosciuto, a livello europeo e nazionale come a livello regionale, destinato a divenire nei prossimi decenni sempre più consistente. Si tratta di un cambiamento demografico radicale che mette in discussione non solo l'offerta sanitaria ma anche la struttura economica, l'organizzazione sociale, il sistema di relazioni interpersonali e intergenerazionali, tra l'altro innestandosi in un tessuto sociale ed economico profondamente mutato rispetto al passato, sotto il profilo del mercato del lavoro e delle strutture familiari e sociali.

Anche il capoluogo Berico risente dei processi di invecchiamento della popolazione: vi è un numero crescente di famiglie composte da anziani, che rappresentano nel 2015 il 38,8% di tutte le famiglie vicentine (per un totale di 19.2431 famiglie). Il 35,9% delle famiglie composte da anziani sono uni - personali. Nel dettaglio vivono soli 6.920 anziani, di questi 5.551 sono donne. Degli anziani che vivono soli, oltre il 31% sono di età superiore agli 85 anni.



Interessante è anche la distribuzione della popolazione anziana nel territorio. Il maggior numero di anziani si concentra nell'ex circoscrizione 2 (Riviera Berica) con un tasso che arriva nel 2015 a 351 anziani ogni 100 minori tra 0 e 14 anni.

Altre zone particolarmente significative relativamente alla presenza di popolazione con 65 anni e più riguardano il Centro Storico, i quartieri che si sviluppano intorno a via Quadri (S. Andrea, San Francesco e Araceli), i quartieri di Laghetto e di Polegge.



Distribuzione della popolazione anziana nei quartieri cittadini: in scuro le zone a maggiore intensità.

L'incremento della "cronicità multifattoriale", strettamente correlato all'età anziana, ed un aumento dell'intervallo di vita in cui le persone (in particolare le donne) si trovano in una condizione di parziale o totale non autosufficienza, implica ricadute importanti dal punto di vista sociale, sanitario e familiare, con il prolungarsi della necessità di cura da parte delle famiglie o dei servizi per molti anni. L'analisi demografica, infatti, evidenzia come, anche nel territorio vicentino con l'avanzare dell'età:

- rimanga rilevante la presenza di coppie di anziani senza figli con difficoltà ad assolvere i compiti di cura, quando uno dei due membri della coppia si trova in condizione di non autosufficienza: il modello assistenziale "anziano curato da anziano" è presente nel 33% dei casi;
- aumenti la prevalenza delle famiglie mono-personali, in maggioranza donne;
- cresca la quota dei membri aggregati (per esempio gli anziani che vivono nella famiglia dei figli coniugati).

Si tratta quindi di una popolazione, numericamente rilevante, che può essere considerata a rischio di "fragilità sociale e personale" e per la quale devono essere pensati e organizzati interventi per l'implementazione e il mantenimento delle capacità della persona anche in termini preventivi, che tengano conto non solo degli elementi di rischio, ma anche delle risorse di ogni singolo individuo.

Tale sostegno presuppone anche l'apporto di enti e di associazioni che si accompagnino al servizio pubblico, a partire dalla programmazione delle politiche sociali, culturali ed urbanistiche sino al concreto aiuto personale e familiare rivolto agli anziani più fragili.

In questo senso, Vicenza continua ad essere una città ricca di risorse e disponibilità, vista anche la vivacità e il protagonismo attivo rappresentato dalle molte associazioni presenti nel territorio. Il 27% delle associazioni attive nel territorio (iscritte all'Albo comunale delle associazioni e delle Onlus) afferiscono infatti all'area anziani, e complessivamente la capacità di mobilitazione di volontari nel Veneto riguarda più del 14% della

popolazione complessiva a fronte di un dato nazionale intorno al 9% (*Il volontariato in Italia*, Indagine Istat, 2013).

I servizi rivolti alla popolazione anziana sono erogati principalmente dall'Amministrazione Comunale (servizi sociali e socio sanitari ad alta intensità sociale), dall'azienda ULSS (servizi sanitari e socio sanitari ad alta intensità sanitaria), dai Centri Servizi presenti nel territorio, in particolare dall'Ipab per Vicenza, con la gestione diretta di servizi residenziali e semi residenziali, comprese strutture specificatamente dedicate al trattamento e al ricovero di persone con Alzheimer e decadimento cognitivo.

Il Comune di Vicenza è inoltre beneficiario di un contributo (progetto Home care premium) erogato dall'Inps - gestione dipendenti pubblici, che nel 2015 ha consentito di erogare servizi per la permanenza nella propria casa a 56 anziani non autosufficienti che avevano le caratteristiche per l'accesso (ex dipendenti o genitori di dipendenti pubblici).

Per quanto riguarda i servizi erogati direttamente dal Comune, l'Amministrazione comunale risponde al bisogno assistenziale della popolazione anziana attraverso un insieme di prestazioni e servizi articolati e che interessano oltre il 7% della popolazione ultra sessantacinquenne residente.

<b>Anziani residenti e in carico nel 2015</b>	
<b>Nuclei familiari di anziani residenti</b>	19.243
<b>Percentuale dei nuclei familiari seguiti dal servizio sociale</b>	7,70%
<b>Nuclei familiari di anziani in carico al servizio sociale</b>	1.497

La priorità nell'erogazione delle prestazioni è data agli interventi che possono contrastare e prevenire il ricorso a strutture residenziali, permettendo all'anziano di rimanere nella propria casa.

Altri importanti servizi alla popolazione anziana sono gestiti ed erogati dall'azienda Ulss, dai Centri Servizi (in particolare dall'Ipab di Vicenza), dal privato sociale e dall'associazionismo. Tra questi ricordiamo i "Centri Sollievo", realizzati grazie a un finanziamento della Regione Veneto, che prevedono la possibilità per persone con Alzheimer in stato iniziale di trascorrere alcune ore della settimana in contesti di socializzazione, sollevando in parte il caregiver dall'impegno assistenziale.

Nel 2015 sono stati erogati i seguenti servizi:

<b>INTERVENTI</b>	<b>nr. assistiti</b>
Trasporto anziani (per prestazioni sanitarie diurne e attività ricreative)	84
Assistenza Domiciliare	144
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	158
Centri Diurni per anziani non autosufficienti	95
Alloggi protetti	28
Integrazione rette per inserimento in strutture residenziali anziani non autosufficienti	191
Integrazione rette per inserimento in strutture semi-residenziali anziani non autosufficienti	12
Integrazione rette per inserimento in strutture residenziali anziani autosufficienti	24
Contributi economici (utenze, alloggio, straordinari)	66
Telesoccorso	368

Di seguito, si analizzano gli interventi di sostegno al reddito, di protezione e tutela e di sostegno alla domiciliarità, così come si sono sviluppati e modificati nel tempo.

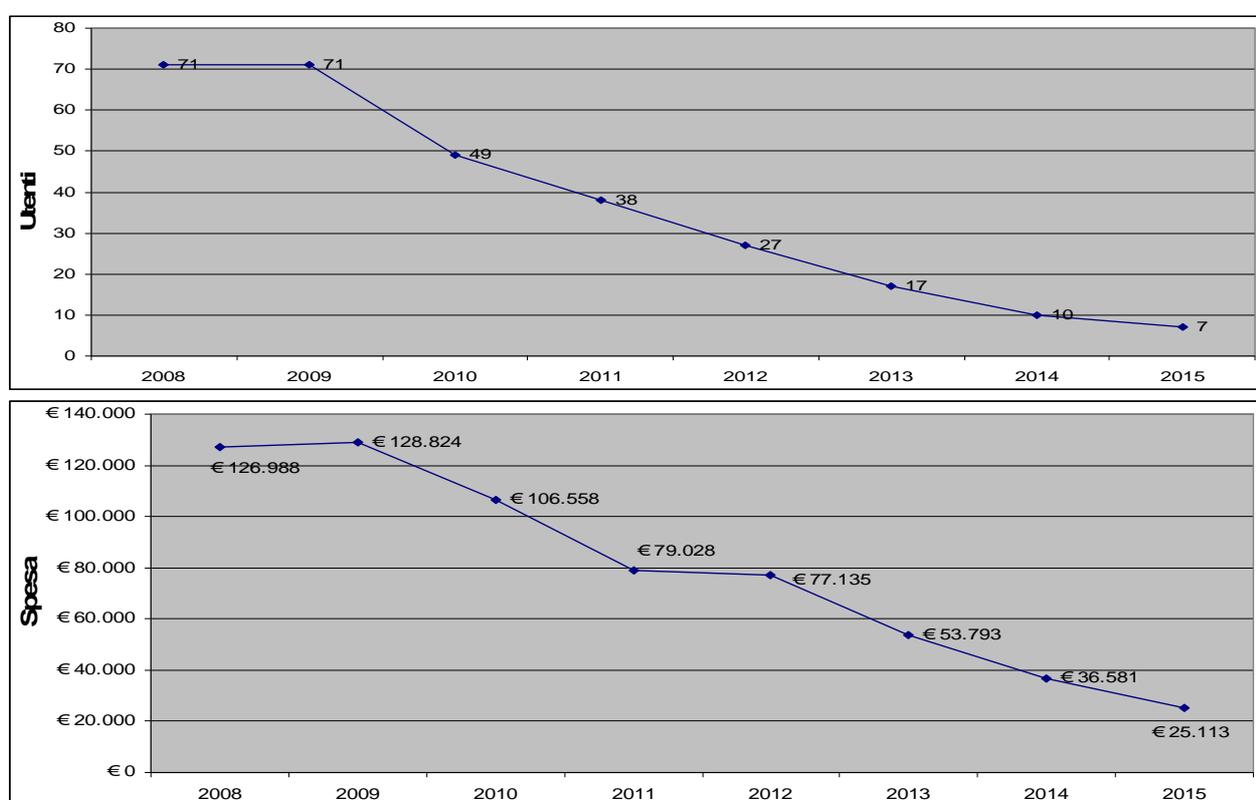
Come specificato in premessa, è stato possibile analizzare i dati relativi al sostegno al reddito solo a partire dal 2008, negli anni precedenti i dati non sono disponibili perché aggregati ai dati sui contributi agli adulti.

## Gli interventi di sostegno al reddito

Secondo il rapporto sulla qualità dell'abitare della Regione del Veneto<sup>1</sup> nel 2011, nella nostra Regione il 16,5% degli anziani risultava a rischio di povertà, molto di più della popolazione complessiva (9,7%); maggiormente esposte risultavano essere le donne anziane, costrette ad affrontare serie difficoltà economiche date le pensioni mediamente più basse: circa una su cinque risultava a rischio di povertà.

Nei primi anni della crisi economica (tra il 2008 e il 2010), il 27,4% delle famiglie venete con almeno un anziano dichiarava di arrivare con difficoltà a fine mese, il 33% se si considerano gli anziani soli.

Nonostante tale evidenza, il sostegno al reddito rappresenta una parte assolutamente marginale dei dispositivi di aiuto rivolti alla popolazione anziana. Dalla lettura dei contributi economici a favore degli ultra 65enni, emerge in maniera chiara una costante diminuzione sia in termini di beneficiari che di risorse impiegate.



Il dato deve essere letto alla luce di una serie di fattori concorrenti:

- la modifica del regolamento dei contributi del Comune di Vicenza<sup>2</sup>, che cambia i criteri di priorità e che privilegia le famiglie con minori e, valutando il patrimonio immobiliare, penalizza gli anziani, considerando che 4 anziani su 5 risultano proprietari dell'alloggio in cui vivono<sup>3</sup>; tuttavia solo le spese per l'abitazione risultano più impegnative, fino a incidere per un quarto del proprio reddito, e possedere la casa può diventare fonte di preoccupazione economica, piuttosto che uno status di ricchezza;

1 La qualità dell'abitare in Veneto, Regione del Veneto 2012

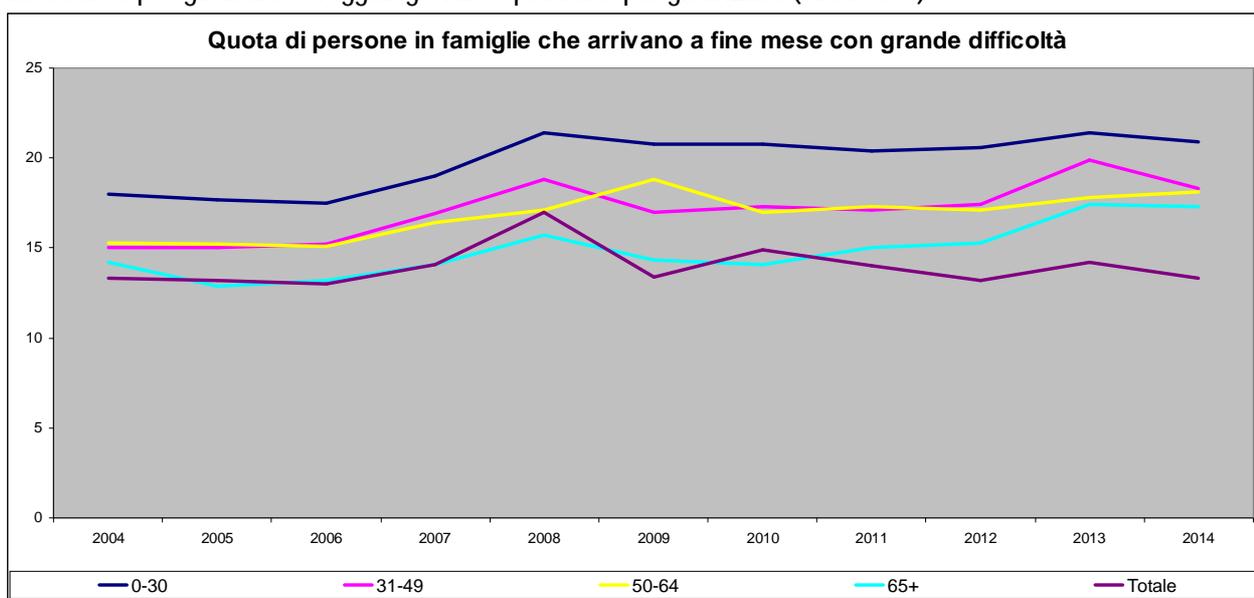
2 Regolamento per il sostegno economico a persone e famiglie in situazione di bisogno, Approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 32 del 09/04/2013

3 Studio CGIA Mestre 2016 <http://www.cgiamestre.com/2015/10/182-per-cento-dei-proprietari-di-prima-casa-sono-pensionati-operai-e-impiegati/>

- la definitiva revisione dei parametri dell'ISEE nel novembre 2014 che ha portato diverse novità, tra cui nuovi livelli di detrazioni fiscali per le persone non autosufficienti e l'equiparazione di alcune prestazioni assistenziali (quali ad esempio la pensione di invalidità civile e l'indennità di accompagnamento) a veri e propri redditi che contribuiscono ad alzare l'indicatore. La conseguenza indiretta di tale provvedimento è quella di obbligare gli utenti a pagare quote più elevate di compartecipazione alle spese per sanità e servizi sociali locali;
- la scelta di privilegiare l'erogazione di servizi agli anziani, in particolare per favorirne la permanenza presso il domicilio;
- la minore richiesta di contributi economici da parte degli anziani rispetto alle altre fasce di età, sicuramente determinato anche dalla maggiore riservatezza e pudore nel chiedere aiuto che caratterizza la popolazione anziana.

La condizione economica degli anziani, reale e percepita, è analizzata nel rapporto sul benessere economico sociale dell'Istat del 2015 <sup>4</sup> che mostra come, durante gli anni della crisi, la quota di chi viveva in famiglie che arrivavano a fine mese con molta difficoltà ha avuto un deciso aumento fino a raggiungere il valore massimo nel 2013 (18,8%). Nel 2014, tuttavia, l'indicatore soggettivo mostra un leggero miglioramento, scendendo al 17,9%, non coinvolgendo gli individui in prossimità della pensione (50-64 anni).

Le difficoltà diminuiscono all'aumentare dell'età: la percentuale di quanti vivono in famiglie che arrivano a fine mese con molta difficoltà è più elevata tra i minori e i giovani fino a 30 anni (superiore al 20 %), diminuisce per gli adulti e raggiunge valori più bassi per gli anziani (circa 13%).



Il grafico è tratto dall'indagine Istat "Benessere Economico – BES 2015", capitolo 4., pagina 134.

Nel contesto Vicentino, i dati confermano i dati nazionali e veneti.

<sup>4</sup> UrBes 2015 - Il benessere equo e sostenibile nelle città

## Gli interventi di protezione e tutela: gli inserimenti nelle strutture residenziali

L'assistenza sanitaria e socio assistenziale agli anziani (parzialmente o totalmente) non autosufficienti rappresenta una delle grandi sfide che l'Italia si trova ad affrontare.

A Vicenza, gli anziani rappresentano il 24%, (con oltre 27.000 cittadini con 65 anni e più). Così come definiti dall'Organizzazione mondiale della sanità, che concepisce la disabilità come il risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali personali e ambientali<sup>5</sup>, all'interno di questa consistente porzione di popolazione, secondo le stime nazionali, il 18,5%, pari a 4.668 persone, ha limitazioni funzionali<sup>6</sup>. L'impatto del possibile bisogno assistenziale e di cura di questa parte della popolazione rappresenta uno degli elementi di maggiore preoccupazione per il governo dei servizi sociali e socio assistenziali.

La governance di tale fenomeno è particolarmente complessa anche per la compresenza di numerosi e diversi attori coinvolti:

- 1) l'anziano stesso e la sua famiglia: l'accesso ai servizi avviene nella maggioranza dei casi solo per richiedere prestazioni di tipo sanitario e per l'accesso ai benefici assistenzialistici (invalidità civile, assegno di accompagnamento). Raramente le famiglie si rivolgono al sistema dei servizi pubblici per condividere progetti di prevenzione alla perdita di autosufficienza di un familiare anziano;
- 2) il sistema socio-sanitario delle aziende ULSS a cui è affidata la gestione del fondo economico per la quota sanitaria sia rispetto alla residenzialità che alla domiciliarità (ICD).
- 3) l'amministrazione comunale con un ruolo marginale negli interventi che si rendono necessari quando un anziano perde completamente la propria autonomia tanto da rendersi necessario il ricovero presso un Centro Servizi.

In particolare l'assistente sociale del Comune ha il compito di valutare gli aspetti sociali (rete familiare, condizione socio economica) nel momento della richiesta di ingresso in una struttura residenziale. L'Amministrazione interviene per l'integrazione delle rette di ricovero, rispetto alla quota sociale, quando il reddito dell'anziano è insufficiente; si attiva per la segnalazione al giudice tutelare ai fini di interventi a tutela della persona e della gestione del patrimonio (amministrare di sostegno, curatore, tutore) soprattutto se si tratta di anziani soli o comunque privi di una sufficiente rete familiare in grado di curarne gli interessi.

L'accesso ai Centri Servizi (case di riposo) è stato negli anni disincentivato, soprattutto in un'ottica di de-istituzionalizzazione, finalizzata a permettere la permanenza dell'anziano nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile.

I Centri Servizi operano in stretta collaborazione con i servizi sanitari e sociali per offrire alle persone anziane che, per scelta o necessità (situazioni di bisogno/fragilità familiare e/o presenza di bisogni complessi), non possono più rimanere nella loro abitazione, un'adeguata accoglienza e garanzie di tutela della salute. Gli anziani non autosufficienti possono accedere sia a strutture presenti nel territorio della propria Ulss di residenza, sia a strutture extraterritoriali ("libera scelta"), purché tali centri siano stati preventivamente autorizzati ad operare.

<sup>5</sup> Nello specifico, l'ISTAT definisce le persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà in alcune specifiche dimensioni: costruzione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

<sup>6</sup> World Health Organization, WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

E' previsto il pagamento di una retta a carico dell'interessato per la parte alberghiera e un contributo giornaliero dalla Regione Veneto riferito alle prestazioni di rilievo sanitario (vedi oltre).

Anche le persone anziane autosufficienti possono entrare in casa di riposo, per trasferirsi in un ambiente in cui sono assistiti costantemente e per stare in compagnia di altre persone. In questo caso la quota è totalmente a carico dell'ospite che si accorda con la struttura di accoglienza. La persona è comunque inserita all'interno del Registro Unico di Residenzialità per il monitoraggio del fenomeno. Il Comune, come spiegato in seguito, interviene a sostegno della spesa per la residenzialità nelle situazioni che presentano elementi di disagio economico.

I Centri Servizi offrono un insieme complesso e articolato di servizi, unendo alle prestazioni di tipo alberghiero (vitto, alloggio cura e assistenza) un insieme di prestazioni sanitarie, svolte da medici, infermieri e altri (es. fisioterapisti).

L'accesso alle strutture residenziali avviene a seguito della valutazione della situazione di difficoltà dell'anziano da parte dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD), cioè da un'equipe di operatori sociali (assistente sociale comunale) e sanitari (medico di famiglia, infermiere, medico di distretto...), attraverso la scheda Svama.

La scheda Svama è una scheda di valutazione che viene compilata dal medico di famiglia, dal medico distrettuale e dall'assistente sociale del Comune, che riassume tutte le informazioni utili a descrivere, sotto il profilo sanitario e socio-assistenziale le condizioni dell'anziano, nonché le abilità residue.

Se l'equipe valuta l'inserimento in residenza per anziani come "migliore progetto" di assistenza per la persona, questa, sulla base di un punteggio di gravità determinato dalla condizione sanitaria, sociale e dall'assenza di alternative all'istituzionalizzazione, viene inserita in una graduatoria unica per tutta l'Ulss (Registro unico della residenzialità), gestito dall'Ulss 6 tramite il Servizio Adulti Anziani che monitora l'assegnazione delle impegnative di residenzialità e autorizza i Centri servizi all'accoglienza. È l'assistente sociale del Centro Servizi della "Casa di Riposo" che ha il compito di contattare il cittadino nel momento in cui si rende disponibile un posto presso la struttura protetta scelta.

La lista di attesa per l'inserimento nelle strutture è determinata dalla disponibilità delle quote sanitarie regionali, sulla base della graduatoria unica della residenzialità, che provvede a rilasciare l'impegnativa di residenzialità nel limite del numero massimo di impegnative annuo equivalente stabilito dalla programmazione regionale ed in concomitanza con la disponibilità del posto presso il Centro Servizi scelto dalla persona.

Per la sola città di Vicenza il numero di impegnative di residenzialità è fissato in un numero totale – per il 2016 – di 1748, di cui 1411 per inserimenti di 1° livello, e 337 per inserimenti di media intensità. Vi è inoltre una quota aggiuntiva riservata agli stati vegetativi (10) e ai religiosi anziani.

Sostanzialmente le impegnative di residenzialità sono quote economiche pro die/pro capite definite a monte per la copertura della quota sanitaria per gli inserimenti nei Centri Servizi.

Visto il numero di impegnative, paradossalmente se 4 anziani (3 con un una necessità di assistenza di primo livello e 1 con necessità di assistenza sanitaria di medio livello) fossero inseriti il 1 gennaio e risultassero ancora inseriti al 31 dicembre, e non si verificassero dimissioni (per trasferimento o decessi) delle persone già ospiti nelle strutture, nell'anno di riferimento non potrebbe essere inserito nessuno.

La quota sanitaria è pari a € 49,00 per l'assistenza di primo livello (ovvero € 17.885,00 annui) e € 56,00 per l'assistenza di media intensità (pari a € 20.440,00).

La quota sociale, o alberghiera, deve essere sostenuta dall'ospite, dai familiari (coniugi e parenti, secondo quanto previsto dalla normativa e dalla giurisprudenza), o - nel caso di indigenza e assenza di familiari tenuti al mantenimento - dall'Amministrazione comunale, in compartecipazione o in toto.

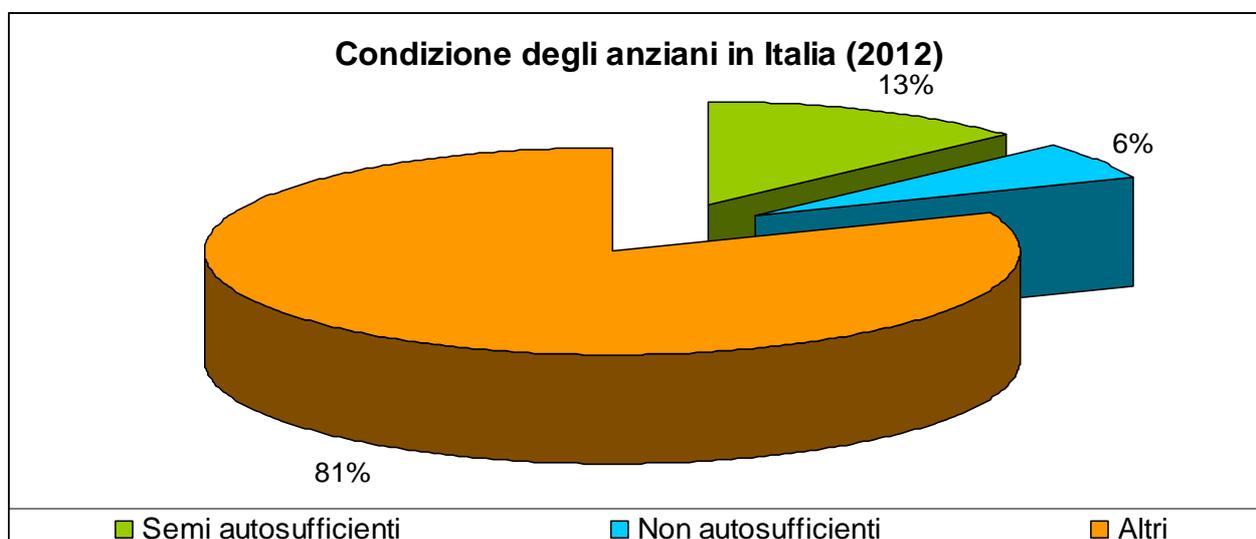
La quota alberghiera varia in ragione delle offerte del Centro Servizi, si assesta in un range tra un minimo di 54,00 euro giornalieri (spesa media mensile € 1.750,00) e un massimo di 64,00 euro (spesa media mensile € 2.000,00).

Se dal punto di vista amministrativo e finanziario il ruolo dell'Amministrazione comunale è limitato, non altrettanto dal punto di vista delle prese in carico, della definizione dell'offerta (relativamente al compito di definire il fabbisogno di posti letto e strutture) e soprattutto dei servizi di orientamento e sostegno alle famiglie e di interventi di prevenzione all'istituzionalizzazione.

Le assistenti sociali sono direttamente coinvolte nella valutazione, nell'organizzazione, nella partecipazione alle UVMD e nell'affiancamento delle famiglie nel delicato momento della scelta di un ricovero permanente per un familiare anziano. L'intervento del Servizio Sociale è previsto a prescindere dalla richiesta d'integrazione economica e impegna circa il 40% del tempo di un'operatrice.

In Italia 2,5 milioni di anziani hanno limitazioni funzionali di qualche tipo (mobilità, autonomia, comunicazione, ecc.) e sono parzialmente o totalmente non autosufficienti<sup>7</sup>, pari al 19% della popolazione con 65 anni e più.

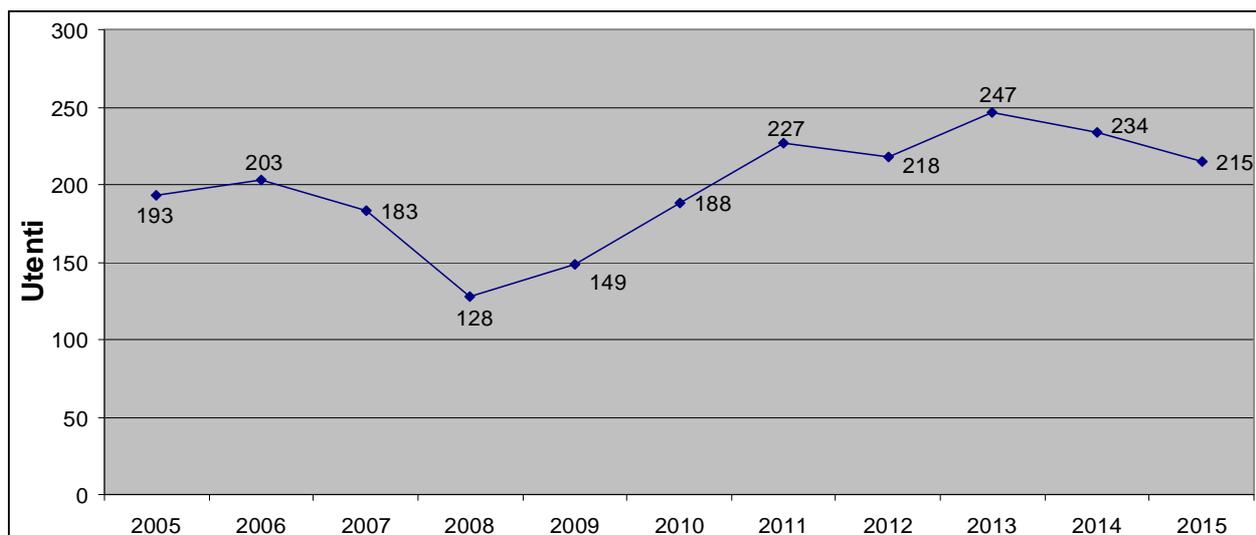
Il tasso di non autosufficienza è stimato intorno al 6,3% (cfr. Cislighi 2008). Supponendo una situazione in linea con il dato nazionale, si possono quindi stimare circa 1.300 persone over 70 che a Vicenza possono aver bisogno di sostegno e aiuto nelle attività quotidiane.



Le prestazioni che l'Amministrazione comunale garantisce per le persone non autosufficienti che necessitano di ricoveri in Centri Servizi si sostanziano in trasferimenti economici per l'integrazione alla retta giornaliera e/o quota alberghiera.

Il grafico mostra come tale spesa si mantenga sostanzialmente costante, proprio in ragione delle politiche disincentivanti rispetto all'istituzionalizzazione.

<sup>7</sup> L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA<sup>5</sup> Rapporto Un futuro da ricostruire Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, 2015 Maggioli editore



Anche in questo caso è evidente come la crisi economica a partire dal 2008 abbia condizionato il ricorso al ricovero.

Nel dettaglio la tabella confronta il numero degli anziani residenti con il numero delle persone in carico.

Anno	Popolazione 65+ anni	Anziani in carico	% anziani in carico	di cui non autosufficienti in carico	% non autosufficienti in carico
2008	25240	1058	4,19	115	0,46
2009	25559	1267	4,96	130	0,51
2010	25666	1249	4,87	165	0,64
2011	26195	1100	4,2	204	0,78
2012	26318	1193	4,53	197	0,75
2013	26668	1154	4,33	221	0,83
2014	26960	1070	3,97	207	0,77
2015	27157	965	3,55	191	0,7

È evidente che a fronte di una popolazione stimata di non autosufficienti pari a 1.300 anziani, di cui 971 già inserita nei Centri Servizi (pari al 74,6%)<sup>8</sup>, l'intervento da parte dell'Amministrazione riguarda una percentuale minima della popolazione.

La spesa media per il Comune in ogni caso si assesta, per gli anni dal 2008 al 2015 intorno 1,4 milioni di euro all'anno.

8 Dato del servizio adulti e anziani non autosufficienti dell'Azienda ULSS n. 6 riferito al 31/03/2016

## Gli interventi di sostegno alla domiciliarità

Se per gli interventi finalizzati all'accoglienza (temporanea o definitiva) nelle strutture per non autosufficienti il ruolo del servizio sociale comunale rimane piuttosto marginale, nell'attivazione di tutti quei presidi, servizi e interventi per la permanenza a casa dell'anziano, acquista invece un ruolo centrale.

In questi anni lo sforzo dell'Amministrazione è stato quello di attivare e garantire servizi e prestazioni nel pieno rispetto della dignità umana e dei diritti di libertà ed autonomia delle persone anziane, anche di quelle a rischio di perdita dell'autosufficienza, riconoscendo la centralità del sostegno della famiglia e del valore delle relazioni sociali ed il diritto al sostegno per poter continuare a vivere nella propria casa.

Tali condizioni hanno reso necessario l'individuazione di criteri di priorità di accesso, ma soprattutto la necessità di favorire e sostenere processi di solidarietà sociale e di integrazione tra l'apporto pubblico e privato.

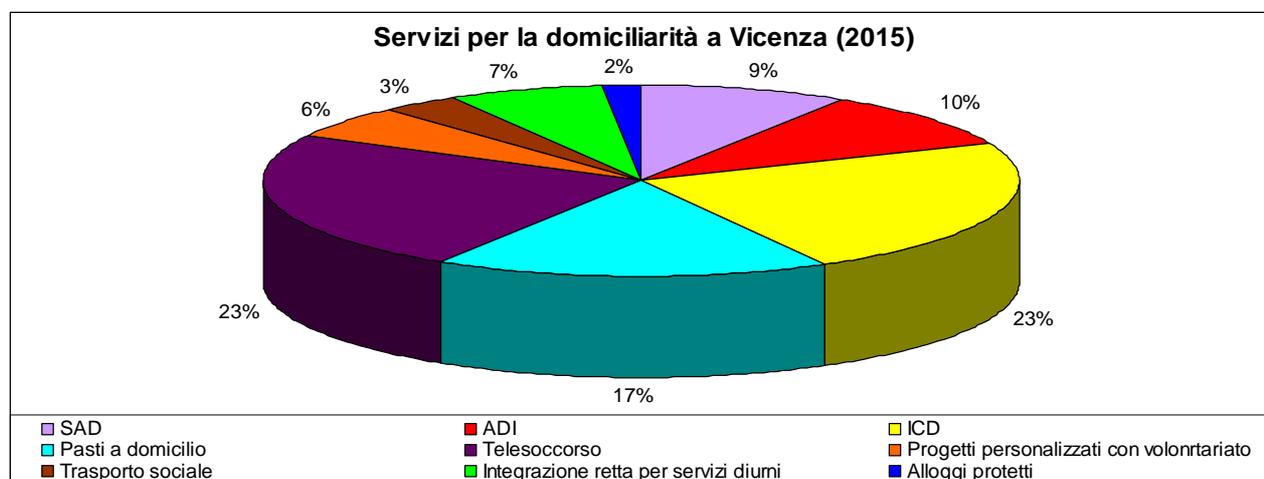
Il sistema integrato dei servizi per la domiciliarità comprende le seguenti prestazioni:

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- erogazione delle Impegnative di Cura Domiciliare (ICD);
- pasti a domicilio;
- telesoccorso;
- attivazione di progetti personalizzati con l'ausilio del volontariato;
- trasporto sociale per raggiungere strutture sanitarie per controlli e analisi e per partecipare ad attività di socializzazione;
- integrazione della retta per l'accesso ai servizi diurni;
- accesso ad appartamenti protetti di proprietà Comunale.

Complessivamente nel 2015 sono stati garantiti servizi per un totale 1.617 anziani, molti usufruiscono di due o tre servizi (ad esempio telesoccorso, SAD e pasti a domicilio).

E' proprio l'integrazione di diversi interventi che spesso rende possibile la permanenza a domicilio.

Il grafico a torta mostra la suddivisione degli interventi nel corso del 2015. E' interessante evidenziare come percentualmente il numero delle Impegnative di Cura Domiciliare (erogazione di contributi economici per la gestione a domicilio della persona non autosufficiente) costituisca il 23% delle richieste.



Il dato conferma il ricorso da parte delle famiglie degli anziani non autosufficienti, anche parzialmente, a forme di assistenza privata (ovvero alle assistenti familiari).

Per quanto riguarda gli altri servizi:

*L'assistenza domiciliare* è affidata dal Comune tramite gara ad una cooperativa del privato sociale, con la priorità di favorire il recupero sul piano fisico e psico-sociale delle persone non autonome ed impedire la cronicizzazione delle situazioni di dipendenza e di isolamento sociale, permettendo ai cittadini più fragili di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambito familiare e sociale d'appartenenza, evitando, per quanto possibile, il ricorso a strutture residenziali. Il servizio è svolto nell'ambiente di vita del soggetto, intendendo per ambiente non solo lo spazio fisico ma l'intero contesto delle relazioni significative tra il soggetto ed il suo ambiente con l'intento di coniugare, attraverso progetti personalizzati, l'ambiente di vita della persona e la sua rete familiare e sociale di riferimento con le risorse del territorio; in tal senso il servizio può anche supportare l'attività del familiare che si fa carico dell'assistenza (caregiver primario).

L'Azienda ULSS n. 6 gestisce, integrandosi con i servizi messi a disposizione dall'Amministrazione, i servizi di *Assistenza Domiciliare Integrata Medica (ADIMED)*, ovvero l'insieme delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte da un insieme integrato e coordinato di più figure professionali (personale infermieristico, personale medico, fisioterapisti, assistenti sociali etc), al domicilio del paziente di qualsiasi età.

*Il servizio pasti* garantisce la consegna a domicilio di uno o due pasti precotti ed è gestito da ditte con esperienza pluriennale nella gestione del servizio specifico.

*Il trasporto sociale* garantisce, nel limite delle risorse disponibili, l'accompagnamento dell'anziano con ridotte funzionalità presso i presidi sanitari per visite e esami. In misura minore, può essere attivato per permettere attività di socializzazione e del tempo libero. Il servizio è gestito da cooperative sociali individuate con bandi di evidenza pubblica e integrato da attività delle associazioni di volontariato.

*Il telesoccorso* garantisce un sistema di allerta, attivato direttamente dall'anziano, nel caso di bisogno ed è gestito da una ditta privata in convenzione.

I Centri Diurni socio – sanitari sono strutture a cui si accede con graduatoria secondo le stesse modalità delle strutture residenziali. Prevedono l'accoglienza per 4/6 ore al giorno dell'anziano parzialmente autosufficiente, che viene assistito, e a cui vengono garantite attività riabilitative finalizzate al mantenimento delle competenze residue il più a lungo possibile.

A Vicenza i Centri Diurni (“Villa Rota Barbieri”, “Ottavio Trento” e “Bachelet”) sono dall'1 ottobre 2015 sotto la gestione dell'Ipab. In precedenza due Centri Diurni su tre prevedevano la gestione dell'Ipab in convenzione con l'amministrazione comunale.

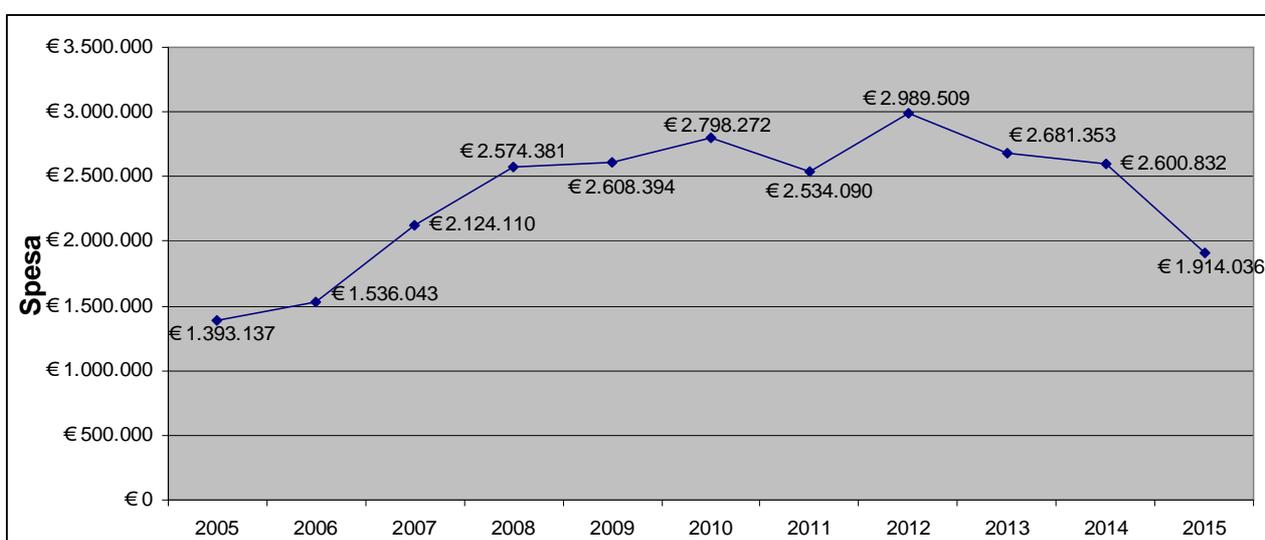
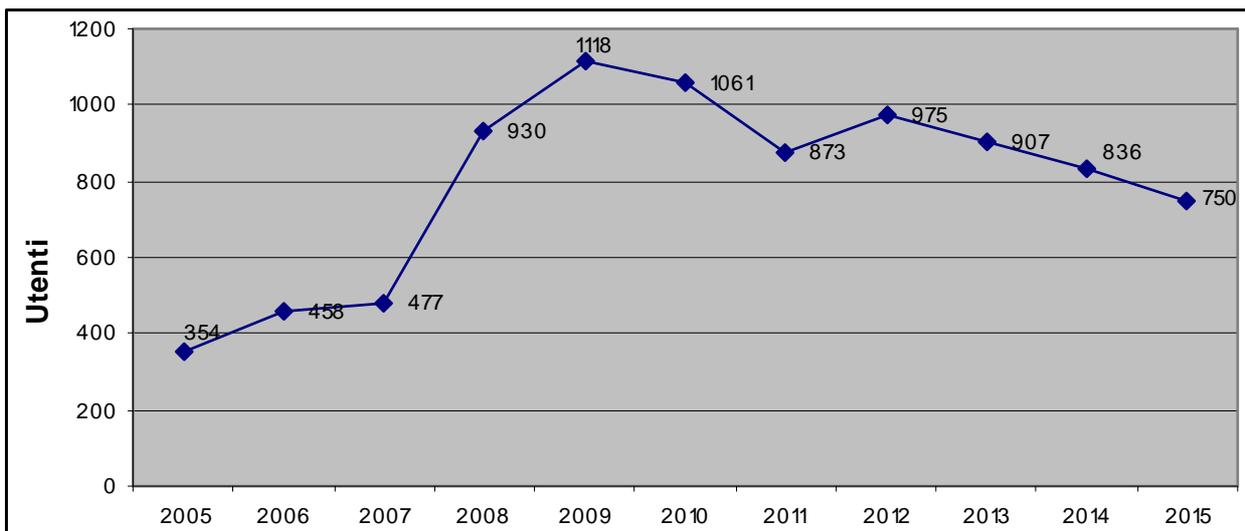
Della rete dei servizi per il sostegno alla domiciliarità fanno parte anche le *Associazioni della Consulta Comunale Anziani*: si tratta di associazioni sia di anziani che rivolte alla popolazione anziana, regolarmente iscritte all'Albo Comunale delle Associazioni e delle Onlus (quindi valutate in relazione a statuto, bilancio e attività), che da tempo collaborano con l'Amministrazione per la definizione delle politiche e servizi a favore della popolazione anziana. Alcune di queste associazioni gestiscono i Centri Anziani, luoghi di socializzazione e ricreazione in cui vengono offerte attività culturali, sportive e del tempo libero, presenti sostanzialmente in tutti i quartieri cittadini, e che si rivolgono agli anziani ancora attivi e protagonisti.

Come per tutte le altre fasce di età, la presenza capillare di volontari nelle parrocchie cittadine, rappresenta il primo aggancio nei quartieri con le situazioni di disagio, di solitudine e di malessere.

Per tutti i servizi è prevista una compartecipazione alla spesa da parte dei beneficiari, in rapporto alla condizione economica accertata con l'ISEE.

Il Comune sostiene, se necessario, in parte o completamente la spesa (per il SAD e i pasti), oltre a gestire le liste d'attesa e monitorare e valutare i singoli progetti.

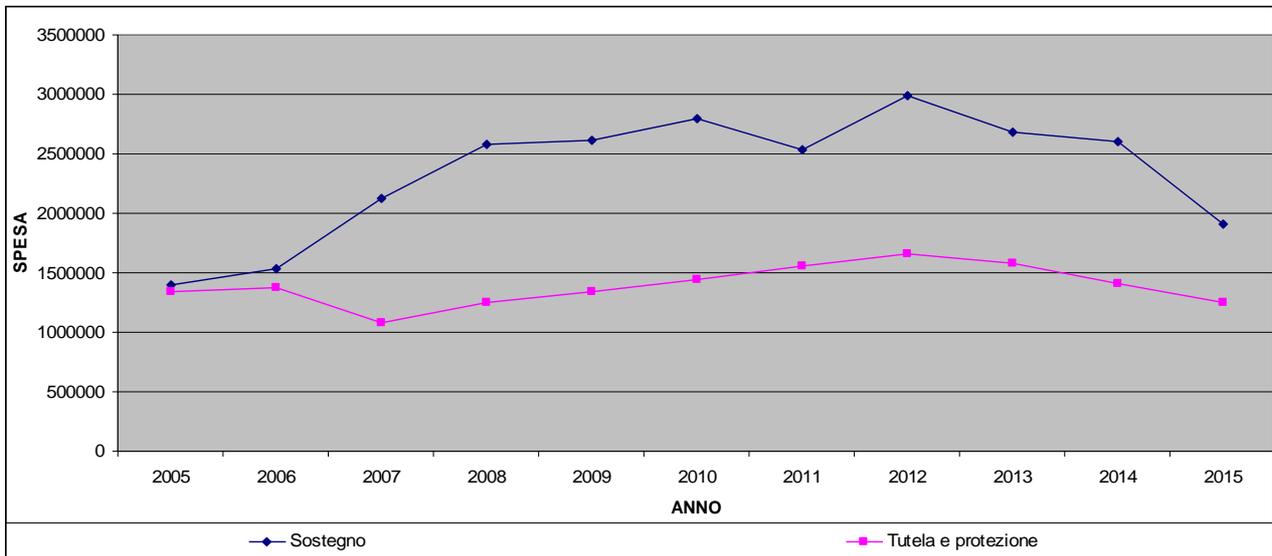
L'andamento della spesa nel tempo è abbastanza coerente con il numero di beneficiari:



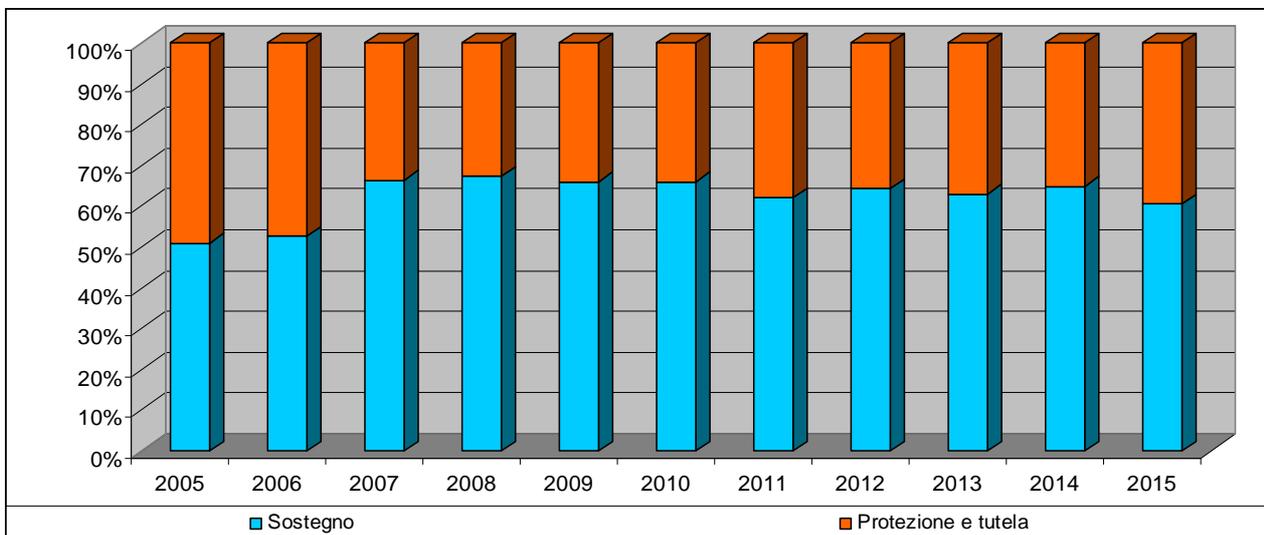
Anche da questi dati emerge l'impatto della crisi sul sistema dei servizi, con un calo significativo sia in termini di risorse che di beneficiari negli anni 2010/2011.

## Elementi di valutazione e ipotesi di scenari futuri

Il confronto dei dati della spesa negli anni per gli interventi di sostegno alla domiciliarità e per la residenzialità conferma la scelta dell'Amministrazione di un forte impegno nei confronti di interventi che consentano agli anziani di permanere nel proprio contesto di vita, anche a fronte di una minore disponibilità economica.



Anche dal punto di vista del numero di beneficiari la prevalenza di un'attenzione agli interventi di sostegno è evidente:



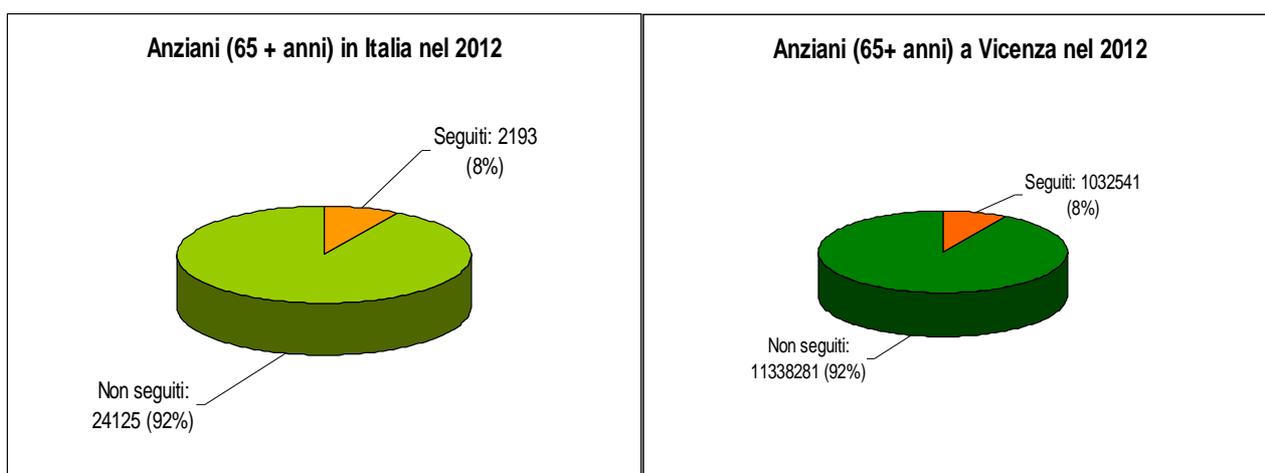
Il dato evidenzia comunque degli elementi di criticità e delle motivazioni che esulano dalle scelte di indirizzo:

- negli anni di maggiore impatto della crisi economica la riduzione del numero degli interventi di tutela è determinata dalla minore disponibilità delle famiglie a sostenere la spesa per gli inserimenti residenziali;
- il 23% degli interventi per la domiciliarità consiste in trasferimenti economici per il sostegno alle famiglie, con quasi nessuna possibilità di verificare che tali contributi siano effettivamente utilizzati

dalle famiglie a favore della persona non autosufficiente (si veda in questo senso la diminuzione del numero di assunzioni di personale di cura certificata nei rapporti Istat)<sup>9</sup>;

- il dato sul numero delle persone in carico per sostegno agli interventi residenziali è assolutamente marginale rispetto al totale delle persone inserite nelle strutture (nel 2015, 115 anziani su 965, pari all'11,9%);
- il numero degli inserimenti in strutture residenziali è condizionato e regolamentato dalle impegnative di residenzialità le cui quote disponibili sono fissate a livello regionale.

Deve comunque essere evidenziato che la percentuale di anziani seguiti per interventi di domiciliarità a Vicenza è perfettamente in linea con la percentuale registrata nel 2012 a livello nazionale (dati Istat):



Il confronto con i dati nazionali e regionali, relativi al numero dei beneficiari, alla spesa complessiva e alla spesa procapite media riferita agli interventi per la domiciliarità colloca Vicenza in una situazione particolarmente vantaggiosa; i dati sono riferiti al 2012, ultimo dato disponibile a livello nazionale:

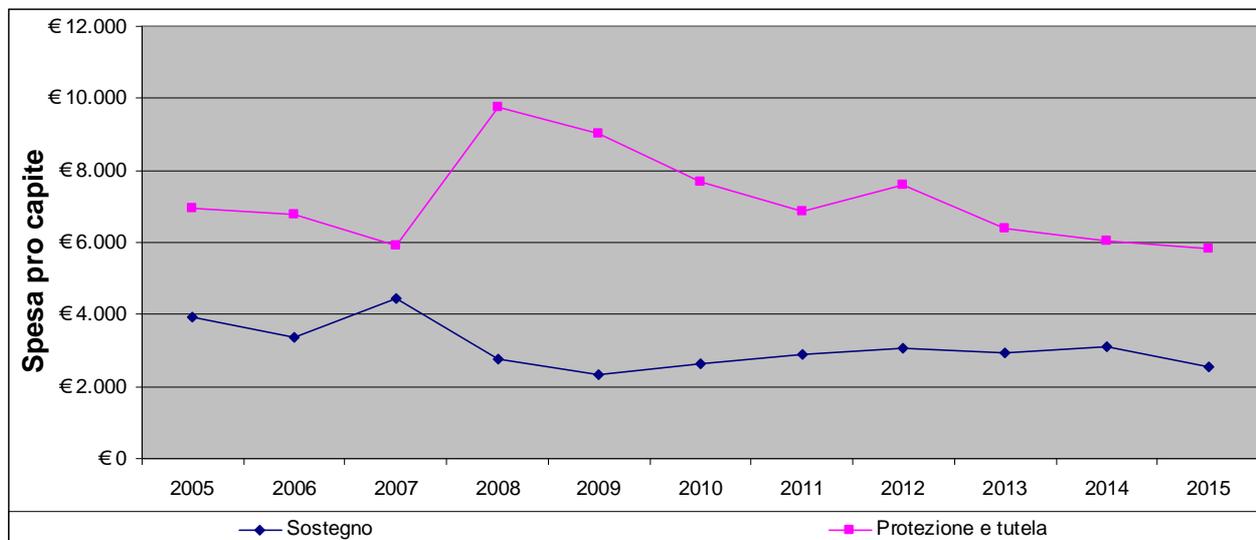
	Utenti	Spesa	Spesa pro capite media
<b>Italia</b>	979519	€ 484.769.977,00	€ 494,91
<b>Veneto</b>	13960	€ 16.524.382,00	€ 1.184,00
<b>Vicenza</b>	2193	€ 2.989.508,92	€ 1.363,21

La spesa pro capite a Vicenza è circa il triplo rispetto alla spesa procapite media in Italia. Anche in Veneto la quota si colloca leggermente sopra la media nazionale.

Nei grafici successivi è interessante notare come negli ultimi anni la spesa pro capite per gli anziani si sia ridotta più o meno regolarmente. E' comunque importante mettere in evidenza che, in particolare nel sostegno, negli ultimissimi anni si è speso poco meno degli anni pre-crisi. La correlazione tra spesa e numero di utenti mostra una leggera relazione inversamente lineare nel sostegno (cioè a un maggior numero di persone seguite corrisponde un minor ammontare di soldi investiti per ciascuno), mentre per quanto riguarda tutela e protezione la spesa non è variata di molto (tra i 125.000 e i 165.000 euro), a fronte di una grande variazione nel numero di utenti assistiti (da 128 a 147).

<sup>9</sup> ibidem

Il dato è opposto a quanto avviene nell'area degli interventi per i minori dove, a fronte di un andamento simile per quanto riguarda la tutela, abbiamo assistito ad una diminuzione progressiva del numero di beneficiari di interventi di sostegno.



Relativamente alla valutazione di output e di outcome, particolarmente utile è stato il monitoraggio degli interventi realizzato in riferimento ai progetti finanziati dalla Fondazione Cariverona.

#### *Relativamente agli indicatori di output*

Per quanto riguarda i servizi residenziali il principale risultato raggiunto è stata la formalizzazione, anche da parte della Regione del Veneto, dell'Accordo di programma tra Comune di Vicenza, Azienda ULSS e Ipab di Vicenza per garantire la governance della residenzialità nel territorio, riorganizzando il fabbisogno di posti letto per non autosufficienti e avviando un processo di rivisitazione tutt'ora in corso.

Per quanto riguarda i servizi per la domiciliarità a partire dal 2013 sono stati definiti e formalizzati alcuni criteri di priorità per l'accesso al servizio domiciliare, con la conseguente definizione di nuovi strumenti, nello specifico è stato possibile concordare e uniformare le voci che definiscono il progetto personalizzato a favore della persona che usufruisce della prestazione.

E' stato inoltre rivisto e uniformato il criterio per la costituzione delle eventuali liste di attesa per l'accesso alla prestazioni secondo una modalità che tiene conto di un punteggio, i cui limiti massimi sono previsti dal regolamento, e per il quale è stato previsto un controllo incrociato da parte dell'assistente sociale referente e di una commissione formata da altri operatori e dal referente del servizio.

#### *Relativamente agli indicatori di outcome*

L'impegno ad una maggiore attenzione ai servizi per la domiciliarità si è concretizzato nell'utilizzo di metodologie professionali centrate sul progetto, nell'ottica del lavoro di rete<sup>10</sup> nel quale l'assistente sociale assume un ruolo di coordinatore della rete.

La formalizzazione degli interventi consente la verifica delle modalità e dei tempi e permette una registrazione delle diverse progettualità e una loro riformulazione nel caso di evidenze critiche.

Il carico di lavoro per le assistenti sociali coinvolte risulta aumentato, soprattutto per quanto riguarda gli incontri con gli altri attori coinvolti nella gestione dei casi. Mediamente ogni progetto di assistenza domiciliare comporta un incontro mensile con gli operatori di assistenza, una Unità Valutativa Multidimensionale ogni 6 mesi per la riprogettazione, incontri bimestrali con la persona interessata o la sua famiglia.

<sup>10</sup> Fabio Folgheraiter, "Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale", 1994, Edizioni Erickson, Trento

## Approfondimento: Il lavoro di cura: tra caregiver informali e assistenti familiari

Il tema del lavoro di cura e del ruolo delle "badanti" è al centro del dibattito da almeno 15 anni. A parte alcune importanti eccezioni<sup>11</sup> non c'è una ricerca organica recente sul fenomeno.

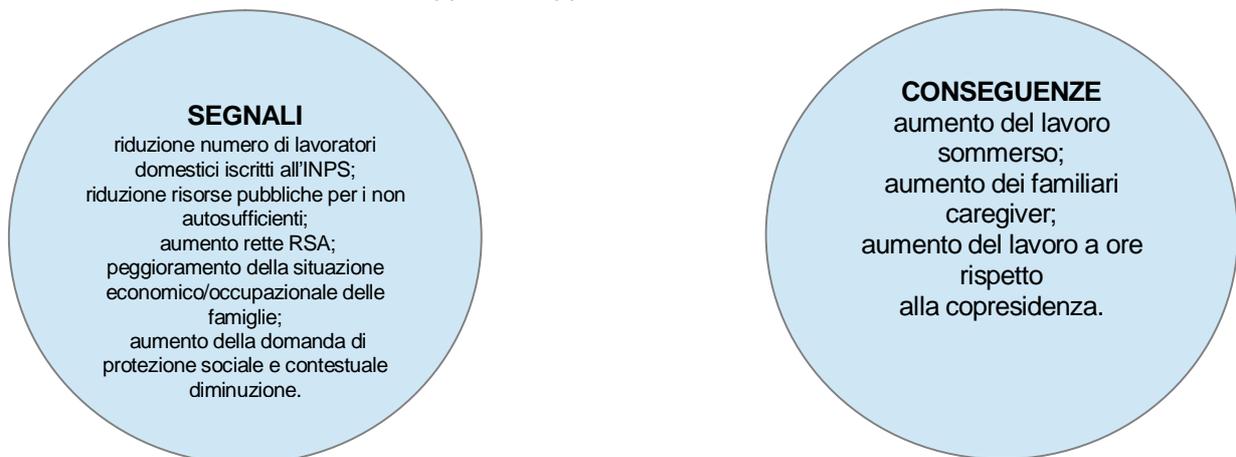
Periodicamente titoli di stampa e senso comune amplificano o riducono il fenomeno, anche per la difficoltà di individuare criteri di valutazione qualitativi e quantitativi della cura privata dell'anziano.

L'Irs<sup>12</sup>, attraverso le proprie procedure<sup>13</sup>, stimava che in Italia nel 2013 operavano - indicativamente - almeno 830.000 assistenti familiari, di cui il 90 per cento straniere e di cui la maggioranza senza un contratto di lavoro. Tenendo presente che una parte di esse può assistere anche due persone, il numero di anziani assistiti da una badante si può ragionevolmente stimare intorno al milione di ultra 65enni.

Si tratta del quadruplo degli anziani ricoverati in strutture residenziali in Italia e quasi il doppio di quelli seguiti a domicilio dai servizi socio-sanitari. Nonostante la crisi e la perdita di potere d'acquisto delle famiglie, il lavoro privato di cura rimane quindi una risposta essenziale alla non autosufficienza.

Anche nel nostro territorio le ricerche realizzate<sup>14</sup>, seppure ormai 10 anni fa<sup>15</sup>, mostrano come il caso specifico delle badanti rappresenti una componente particolarmente significativa dei flussi di immigrazione della realtà locale (peraltro confermata anche dalle tendenze a livello nazionale). Nel 2005 circa il 40% delle domande di regolarizzazione, stimabile in più di 5.000 unità per la specifica realtà vicentina, riguardavano proprio il lavoro domestico; più di 3/4 dei collaboratori domestici è costituito da lavoratori stranieri; tra questi ultimi la presenza femminile risulta preponderante (93,4%) ed è formata per quasi il 50% da persone fino ai 40 anni di età; per oltre la metà dei casi tale figura è costituita da persone provenienti dall'Est Europa (con una quota nettamente maggioritaria rispetto alle altre), seguita dalle badanti provenienti dall'America del Sud e dalle Filippine e quindi da altri Paesi.

A partire dal 2008, a causa della crisi finanziaria e del mercato del lavoro, l'assistenza privata dell'anziano non autosufficiente ha visto due tendenze opposte e apparentemente in contraddizione:



11 Si veda in particolare il lavoro di Sergio Pasquinelli Direttore di ricerca all'IRS e vice direttore di "Prospettive Sociali e Sanitarie", che cura da molti anni il sito QualifiCare e importanti contributi e ricerche sul tema <http://www.qualificare.info>

12 Sito Qualificare, QUANTE SONO LE BADANTI IN ITALIA di Giselda Rusmini e Sergio Pasquinelli - Istituto per la Ricerca Sociale, Milano Settembre 2013

13 Gli strumenti proposti uniscono fonti ufficiali e fonti informali. Si basa su un calcolo che utilizza i dati Inps relativi ai lavoratori domestici, i dati sugli ingressi di cittadini non comunitari attraverso le quote flussi, quelli sulla presenza dei cittadini comunitari, nonché la testimonianza di molti interlocutori nei centri di ascolto, nei sindacati, nelle associazioni, nel volontariato, nella cooperazione sociale, nei servizi impegnati nell'orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo

14 Ricerca affidata dal Comitato Locale UniCredit di Vicenza a Diakonia - Caritas Diocesana Vicentina ed è stata condotta da Maria Cristina Ghiotto (2006)

15 Badante, una professione di congiunzione Soggetto economico per la famiglia di origine e soggetto sociale per la famiglia ospite. Un progetto del Comitato Locale UniCredit di Vicenz, dicembre 2006

I cambiamenti occorsi, hanno costretto il sistema dei servizi sociali e sanitari a “rincorrere” il fenomeno piuttosto che a governarlo.

Inizialmente, lo strumento messo in campo era un assegno di cura vincolato alla regolare assunzione dell'assistente, volto a favorire l'emersione di un mercato in larga parte sommerso. Successivamente, sono andati moltiplicandosi percorsi formativi e sportelli volti a facilitare l'incontro tra domanda e offerta. Dopo numerose sperimentazioni, i più recenti interventi volti a sostenere il rapporto famiglia-badante sembrano convergere verso un modello a rete in cui gli attori pubblici e privati, che a vario titolo operano in tale ambito, agiscono il più possibile in maniera coordinata con la regia pubblica.

Nel nostro territorio tutte le forme di sostegno descritte (dall'assegno di cura - oggi Impegnativa di Cura Domiciliare - gestito con fondi regionali, allo sportello per l'orientamento alla famiglia ai corsi di formazione) sono state sperimentate con successo.

Resta la sensazione di non fare abbastanza: testimonianze di “badanti” raccontano una situazione ancora troppo legata a sistemi privatistici e poca garantisti sia del diritto del lavoratore sia della qualità dell'assistenza.

I tentativi di una maggiore regolarizzazione spostano in realtà le famiglie verso scelte di lavoro informale quando non irregolare.

Anche importanti sperimentazioni, come quella resa possibile dall'adesione al progetto Home Care Premium<sup>16</sup>, mostra alcune difficoltà nel far accettare alla famiglia un ruolo di maggiore regolarizzazione da parte del Pubblico, come dimostrano la scarsa adesione a quei progetti in cui l'erogazione di contributi economici è vincolata alla regolarizzazione del rapporto di lavoro con la “badante”, e dove emerge che le famiglie sembrano preferire i vantaggi di un rapporto di impiego deregolato, con “mani libere” (Pasquinelli e Rusmini, 2009; Tidoli e Marotta, 2011).

Qualunque intervento sarà programmato nei prossimi anni deve tener conto dei tre attori principali che agiscono il lavoro di cura:

- le famiglie, in particolare i caregiver familiari;
- i servizi pubblici, privati e del privato sociale;
- le assistenti familiari o “badanti”.

Sarà necessario anche a Vicenza rispondere a domande chiave che in questo momento interrogano le politiche di governance della non autosufficienza.

Quante sono le famiglie coinvolte a Vicenza nella cura e assistenza di un anziano non autosufficiente? Con quali oneri stimati di cura e di impegno? E ancora, in termini più qualitativi: come sta cambiando la domanda di assistenza, con particolare riferimento al diffondersi di nuove patologie e ai relativi carichi assistenziali?

Relativamente alle assistenti familiari o “badanti” dovrà essere individuata una strategia unitaria che scelga se il ricorso agli assistenti familiari sia una soluzione facilmente disponibile a cui delegare i problemi di una società che invecchia e chiudere un occhio sui molti problemi legati a un lavoro prevalentemente sommerso e sulle molte asimmetrie di questo mercato. Oppure possiamo riconoscere la funzione “sociale” di questa realtà: un pezzo del nostro welfare. In questo caso, sarà necessario renderla visibile, qualificarla, sforzarci di collegare ciò che le assistenti familiari fanno con il sistema dei servizi.

Infine, dovranno trovare spazio e risorse quelle attività e interventi, ancora sperimentali o solo pensati, che possano aiutare la governance di un fenomeno complesso.

A titolo esclusivamente di esempio: quale ruolo nell'assistenza privata possono avere gli enti gestori di servizi come l'assistenza domiciliare? È pensabile favorire forme di lavoro in condivisione (badante di condominio), quale ruolo può avere il welfare aziendale nel sostegno alle spese per la cura dell'anziano non autosufficiente (sostegni economici, benefit, voucher sociali)?

---

<sup>16</sup> Il progetto prevede come beneficiari i pensionati e lavoratori ex Inpdap e/o i loro genitori o figli. Il progetto prevede l'erogazione di contributi per il sostegno alla spesa di un assistente familiare (badante) e/o l'integrazione con servizi integrativi quali addetti all'assistenza, ausili, trasporto.