



POSITION PAPER

**Anziani e LTC tra invecchiamento e solitudine:
la sfida dell'innovazione**

di Franca Maino

Luglio 2021

Percorsi di secondo welfare è un laboratorio universitario che analizza e racconta come sta cambiando il welfare. Esplora i nessi fra sostenibilità delle politiche e tutela dei nuovi rischi sociali approfondendo le sinergie tra attori pubblici e non pubblici. Attraverso la sua attività di ricerca e informazione ambisce ad ampliare e diffondere un dibattito empiricamente fondato, plurale e accessibile. Nato nel 2011 come progetto afferente al Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi di Torino e realizzato in partnership con l'Università degli Studi di Milano e il Corriere della Sera, dal 2020 Percorsi di secondo welfare ha assunto una forma giuridica autonoma divenendo Associazione di promozione sociale. Il Laboratorio diffonde le proprie ricerche attraverso il portale online www.secondowelfare.it (testata registrata dal 2015), i *Rapporti sul secondo welfare in Italia*, pubblicati a conclusione dei cicli biennali del progetto, e la collana *Working Paper 2WEL*. Attualmente il Laboratorio - che negli anni ha dato vita a un ampio network di soggetti che si occupano a vario titolo di ricerca, formazione e disseminazione sui temi legati al secondo welfare - svolge le proprie principali attività grazie al supporto dei seguenti partner istituzionali: Cisl Lombardia, Compagnia di San Paolo, Edenred Italia, Fondazione Bracco, Fondazione Cariplo, Fondazione CRC, Fondazione Cariparma, Fondazione Cariparo, Fondazione Unipolis, Gruppo CGM, Welfare Insieme, Ambito Valle Seriana.

Reciproca / Legacoop Toscana

RECIPROCA
sms

L'autrice

Franca Maino è Direttrice del Laboratorio di ricerca Percorsi di secondo welfare ed è Professoressa associata presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano, dove insegna "Politiche Sociali e del Lavoro", "Politiche Sanitarie e Socio-sanitarie", "Welfare State and Social Innovation". È membro del Comitato di redazione di Stato e Mercato e della Rivista Italiana di Politiche Pubbliche. È membro del Comitato scientifico della Fondazione Welfare Ambrosiano (da gennaio 2014) e del Comitato scientifico di Assoprevidenza (da giugno 2014). Da giugno 2020 fa parte del Comitato Scientifico dell'Alleanza contro la povertà e da luglio 2020 del CdA dell'Ufficio Pio della Compagnia di San Paolo. Cura - con Maurizio Ferrera - i Rapporti biennali sul secondo welfare in Italia. Ha scritto con Chiara Lodi Rizzini e Lorenzo Bandera il volume "Povertà alimentare in Italia: le risposte del secondo welfare" (il Mulino, 2016) e con Federico Razetti il volume "Fare rete per fare welfare. Dalle aziende ai territori: strumenti, attori, processi" (Giappichelli, 2019).

Si ringrazia Valentino Santoni per il prezioso lavoro di revisione e rilettura del paper.

Indice

1. Introduzione	4
2. Invecchiamento e solitudine: anziani sempre più fragili	5
3. La Long-Term Care oggi	9
4. LTC e PNRR: opportunità e prospettive	15
5. LTC e innovazione di prossimità: opportunità e prospettive	18
6. Conclusioni	25
Riferimenti bibliografici	27

1. Introduzione

Malgrado nell'ultimo anno il tema dell'assistenza continuativa agli anziani (noto anche con l'acronimo LTC, *long-term care*) sia entrato nel dibattito pubblico (complice la crisi pandemica e le sue conseguenze per gli anziani, tra le fasce di popolazione più esposte ai rischi di contagio e di decesso) e nonostante le forti pressioni funzionali esercitate sulla sostenibilità del sistema di welfare italiano dal processo di invecchiamento demografico che sta investendo il nostro paese, i bisogni legati alla vecchiaia (diversi dalla copertura previdenziale) e, più in generale, al benessere delle persone anziane sembrano fare fatica a essere pienamente riconosciuti come centrali per l'agenda di policy e, come tali, meritevoli di interventi in grado di modificare uno *status quo* ritenuto dai principali osservatori insoddisfacente. A differenza delle riforme introdotte in molti altri paesi europei nell'ambito della non autosufficienza (Da Roit 2020), in Italia i provvedimenti legislativi adottati nell'ultimo decennio hanno fatto registrare progressi soprattutto per quanto riguarda le politiche contro la disoccupazione, la povertà e le misure di sostegno rivolte alle famiglie. In merito ai rischi legati alla non autosufficienza in età anziana è sembrato invece prevalere un immobilismo istituzionale (Jessoula *et al.* 2018; Pavolini 2020; Gori 2021).

A livello nazionale, l'inerzia delle politiche di LTC si è manifestata attraverso decisioni inadeguate o limitate, adottate nell'ultimo decennio. Si pensi alla stabilizzazione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, istituito dalla Legge di Bilancio 2007, azzerato nel 2011-2012, e successivamente ripristinato e reso "strutturale", che ha messo a disposizione degli enti locali risorse contenute e inadeguate. Oppure all'istituzione, con la Legge di Bilancio 2018, del Fondo per il Sostegno ai Caregiver Familiari per cui è stata prevista una dotazione finanziaria modesta (appena 20-25 milioni annui nel triennio 2018-2020, diventati 30 milioni per il triennio 2021-2023). Vi è poi il Fondo per l'assistenza domiciliare - creato per rispondere all'emergenza da Covid-19 - che, tuttavia, è stato finanziato solo per il 2020 (Gori 2021). Infine, possiamo menzionare, tra i benefit di welfare aziendale fiscalmente agevolati, sia i servizi di assistenza familiare per persone anziane o non autosufficienti sia le polizze assicurative LTC a favore dei lavoratori (introdotti, rispettivamente, attraverso le Leggi di Bilancio 2016 e 2017). Si tratta di misure non riconducibili a una visione complessiva del problema "invecchiamento": riguardano in modo a tratti contraddittorio sia il sostegno al *caregiving* informale sia incentivi al mercato dei servizi, stanziando risorse finanziarie limitate, e di fatto hanno prodotto un impatto molto modesto sul sistema esistente.

L'inerzia si è anche manifestata attraverso vere e proprie "non-decisioni" (Maino e Razetti 2019a). A questo proposito, negli ultimi 20 anni, sono state avanzate in Italia 18 proposte di riforma riguardanti la LTC, di cui solo una - l'istituzione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - è stata effettivamente approvata (Pesaresi 2018; Gori e Pesaresi 2019; Maino e Razetti 2020). La

conseguenza di tutto ciò è la mancata riforma della principale misura nazionale - l'Indennità di Accompagnamento - di cui da tempo studiosi e professionisti chiedono la revisione, sottolineando l'iniquità del trasferimento (la generosità dell'assegno non è calibrata né in funzione della gravità della non autosufficienza né delle condizioni di reddito del percettore), il rischio di una sua inefficacia (non essendo il suo utilizzo in alcun modo vincolato all'acquisto certificato di beni e servizi di cura per il beneficiario del trasferimento) nonché i possibili effetti di sostegno indiretto all'economia sommersa (cfr. Ranci *et al.* 2019; Da Roit 2020; Gori e Gubert 2021). E inoltre il Paese è privo di una definizione operativa uniforme di "non autosufficienza", i cui parametri di valutazione variano invece su base regionale alimentando una forte differenziazione territoriale.

L'insieme delle misure di LTC oggi presenti nel Paese sono dunque considerate in larga misura inadeguate per affrontare le sfide presenti e future derivanti dalle tendenze socio-demografiche (NNA 2010; Ranci e Pavolini 2015; Da Roit 2020; Maino e Razetti 2020). Se i dati complessivi sulla spesa pubblica italiana per la LTC appaiono grossomodo in linea con i valori medi degli altri paesi europei¹, il sistema di LTC sconta una elevata frammentazione istituzionale, mai efficacemente ricomposta (Da Roit 2020; Fosti *et al.* 2021) e risulta polarizzato: da un lato prevalgono soluzioni di assistenza domiciliare informali fornite su base familiare e dall'altro l'istituzionalizzazione completa in centri residenziali. Tale situazione si lega alla carenza (in alcuni casi, la totale assenza) di soluzioni intermedie, che in altri paesi sono state invece introdotte proprio per colmare il divario tra l'assistenza domiciliare informale fornita dalle famiglie e l'assistenza socio-sanitaria di tipo residenziale. Tale situazione trae le sue origini dalla progressiva stratificazione di interventi legislativi successivi e scarsamente integrati e dalla presenza di una pluralità di attori pubblici e privati che intervengono a diverso titolo e con competenze differenti ai diversi livelli di governo.

2. Invecchiamento e solitudine: anziani sempre più fragili

I dati più recenti forniti dall'Ocse confermano che l'Italia è uno dei paesi con la popolazione più anziana al mondo e ISTAT (2020a) indica in quasi 14 milioni i residenti che nel 2019 avevano più di 65 anni, pari al 22,8% del totale della popolazione (a fronte di un 20,3% in EU). Dieci anni prima, nel 2009, erano di poco inferiori ai 12 milioni pari al 20,3%. Una crescita importante che ha radici lontane: da 4,6 milioni nel 1960 (9,3%) si è passati a 7,4 milioni nel 1980 (13,1%) e a 10,3 milioni nel 2000 (18,1%). Se consideriamo gli ultrasessantacinquenni la percentuale è oggi pari all'11,7%.

¹ La Ragioneria Generale dello Stato stima per il 2019 una spesa pubblica complessiva dedicata alla LTC (al netto della parte prettamente sanitaria, tale spesa ricomprende oltre all'indennità di accompagnamento, anche una quota della spesa sostenuta dai Comuni per l'erogazione dei servizi di supporto alla persona e le erogazioni economiche direttamente erogate dai Comuni) pari a circa l'1,7% del PIL, percentuale destinata però a raggiungere il 2,7% nel 2070 secondo le previsioni della stessa Ragioneria ([MEF 2021](#)).

Il processo di invecchiamento è correlato al costante aumento della speranza di vita, che oggi alla nascita fa registrare un livello superiore agli 80 anni per gli uomini e agli 85 anni per le donne. A tali livelli di longevità si aggiunge però che, dalla seconda metà degli anni Settanta, le coppie italiane hanno smesso di avere un comportamento riproduttivo in grado di garantire il cosiddetto "rimpianto delle generazioni" (due figli per donna). Questi due processi demografici, crescita della speranza di vita e riduzione della fecondità, hanno proceduto in parallelo negli ultimi 50 anni e si prevede che possano continuare a farlo nei prossimi decenni, facendo ulteriormente aumentare il peso assoluto e relativo delle persone anziane.

Se l'incidenza della popolazione anziana sul totale dei residenti è la conseguenza anche di una aspettativa di vita relativamente elevata all'età di 65 anni, va sottolineato, tuttavia, che vivere più a lungo non vuol dire necessariamente vivere in buona salute. E anche in questo ci distinguiamo da altri paesi: i cittadini italiani hanno una aspettativa di vita a 65 anni superiore rispetto alla maggior parte dei paesi EU ma inferiore in termini di anni in buona salute. ISTAT (2020a) sottolinea lo svantaggio femminile rispetto ai maschi dal punto di vista della qualità degli anni da vivere nell'età anziana. Le donne si trovano a vivere un maggior numero di anni in cattive condizioni di salute (la proporzione di tali anni da vivere a 65 anni supera il 70%, a fronte di circa il 60% tra gli uomini), sia a causa della loro maggiore longevità che per la maggiore precocità nell'insorgenza di problemi di salute.

Un altro indicatore da considerare riguarda gli anni di vita attesi senza limitazioni nelle attività. La vita attesa senza limitazioni a 65 anni nel 2018 è pari a 10 anni per il genere maschile, con un incremento di un anno rispetto al 2008. Per la componente femminile, similmente, si attesta a 9,8 anni, con un incremento che sfiora l'anno nello stesso periodo considerato (ISTAT 2020a). Tra le donne l'indicatore dell'aspettativa di vita senza limitazioni conferma condizioni meno vantaggiose rispetto ai coetanei di 65 anni, poiché risulta inferiore la proporzione di anni da vivere senza limitazioni: essa rappresenta circa il 40%, rispetto ad un 50% tra gli uomini.

Recenti dati ISTAT (2021), tratti dall'Indagine di salute europea EHIS 2019, evidenziano inoltre come tra i circa 9,6 milioni di over 75, circa il 40% (2,7 milioni) presentano gravi difficoltà motorie, comorbilità, compromissioni dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura della persona e nelle attività strumentali della vita quotidiana. Tra questi, 1,2 milioni di anziani dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato alle proprie necessità: di questi circa 1 milione vive solo oppure con altri familiari tutti over 65, senza supporto o con un livello di aiuto insufficiente. Inoltre, circa 100.000 anziani, soli o con familiari anziani, oltre a non avere aiuti adeguati hanno difficoltà economiche e non possono accedere a servizi a pagamento per avere assistenza.

Come sottolinea Pavolini (2020), in Italia troviamo una presenza di anziani fragili più consistente rispetto ad altri Stati: in media una persona che compie 65 anni trascorrerà quasi 12 anni di vita

con problemi di salute a fronte di una media UE pari a 10,1 anni. Deve far riflettere anche il dato relativo alla percentuale di persone con 65+ che necessitano di assistenza continuativa per ragioni legate a malattie croniche o alla non autosufficienza: 31% in Italia rispetto alla media EU pari al 27% (Eurostat). Fosti *et al.* (2021) stimano per difetto, in quanto i dati ISTAT consentono di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale - in oltre 3 milioni di individui gli anziani in condizioni di non autosufficienza.

L'invecchiamento della popolazione e il prolungamento della speranza di vita alla nascita, uniti al calo della fecondità, all'aumento di separazioni e divorzi e ai nuovi scenari migratori, costituiscono i principali cambiamenti demografici e sociali che, insieme a quelli economici e culturali, hanno influito sulle trasformazioni delle strutture familiari. L'invecchiamento della popolazione va considerato anche in relazione alle trasformazioni delle strutture familiari nella direzione di una crescente riduzione delle dimensioni del nucleo familiare. Alla graduale crescita del numero di famiglie ha continuato ad associarsi una progressiva riduzione del numero di componenti. Tali fattori, infatti, hanno concorso a determinare non solo una contrazione della quota di famiglie più numerose (con due o più figli) e una crescente diffusione di famiglie mono-componenti o di nuclei con un solo genitore, ma anche un'accresciuta diffusione di famiglie composte da coppie di anziani o da un unico anziano (ISTAT 2020a).

Con riferimento al ruolo che gli individui di almeno 65 anni ricoprono all'interno delle famiglie cui appartengono, ISTAT (2020a) rileva che, nel 2018, sul totale di 13 milioni 439 mila individui con più di 65 anni, risultavano essere in coppia senza figli 3 milioni 390 mila uomini (il 25,2% del totale degli anziani) e 2 milioni 799 mila donne (il 20,8%); nel complesso 4 milioni 373 mila vivevano soli (circa un terzo, le donne sono quasi il triplo degli uomini) e 1 milione 565 mila erano genitori in coppia, poco più di uno su dieci, con una prevalenza di padri.

Dopo gli 84 anni diviene predominante la condizione di persona sola, condizione che in questa fascia di età riguarda il 57,4% delle persone anziane, con ampi divari di genere: le anziane sole in questa classe di età rappresentano il 45,5% contro l'11,9% della componente maschile. Inoltre, sempre dopo gli 84 anni diventa consistente la condizione dell'anziano che coabita con un altro nucleo familiare: in quest'ultima classe di età la quota dei membri isolati si aggira intorno al 10%, una quota doppia rispetto alle classi di età precedenti. Con l'avanzare dell'età, pertanto, la persona anziana sperimenta tipologie familiari contrapposte: dalla famiglia anziana che accoglie al suo interno i figli non ancora usciti dalla casa di origine, all'anziano che è accolto nella famiglia dei figli. Tra coloro che hanno meno di 75 anni, invece, resta alta l'incidenza di chi vive con il coniuge e anche con i figli non ancora indipendenti, a causa soprattutto dello slittamento in avanti dell'età in cui i figli decidono di abbandonare la famiglia di origine. Viceversa, tra gli anziani

ultra-ottantacinquenni è rilevante la quota di chi vive presso la famiglia dei figli a causa di una condizione di vedovanza o per una ridotta autosufficienza.

Nel 2018 le famiglie in cui viveva almeno un componente di 65 anni e più ammontano a circa 10 milioni e rappresentano il 38,6% delle famiglie italiane, in crescita di 1,8 punti percentuali rispetto al 2007. Nell'ambito delle famiglie con almeno un sessantacinquenne è possibile individuare tre categorie: chi vive da solo, quelli che vivono esclusivamente con altri anziani di 65 anni e più e coloro che coabitano anche con persone più giovani. Alla luce di questa segmentazione, emerge che l'aumento complessivo delle famiglie con almeno un anziano avvenuto negli ultimi anni è sintesi della crescita delle prime due componenti, vale a dire delle famiglie composte soltanto da anziani che vivono soli o in compagnia di altri anziani, e dal lieve decremento della terza componente. Sul totale delle famiglie, infatti, la quota delle persone sole di 65 anni e più è salita dal 15,8% del 2007 al 16,9% del 2018 e quella delle famiglie di due o più persone tutte anziane è passata dal 9,2% al 10,5%. Viceversa, le famiglie dove gli anziani vivono insieme anche a familiari più giovani hanno subito, in termini relativi, una leggera riduzione tra il 2007 e il 2018.

Nel 2018, sul totale degli anziani, circa uno su tre viveva da solo. Gli anziani di almeno 65 anni che vivevano soli ammontano a 4 milioni 373 mila e di questi, quasi 3 milioni hanno più di 75 anni. Nel complesso gli anziani soli rappresentano il 43,7% delle famiglie con almeno una persona di 65 anni e più e la metà di tutte le famiglie composte da una sola persona. Gli uomini anziani che vivono soli sono 1 milione 166 mila, le donne quasi il triplo (3 milioni 207 mila). La metà degli anziani soli risiede nelle regioni del Nord e tra loro - in misura ancora più accentuata dopo i 74 anni - la condizione di vedovanza è quella predominante, seppur con ampi divari di genere: tra le anziane sole la componente delle vedove arriva al 78,9%, mentre tra gli anziani soli i vedovi sono il 47,7%. In anni più recenti è invece cresciuta la componente di uomini soli separati o divorziati, passata dall'11,8% del 2007 al 27% del 2018 (per la componente femminile il fenomeno permane al di sotto del 10%).

Va infine considerato che il bisogno di cura degli anziani è aumentato perché è aumentato il numero di anziani mentre è diminuito il numero di potenziali prestatrici di cura (*caregiver*), soprattutto donne, come figlie e nuore. La diminuzione del numero di figlie/nuore (ma non di mogli) *caregiver* riduce il numero di donne in età centrale potenziali fornitrici di cura per gli anziani: negli ultimi 30 anni il rapporto tra numero di donne 46-69 anni e numero di ultra-70enni è passato da 2,3 a 1,6 (ISTAT 2020a). Il numero di potenziali prestatrici si riduce anche perché sempre più donne sono entrate nel mercato del lavoro e sempre di più ne entreranno in futuro, e per un periodo più lungo della loro vita a causa dell'innalzamento dell'età pensionistica. Infine, va tenuto in conto che si è ridotto anche l'ammontare di tempo che le donne possono dedicare al

lavoro di cura non retribuito, fattore che contribuisce a spiegare i crescenti bisogni di conciliazione tra carichi familiari e lavorativi.

Da ultimo ricordiamo che con un indice di dipendenza della vecchiaia pari a 36.3, la quota di anziani 65+ rispetto agli individui in età lavorativa (20-64) è seconda solo a quella del Giappone. Nello scenario europeo, l'Italia si colloca inoltre al diciassettesimo posto per l'indice di *Active ageing*, in una posizione sensibilmente peggiore rispetto non solo a paesi come la Svezia e la Finlandia (in cima alla classifica), ma anche il Regno Unito, la Germania e la Francia (ISTAT 2020a).

I dati qui presentati appaiono importanti e preoccupanti anche alla luce degli effetti della crisi pandemica del 2020-2021² che - come è noto - ha colpito soprattutto gli anziani, con effetti letali proprio tra gli anziani fragili, che nel nostro Paese non sono adeguatamente o sufficientemente protetti contro i rischi da malattia e in termini di presa in carico e assistenza. E proprio le persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti sono state le vittime principali della pandemia. In merito, secondo l'ISTAT ([2020b](#)) nel 2020 sono stati registrati 75.891 decessi a causa del Covid-19. La percentuale maggiore di questi si osserva per la classe di età 80 anni e più: il 52% di questi riguarda uomini e ben il 74% le donne considerando l'intero anno³. Anche i dati pubblicati dal [Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia](#), realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) utilizzando una base dati aggiornata al 28 aprile 2021, evidenziano come le vittime del Coronavirus siano soprattutto i più anziani. Secondo l'ISS, l'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 81 anni. L'età mediana dei pazienti deceduti positivi al Covid è più alta di oltre 30 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione: per i secondi l'età mediana è pari a 47 anni, mentre per i pazienti deceduti a 82 anni. Si deve poi considerare che, come ricorda lo stesso Report dell'Istituto Superiore di Sanità, le persone morte a causa del Covid presentano molto frequentemente patologie spesso legate all'età avanzata, come cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ictus, ipertensione arteriosa, demenza, insufficienza renale cronica, insufficienza respiratoria.

3. La Long-Term Care oggi

Per definire la non autosufficienza dobbiamo partire dalla nozione di bisogno, centrale nelle politiche di welfare. Nel caso della non autosufficienza, il bisogno rinvia a un deficit *cronico* di

² Sul punto e con riferimento anche ai paesi membri si rimanda al recente Rapporto della Commissione Europea dal titolo "2021 Long-Term Care Report" (European Commission 2021).

³ Questa differenza di genere è in parte spiegata dalla maggiore numerosità della popolazione femminile ultraottantenne (9% della popolazione femminile al 1° gennaio 2020 aveva 80 anni e oltre rispetto al 6% della popolazione maschile).

capacità funzionali⁴ e alla conseguente necessità di qualche forma continuativa di aiuto e/o assistenza per sopperire a tali deficit funzionali. Tuttavia, la non autosufficienza è un bisogno multidimensionale che ha una componente sanitaria e una componente sociale e quindi implica il coinvolgimento di diversi professionisti nella valutazione (è quindi più difficile da "misurare" rispetto a bisogni sociali come, ad esempio, la malattia o la disoccupazione). Inoltre, la sua valutazione si basa su una scelta discrezionale: l'identificazione di una soglia di dipendenza oltre la quale la persona non è più considerata in grado di provvedere a se stessa.

A queste difficoltà definitorie viene parzialmente in aiuto la definizione adottata dall'ISTAT che intende come persone con limitazioni funzionali coloro che incontrano difficoltà rispetto ad alcune specifiche dimensioni: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola). Possiamo poi fare riferimento alla definizione dell'OECD per cui l'assistenza LTC (sanitaria e sociale) consiste in una serie di servizi medici, di cura della persona e di assistenza che sono forniti con l'obiettivo primario di alleviare il dolore e ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute per le persone con un grado di dipendenza a lungo termine, assistendole nella loro cura personale (attraverso l'aiuto per le attività della vita quotidiana, ADL, come mangiare, lavarsi e vestirsi) e aiutandole a vivere in modo indipendente (attraverso l'aiuto per le attività strumentali della vita quotidiana, IADL, come cucinare, fare la spesa, gestire i risparmi).

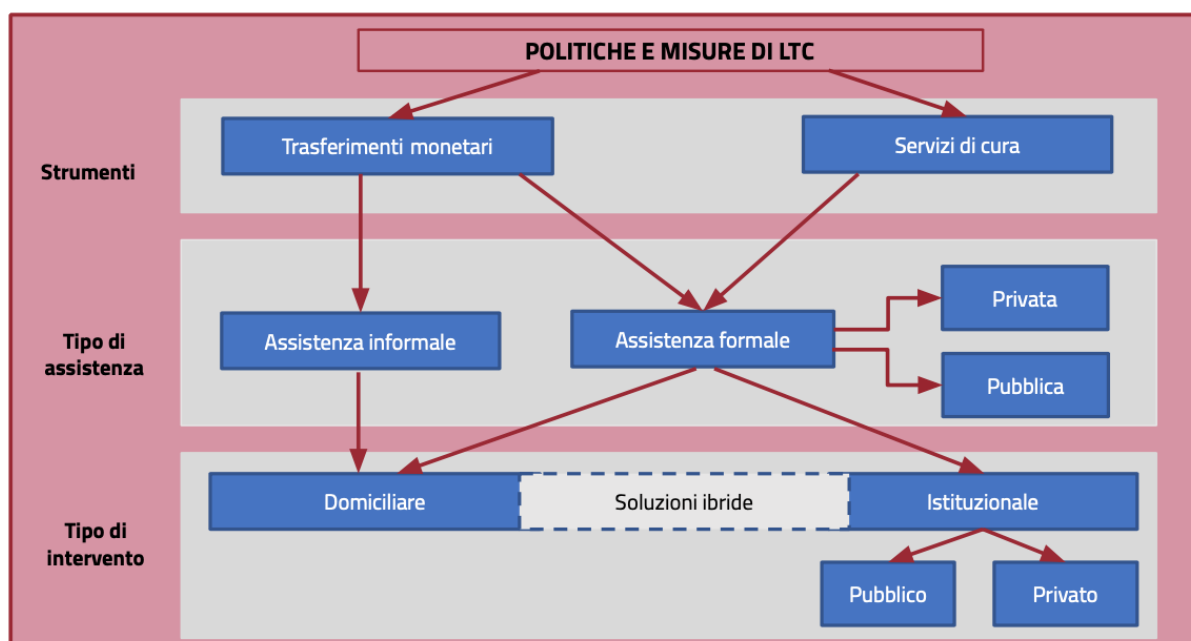
In larga parte a causa della frammentazione istituzionale che caratterizza la LTC in Italia, con responsabilità e competenze in capo a Stato, Regioni e Comuni, non esiste una definizione univoca di non autosufficienza, come abbiamo ricordato anche nell'introduzione. Se consideriamo l'Indennità di Accompagnamento, si considerano non autosufficienti le persone cui sia stata riconosciuta una totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua; per avere accesso ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali i criteri di valutazione variano su base regionale e comunale generando quindi ampie differenziazioni di trattamento. In termini numerici il CERGAS-Bocconi (2019) stima che rientrino tra le persone non autosufficienti il 19,8% della popolazione ≥ 65 anni a

⁴ A questo proposito diventa importante chiarire che cosa sono le capacità funzionali di una persona. Con ADL (*Activities of Daily Living*) ci si riferisce alle attività quotidiane di cura della persona come vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici. Le IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

cui vanno aggiunti gli anziani residenti permanentemente in RSA. Questo calcolo porta ad un numero pari ad *almeno* 3 milioni di persone nel 2019, come abbiamo riportato anche sopra.

Passando ora alle politiche e misure di LTC possiamo innanzitutto distinguere tra trasferimenti monetari e servizi, ed entrambi si possono differenziare in base alle logiche universalistiche o selettive applicate per definire la platea dei beneficiari (figura 1). Una ulteriore distinzione va fatta tra assistenza formale e informale. La prima si caratterizza per essere realizzata sempre attraverso l'impiego di personale remunerato e regolato da contratto di lavoro. Le prestazioni possono essere erogate sia nel *pubblico* sia nel *privato* e il personale può offrire assistenza di tipo *domiciliare* (presso il domicilio dell'assistito) oppure di tipo *istituzionale* (presso strutture come centri diurni, case di riposo, residenze socio-sanitarie, residenze protette, ecc.). L'assistenza informale, che continua ad essere la principale forma di assistenza in tutti i Paesi europei, prevede attività di assistenza su base volontaria, che non vengono remunerate sulla base di un contratto regolare sebbene il *caregiver* informale possa ricevere un compenso. Solitamente, il *caregiver* informale ha un legame di parentela o sociale alla persona assistita (si tratta, prevalentemente, di coniugi, partner e figli) e l'assistenza fornita si realizza all'interno delle mura domestiche.

Figura 1. Politiche e misure di LTC: uno schema



Fonte: elaborazione dell'autrice.

Sinora la risposta data dal nostro Paese è stata nettamente inadeguata, caratterizzata da una mancanza di progettualità sia da parte del settore pubblico (a tutti i livelli di governo) sia del

settore privato, evidenziando per entrambi lo stesso tipo di criticità: una netta preferenza per le erogazioni di carattere monetario, senza controllo ex-post circa l'utilizzo delle risorse; frammentazione di interventi (spesso disorganizzati tra loro) con conseguente rischio di inappropriata delle prestazioni e dispersione delle risorse già scarse. In assenza di misure di sostegno e di una adeguata strategia le famiglie si trovano costrette a farsi totalmente carico dell'onere organizzativo dell'assistenza, ma anche in gran parte di quello economico. La scelta prevalente è stata senza dubbio quella della domiciliarità, fondata essenzialmente sull'aiuto informale, prestato dai familiari e sulla figura del/la badante, accompagnata da un ricorso contenuto alla residenzialità (secondo l'ISTAT in Italia ci sono circa 3,3 milioni di *caregiver* familiari, l'8,6% della popolazione italiana adulta, che si prendono cura di adulti anziani, malati e disabili).

In questa situazione il primo presidio pubblico per importanza è rappresentato dall'Indennità di Accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario erogata senza condizioni di reddito, il cui utilizzo da parte dei beneficiari è completamente libero, circostanza che in molti casi favorisce un uso improprio di questa misura. L'Indennità di Accompagnamento consta in un trasferimento monetario su base permanente, pari a circa 520 euro mensili, senza condizionalità nell'utilizzo e senza gradualità nell'importo, per tenere conto ad esempio dell'intensità dei bisogni di cura e/o del reddito. Con una spesa complessiva pubblica pari a circa 13 miliardi di euro l'anno, l'indennità finisce spesso per essere utilizzata dalle famiglie per assumere un caregiver. La maggior parte delle famiglie infatti si prende cura degli anziani per lo più a casa, spesso direttamente (attraverso cure informali, soprattutto di parenti femmine), a volte indirettamente (assumendo un caregiver o un aiutante, che è per lo più straniero e nell'economia sommersa), il più delle volte con soluzioni miste.

Fosti *et. al.* (2021) hanno stimato che i/le badanti in Italia nel 2020 fossero oltre un milione, di cui il 60% irregolari: un numero enorme di lavoratori e lavoratrici, che va a tutti gli effetti a costituire uno dei settori occupazionali chiave del Paese. Va inoltre notato che la presenza di un contratto regolare non sempre assicura che vi sia corrispondenza tra prestazioni contrattualizzate ed effettivamente fornite (Da Roit e Ranci 2021). Anche il recente [Rapporto "Badanti dopo la pandemia"](#) (Pasquinelli e Pozzoli 2021) evidenzia che alla fine del 2019 le persone regolarmente occupate come badanti in Italia erano 407.000⁵, di cui il 92% donne e per tre quarti straniere. Questa porzione rappresenta però solo i quattro decimi del settore: si stima infatti che le badanti impiegate irregolarmente rappresentino circa il 60% del totale. Il rapporto delinea un insieme di altre 600.000 persone impegnate senza un contratto, per un totale di circa 1 milione di addetti.

⁵ A queste si sommano anche 441.000 colf, cioè quelle lavoratrici che si occupano delle normali incombenze quotidiane che riguardano l'abitazione familiare (pulizia, commissioni, talvolta cucina, ecc.).

Secondo il [Rapporto DOMINA](#) (2021), curato dall'omonimo Osservatorio sul lavoro domestico e relativo al 2020, in totale queste figure professionali assunte regolarmente portano un gettito fiscale pari a 1,5 miliardi di euro: se tutti i lavoratori domestici, compresi gli irregolari, fossero in regola, il gettito fiscale arriverebbe però a 3,6 miliardi annui⁶. Secondo DOMINA, nel 2019 le famiglie italiane hanno speso 15,1 miliardi di euro per i lavoratori domestici (retribuzione, contributi, TFR). Questo rappresenta per lo Stato un risparmio in termini di welfare e assistenza, stimabile in circa 10,9 miliardi. Il Rapporto annuale affronta anche il tema della Sanatoria 2020. La regolarizzazione inserita nel Decreto Rilancio (DL 34/2020) ha visto 177 mila domande di emersione di lavoratori domestici (l'85% del totale). Questo avrebbe portato nelle casse dello Stato oltre 100 milioni di euro. Inoltre, il lockdown del 2020 avrebbe favorito un boom di assunzioni di lavoratori domestici: oltre 50.000 nel mese di marzo, +58,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Questi strumenti di "benessere informale" presentano sia aspetti positivi sia elementi di criticità. Mentre le famiglie spesso apprezzano che i loro congiunti siano assistiti nei loro ambienti domestici, strettamente sorvegliati da lavoratori flessibili ed economici, su base individuale, alcuni approfondimenti (cfr. Fosti *et al.* 2021) hanno tuttavia sottolineato le insidie di questo modello. La mancanza di qualifiche, lo sfruttamento e il superlavoro richiesto agli assistenti familiari, l'informalità (spesso associata allo status di immigrato irregolare) e le difficoltà nella gestione del rapporto datore di lavoro-dipendente in un campo domestico e altamente emotivo costituiscono i principali ostacoli per la fornitura di servizi di assistenza adeguati, sostenibili ed equi per la popolazione anziana.

Sempre nell'ambito delle prestazioni a carattere monetario rientrano i *voucher*, gli assegni di cura e i buoni socio-sanitari, misurati a livello regionale o comunale. Stabiliti a livello comunale, sono finalizzati a garantire l'assistenza e la cura a domicilio di persone non autosufficienti che hanno bisogno di una presa in carico continuativa, tramite l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata fornita da operatori professionali accreditati (*voucher*) o come mero sostegno all'assistenza fornita da *caregiver* "informali" (familiari, vicini, volontari). In questo caso le prestazioni variano, oltre che in relazione alle scelte del territorio, anche con riferimento al reddito, al bisogno assistenziale, alla presenza o meno di *caregiver* formali (badanti).

Alle prestazioni in servizi appartengono invece l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). L'ADI, servizio compreso nei LEA, fornita dalle ASL anche in collaborazione con i Comuni ha carattere socio-sanitario e consiste in un "pacchetto" di trattamenti a domicilio a carattere multidisciplinare, organizzato in base ad un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale - PAP), finalizzato a stabilizzare il quadro clinico,

⁶ Queste stime considerano sia le badanti sia le colf.

limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita dell'assistito. I SAD, forniti dai Comuni, hanno invece carattere essenzialmente socio-assistenziale e perseguono l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (aiuto domestico, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.). Sono generalmente erogati in relazione al reddito previo accertamento attraverso l'ISEE. Infine non va dimenticato che risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA⁷, mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

Come recentemente segnalato da Da Roit e Ranci (2021), la cura delle persone anziane non autosufficienti in Italia è quindi gestita a livello domiciliare in misura molto più estesa rispetto agli altri paesi europei. Nel 2016 (ultimo dato disponibile) gli anziani che vivevano in una residenza erano 285 mila, pari a meno del 2% dell'intera popolazione +65, meno della metà di quanto avviene in Spagna, un terzo rispetto alla Germania, quasi un quarto se consideriamo Svezia e Olanda. Al contempo, le persone anziane che ricevono un servizio di assistenza domiciliare sono solo il 6% e con un'intensità di servizio molto contenuta, collocando il nostro paese anche in questo caso agli estremi inferiori della distribuzione in prospettiva comparata.

Con riferimento all'intervento privato le soluzioni per la copertura della non autosufficienza possono ricondursi essenzialmente a tre tipi di prestazioni. In primo luogo, prestazioni di tipo prettamente assicurativo, che prevedono l'erogazione di una rendita al momento del verificarsi dello stato di non autosufficienza, categoria che peraltro offre un ampio ventaglio di opzioni (e di costi). A fianco della classica polizza individuale, configurabile anche come opzione di erogazione della pensione complementare, troviamo infatti coperture a carattere collettivo organizzate essenzialmente da fondi sanitari e, con riferimento al comparto dei bancari e degli assicurativi, da fondi dedicati alla copertura del rischio specifico. In secondo luogo, il rimborso delle spese sostenute in relazione all'evento di non autosufficienza. Valgono in questo caso le medesime considerazioni svolte con riferimento all'erogazione della rendita, con l'avvertenza che la platea dei provider comprende, oltre alle compagnie di assicurazione, anche le Società di Mutuo Soccorso⁸. Negli ultimi anni, infine, hanno avuto notevole impulso le coperture a livello aziendale,

⁷ Il termine RSA ricomprende sia le "Residenze Sanitarie" sia le "Residenze Protette", entrambe destinate ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio, ma caratterizzate da diversa intensità e complessità assistenziale.

⁸ Sul punto si rimanda a De Gregorio, Razetti e Maino (2021), che evidenziano come i soci e gli assistiti dalle Società di Mutuo Soccorso aderenti alla Federazione Italiana Mutualità Volontaria (Fimiv) sono 953.000. Dei

con particolare riferimento all'utilizzo del premio di risultato, modalità per la quale nell'ultimo triennio è stato definito un apposito regime fiscale agevolato, la cui organizzazione può realizzarsi nelle forme più diverse (*voucher*, contributi a fondi sanitari, rimborso, ecc.)⁹. Caratteristica comune della maggioranza di queste misure è di essere riservate ai lavoratori dipendenti durante il periodo di attività, il che rappresenta un ulteriore fattore di criticità, poiché la copertura viene meno con il pensionamento e la vecchiaia, ovvero nel momento in cui il rischio è più rilevante.

4. LTC e PNRR: opportunità e prospettive

La pandemia ha messo tragicamente in evidenza tutta l'inadeguatezza del modello italiano di assistenza agli anziani, che sono stati i più colpiti dall'emergenza sanitaria e sociale. Il Network Non Autosufficienza (NNA), gruppo di lavoro costituito da studiosi, esperti, operatori pubblici e privati impegnati nell'ambito dell'assistenza agli anziani, ha avanzato a fine gennaio 2021 una proposta - poi rivista e raffinata nei due mesi successivi e inviata al Governo Draghi a fine marzo - volta a dedicare ampio spazio nel PNRR proprio a questo tema e a prevedere lo stanziamento di risorse ad hoc. Il documento ha elaborato un quadro progettuale unitario e individuato le azioni da perseguire per costruire anche in Italia un sistema di *long term care* articolato e coerente con i bisogni di una popolazione che invecchia sempre più rapidamente.

La versione finale della proposta ha visto l'adesione di diverse organizzazioni: AIMA Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Alzheimer Uniti Italia, Cittadinanzattiva, Confederazione Parkinson Italia, Federazione Alzheimer Italia, Forum Disuguaglianze Diversità, Forum Nazionale del Terzo Settore e La Bottega del Possibile, oltre a Caritas Italiana e ha stimato in 7,5 miliardi di euro il costo degli interventi.

La proposta ha individuato tre problemi principali dell'attuale modello di assistenza alle persone anziane non più autosufficienti su cui appare urgente intervenire: la frammentazione delle risposte; modalità di intervento inadeguate e incapaci di adottare in modo sistematico un approccio multidimensionale all'assistenza intesa anche come *care* (e non solo come *cure* clinico-sanitaria); il sottofinanziamento dei servizi. Per rispondere a questi problemi, la proposta

5,8 miliardi di euro di spesa intermediata in Italia per prestazioni di sanità integrativa, le SMS ne intercettano circa il 3,8%, pari a 220 milioni.

⁹ Sul punto si vedano, tra gli altri, Santoni 2017, Maino e Razetti (2019b), Santoni e Maino (2021). In generale la normativa di riferimento prevede che l'impresa possa rimborsare le spese che il lavoratore compie per il sostegno di familiari non autosufficienti. Inoltre, è importante sottolineare che la Legge di Stabilità del 2017 ha introdotto la possibilità di includere all'interno dei piani di welfare aziendale defiscalizzati i contributi e i premi versati dal datore di lavoro per le polizze LTC (non autosufficienza) e *Dread Disease* (gravi malattie) attivate a favore dei dipendenti.

del NNA - consapevole che il *Next Generation EU* avrebbe messo a disposizione risorse per riforme e investimenti *una tantum* e che quindi fosse necessario partire dall'analisi di che cosa fosse realisticamente possibile fare - ha individuato cinque linee di intervento:

- riforma del sistema di *governance* istituzionale per dare vita a un sistema multilivello che ricomponga l'insieme di servizi e interventi rivolti alle persone non autosufficienti - oggi afferenti a diverse filiere istituzionali - in un complesso unitario e coordinato di attività e processi;
- accesso unico alla rete degli interventi pubblici con l'obiettivo di unificare i passaggi che anziani e famiglie debbono compiere con riferimento al primo contatto e alla valutazione iniziale della condizione di non autosufficienza;
- riforma dei servizi domiciliari seguendo il paradigma del *care* multidimensionale;
- riqualificazione delle strutture residenziali per assicurarne l'ammodernamento e rafforzarne la dotazione infrastrutturale così da migliorare la qualità di vita degli anziani residenti e l'efficacia dell'intervento assistenziale;
- costruzione di un "sistema di governance della conoscenza" in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti quale strumento utile all'azione dei diversi soggetti coinvolti e al monitoraggio delle misure messe in campo.

Ciascuna linea di intervento è stata corredata nella proposta dall'identificazione degli attori da coinvolgere (con una particolare attenzione alla valorizzazione di Regioni e Comuni), degli obiettivi da perseguire, delle azioni da realizzare, con relativo cronoprogramma e una stima dei costi che, come abbiamo detto, complessivamente avrebbero dovuto ammontare a 7,5 miliardi di euro: di cui 5 da destinare nel quinquennio 2022-2026 alla riforma della domiciliarità. Nel complesso, la strategia riformatrice proposta prevedeva 4 diversi livelli di azione relativi alla diffusione della conoscenza, all'assetto istituzionale, all'accesso al sistema locale di LTC, all'offerta di interventi di natura sia domiciliare sia residenziale.

Una strategia, quella proposta dal NNA, destinata ad avviare un percorso di riforma atteso da decenni conciliando obiettivi di lungo periodo con la rapida realizzazione nel breve di un primo pacchetto di misure che inizino a rafforzare la capacità di rispondere ai bisogni degli anziani sempre più fragili; investire sulla creazione di nuova occupazione contrastando anche la discriminazione di genere che caratterizza il nostro più di altri paesi (come è noto, una maggiore offerta di servizi contribuirebbe a ridurre i compiti di cura a carico delle donne nel loro ruolo di caregiver familiari e aprirebbe loro nuove opportunità occupazionali); valorizzare la dimensione territoriale in una dialettica costruttiva tra Stato, Regioni e Comuni che rafforzi il ruolo di coordinamento e guida del primo e l'autonomia delle seconde riducendo al contempo le

differenziazioni di intervento; offrire un'impostazione applicabile a tutte le forme di disabilità e non autosufficienza, anche quelle che riguardano giovani e adulti.

Nella versione definitiva del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza il tema dell'assistenza agli anziani e, in particolare, alle persone non autosufficienti si può ritrovare nella Missione 5 ("Inclusione e coesione") e nella Missione 6 ("Salute"). In "Inclusione e coesione" si trova la voce "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore", verso la quale saranno stanziati 11,17 miliardi di euro. Al suo interno si sottolinea come questo investimento riguarderà anche il "Sostegno alle persone vulnerabili" e la "prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" (0,5 miliardi). In particolare sono previste quattro possibili categorie di interventi da realizzare da parte dei Comuni, singoli o in associazione (Ambiti sociali territoriali): (i) interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità; (ii) interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti; (iii) interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale; (iv) interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali. Il testo del PNRR sottolinea che la linea di attività più corposa di questa voce progettuale (oltre 300 milioni) è finalizzata a finanziare la riconversione e la riqualificazione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie¹⁰ e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Gli ambiti territoriali potranno anche proporre progetti ancora più diffusi, con la creazione di gruppi di appartamenti, assicurando i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari. L'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali.

Ad ogni modo, questa linea di attività è da considerare strettamente integrata a quanto proposto nel capitolo "Salute" (Missione 6) e in particolare alla riforma dei servizi sanitari di prossimità. La Missione 6 prevede due componenti:

- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (7 miliardi). Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

¹⁰ Anche dal punto di vista tecnologico, grazie alla promozione di elementi di domotica, telemedicina e strumenti per il monitoraggio a distanza.

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (8,63 miliardi). Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse saranno destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Il PNRR sembra quindi contenere un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato a dar vita ad una riforma organica - riguardante sia la filiera sociale sia quella sociosanitaria - degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Gli obiettivi alla base di questa riforma, che dovrà essere approvata entro il 2023, sono: rafforzamento della prevenzione dell'istituzionalizzazione, rinnovamento delle Residenze Sanitarie, diffusione di strumenti (soprattutto tecnologici) e servizi (soprattutto domiciliari) volti a consentire la massima autonomia della persona. Il disegno degli interventi previsti è condivisibile e accoglie le principali richieste (anche se non tutte) del NNA ma l'ammontare di risorse stanziato (circa 3,5 miliardi) è certamente al di sotto dei 7,5 miliardi della proposta del NNA. E' ora necessario rafforzare la portata della fase iniziale del processo di cambiamento e verificare la reale volontà riformatrice del Governo. Rispetto a quest'ultimo punto sono da considerarsi pre-condizioni favorevoli all'approvazione di una riforma della LTC tre fattori: il fatto che l'apertura proviene da due Ministeri - quello della Sanità e quello del Welfare - che già in fase di stesura del PNRR hanno dato prova di voler ascoltare e accogliere almeno una parte delle richieste provenienti dalla società civile e per farlo hanno lavorato in modo coordinato alla stesura del PNRR; la volontà di collaborazione tra i numerosi soggetti riuniti intorno alla proposta del NNA; la volontà del NNA di proseguire il cammino insieme e in modo coordinato nei prossimi mesi.

Si tratta dunque di avviare prima possibile l'iter di riforma mettendo in atto un primo pacchetto di interventi che inizino a innovare il sistema, preparando il terreno alla riforma del 2023. Per farlo il NNA si candida ad accompagnare e sostenere la realizzazione della riforma tenendo alta l'attenzione e la pressione affinché le proposte vengano effettivamente attuate (contando su risorse adeguate) per rispondere alle sfide della non autosufficienza e, allo stesso tempo, ad alimentare la collaborazione tra tutti gli attori in campo per facilitare il confronto sui contenuti, in particolare quando il confronto sull'effettivo profilo della riforma si farà più complesso.

5. LTC e innovazione di prossimità: opportunità e prospettive

Nel contesto appena delineato, nonostante la passata inerzia istituzionale nel campo della LTC a livello nazionale, la forbice tra i bisogni crescenti ma insoddisfatti di assistenza e budget pubblici limitati ha favorito l'emergere negli ultimi due decenni, in alcuni contesti locali, di una serie di progetti e iniziative pilota innovativi. A differenza dello scenario nazionale, caratterizzato da un generale immobilismo, molti territori - soprattutto quelli più aperti all'innovazione e/o dotati di reti più solide - hanno infatti sperimentato nuove soluzioni nel campo dell'assistenza agli anziani e della LTC.

Alcuni degli interventi realizzati rappresentano forme di *policy change* volte a migliorare, seguendo una logica incrementale, il sistema di assistenza consolidatosi nel tempo e basato sul *caregiving* familiare diretto o sul "triangolo della cura" (cfr. Artero e Dotsey 2021), mentre altri interventi provano ad aderire più esplicitamente alle direttrici di innovazione promosse a livello internazionale: in entrambi i casi, il tentativo è quello di alterare lo *status quo* e rendere il modello attuale rispondente ai bisogni oltre che più sostenibile (cfr. Maino e Razetti 2020).

Negli ultimi anni si è dunque registrato un fiorire di iniziative che appaiono promettenti per individuare - anche in un'ottica di scalabilità e replicabilità - strumenti e misure capaci di rispondere alle esigenze di innovazione e sostenibilità¹¹. Gli esempi sono numerosi e possono riguardare tanti diversi aspetti della questione "invecchiamento". Focalizzando l'attenzione su alcuni progetti centrati sulla promozione della domiciliarità grazie all'adozione di un approccio multidimensionale e di prossimità, troviamo iniziative che hanno provato ad affrontare il tema della non autosufficienza in età anziana considerandolo non solo dal punto di vista di una migliore gestione di bisogni già conclamati, ma anche della prevenzione del rischio grazie a una tempestiva identificazione e presa in carico dei soggetti fragili; tentato di allargare il perimetro del *care* dalla singola famiglia o dal "triangolo anziano-badante-famiglia" alla più ampia comunità territoriale di riferimento; cercato di mobilitare una pluralità di risorse - pubbliche e private, formali e informali - che la comunità può mettere a disposizione; introdotto nuove figure professionali (ispirate al "welfare d'iniziativa") e/o nuovi servizi (o riformato quelli esistenti) e/o creato (o adattato) spazi fisici dedicati agli anziani per facilitarne le occasioni relazionali e favorire interventi più coordinati tra socializzazione e risposta ai bisogni legati all'invecchiamento.

In quest'ottica vanno sicuramente annoverati come casi innovativi e auspicabilmente replicabili i progetti sostenuti dalla Fondazione Cariplo tramite *Welfare in azione* come "We.Mi" (progetto del

¹¹ La letteratura più recente ha iniziato a raccogliere evidenze dell'esistenza - a livello subnazionale - di reti multi-attore che si sono dimostrate capaci di introdurre dal basso qualche forma, più o meno riuscita, di innovazione nelle politiche rivolte alle persone anziane (cfr. Cibinel *et al.* 2017; Crescentini *et al.* 2018).

Comune di Milano che ha promosso la facilitazione dell'incontro domanda e offerta e puntato allo sviluppo di un mercato dei servizi alla persona), "Invecchiando si Impara a vivere..." (che in due Ambiti Territoriali della Bergamasca ha lavorato sulla prevenzione e sull'*empowerment* collettivo in una logica di filiera), "Place4Carers" (che ha portato alla creazione partecipata di un nuovo servizio sociale in Valle Camonica) e "Living Land", che nel Lecchese ha puntato sull'attivazione e valorizzazione delle forme di prossimità che le comunità locali possono mettere a disposizione, sulla riforma di alcuni servizi per gli anziani nonché sulla sperimentazione di strumenti tecnologici per il sostegno alla domiciliarità.

Fuori dal contesto lombardo, esempi interessanti sono "La cura è di casa" nel Verbano Cusio Ossola (cfr. Gubert 2020) e "Veniamo a Trovarvi" nella provincia di Cuneo, quest'ultimo promosso dalla Fondazione CRC e basato sul ribaltamento del rapporto tra casa di cura e domicilio grazie all'attivazione di una nuova figura professionale "itinerante" (cfr. Cibinel *et al.* 2017); "Viva gli Anziani!", realizzato dalla Comunità di Sant'Egidio - prima a Roma poi in numerosi comuni italiani - con l'obiettivo di contrastare l'isolamento sociale delle persone anziane attraverso la creazione di reti e di servizi di monitoraggio dei bisogni. Ci sono poi le numerose sperimentazioni realizzate sul territorio nazionale nel quadro del programma di sostegno alla non autosufficienza per i dipendenti pubblici promosso dall'INPS (a partire dal 2012, poi rinnovato nel 2014, nel 2017 e nel 2019) e denominato «Home Care Premium», che, tra alti e bassi, ha provato a introdurre elementi molto innovativi: una procedura di valutazione standardizzata del bisogno di cura (tramite test delle ADL), un *voucher* per l'assunzione regolare di un'assistente di cura di importo variabile in funzione del bisogno di cura e della situazione economica del beneficiario, il coinvolgimento degli enti locali in un programma di portata nazionale (cfr. Bertoni 2017; Arlotti, Ranci e Parma 2021).

La logica dell'integrazione tra sistema sociale e sanitario e tra servizi pubblici e privati presenti sul territorio - investendo su figure in grado di favorire la messa a sistema degli interventi (Network manager, Infermiere di Comunità, Operatrice sociale itinerante) e sull'apertura di sportelli e/o punti unici di accesso - è già entrata a far parte delle strategie di intervento della LTC a livello locale, circostanza che sicuramente ne può favorire l'ulteriore diffusione, soprattutto se sostenuta da una cornice regolativa di livello nazionale (come quella fornita dal PNRR e dalla riforma che auspicabilmente verrà approvata nel prossimo biennio) e se inquadrata nella logica dell'innovazione e dell'investimento sociale.

Sebbene il sistema di welfare attuale appaia ancora disfunzionale e ampiamente inadeguato a far fronte alle sfide e ai nuovi bisogni emergenti (e insoddisfatti) legati all'invecchiamento e alle trasformazioni sociali è importante riconoscere che sembra esserci oggi una generale convergenza sulla necessità di un deciso cambiamento nel sistema per la non autosufficienza. Tale cambiamento dovrebbe incentrarsi su tre direttrici fondamentali:

1. centralità della persona e della sua famiglia: va adottato un nuovo approccio culturale che ponga al centro del sistema non la malattia, ma la persona e il suo progetto di cura e di vita intesi non solo sotto il profilo clinico ma tenendo in considerazione anche il contesto familiare, economico e ambientale. Il fine non è la guarigione, spesso impossibile, ma il mantenimento della migliore condizione di salute possibile, considerando i bisogni globali del paziente e il contesto di riferimento. Questa direttrice risulta - come riprendiamo di seguito - coerente con l'investimento sulla prevenzione per rallentare i processi di decadimento;
2. definizione di un percorso integrato di presa in carico, che abbandoni la logica della programmazione per silos che oggi caratterizza la LTC: il focus si dovrebbe spostare dall'individuazione di singoli interventi/prestazioni all'individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali personalizzati, fondati sull'analisi integrata dei bisogni del paziente in una logica di accompagnamento e non solo cura che coinvolga attivamente, con un vero e proprio "Patto di assistenza" non solo il paziente, ma anche i *caregiver* di riferimento;
3. integrazione e coordinamento di tutte le risorse disponibili, sia in tema di organizzazione dei servizi e loro erogazione sia in tema di finanziamento: questo significa adottare un approccio multidimensionale integrato, che presuppone sinergie tra servizi sanitari e sociali, fra professionalità diverse, fra i diversi attori pubblici e privati, profit e non profit, coinvolti nel finanziamento, nella pianificazione e nell'erogazione dell'assistenza.

Le aree su cui intervenire per introdurre a livello locale cambiamenti nell'attuale sistema di welfare rivolto agli anziani sono almeno quattro, ma bisogna agire in una logica di sistema:

- il superamento della frammentazione delle misure e degli interventi per favorire l'integrazione e il coordinamento delle risposte pubbliche e private e un significativo miglioramento in termini di accesso ai servizi (oltreché per evitare la dispersione di risorse scarse e scongiurare il rischio di inappropriatezza). L'obiettivo è fornire alle persone anziane pacchetti unitari di risposte coerenti anche se realizzati da soggetti diversi, così da creare una rete robusta di interventi, investire in prestazioni professionali di qualità, collegando maggiormente il sistema dei trasferimenti monetari alla rete dei servizi territoriali;
- il rafforzamento dei servizi territoriali e domiciliari professionali per superare quella domiciliarità, oggi prevalente, fondata sull'aiuto informale prestato dai familiari e/o dai/dalle badanti. Famiglie e comunità hanno bisogno di servizi di assistenza domiciliare e territoriale strutturati e integrati, organizzati intorno a professionisti che operano in *team* e con un approccio multidimensionale al *care* in grado di aiutare al domicilio le persone fragili e sostenerne le famiglie;

- il potenziamento dell'offerta di servizi residenziali, attualmente limitata. Le comunità hanno bisogno che aumenti anche l'investimento in questo settore perché vi è un numero crescente di anziani che per via dell'età, della gravità del proprio stato di salute (si pensi alle forme acute di demenza) o delle difficoltà di tenuta della rete informale (visto il crescente numero di anziani soli), non possono essere aiutati presso il loro domicilio. È quindi necessario creare opportunità di accesso a cure residenziali appropriate per far fronte in modo adeguato a situazioni complesse e spesso insostenibili. È altresì importante investire maggiormente sulla residenzialità leggera, oggi sostanzialmente assente nel nostro Paese, e su soluzioni innovative come il *senior housing*;
- la sburocratizzazione dei processi e la semplificazione delle procedure dell'offerta pubblica di prestazioni per mettere in campo interventi e servizi flessibili in grado di rispondere a bisogni in continua evoluzione lungo il ciclo di vita, bisogni che non riguardano solo gli anziani ma anche tutta la rete che li circonda.

Per realizzare tutti questi interventi occorre coniugare investimenti pubblici e risorse private coinvolgendo una pluralità di attori che da tempo si occupano delle politiche di LTC. Ed è necessario agire al più presto e a più livelli senza rimandare oltre l'adozione di interventi di sistema. Un sistema per la non autosufficienza deve considerare l'integrazione sociosanitaria, la continuità assistenziale e la sostenibilità nel tempo come elementi fondamentali di qualsiasi intervento. Rispetto a questi obiettivi la leva dell'innovazione sociale potrebbe rivelarsi strategica e andrebbe indirizzata prioritariamente nelle seguenti aree.

Realizzazione di un sistema che favorisca l'integrazione tra tutti i servizi di LTC e gli sportelli esistenti, favorendo la comunicazione dell'offerta, evitando sovrapposizioni tra interventi e puntando all'ottimizzazione delle risorse. I servizi da coinvolgere per favorire una presa in carico integrata e continuativa sono in particolare l'ospedale, le ASL/ASST e i MMG, che rappresentano i principali presidi sanitari a livello locale. Ma anche gli enti locali che si sono dotati negli ultimi anni di moltissimi servizi e sportelli informativi per stranieri e per anziani e di punti di accoglienza per esigenze socio-sanitarie. Così come sono numerosi i soggetti privati e del privato sociale attivi sul fronte della LTC che potrebbero essere coinvolti.

La questione dell'integrazione tra servizi e iniziative chiama in causa il più ampio tema delle reti e del coinvolgimento degli stakeholder ma anche il tema della digitalizzazione. Il sistema attuale può trovare nel coinvolgimento di un'ampia gamma di attori nuove opportunità in termini di risorse e progettualità e in piattaforme e strumenti digitali soluzioni innovative che possono semplificare i processi e le procedure. Si tratta di investire quindi nella attivazione e/o nel potenziamento di Reti Territoriali per la LTC prevedendo il coinvolgimento di operatori pubblici e privati per sviluppare un sistema integrato di servizi partendo dalle esigenze espresse dal territorio e dalle risorse

disponibili. L'attivazione di tali reti consentirebbe di fornire un percorso di presa in carico anche a coloro che non sono già in capo ai servizi o che non sono inseriti nel mercato del lavoro (e quindi non beneficiano di tutele integrative, ad esempio attraverso il welfare aziendale e contrattuale) o, ancora, a coloro che ne sono usciti (gli attuali pensionati) ma anche ai lavoratori per i quali non siano stati attivati ancora accordi e tutele.

L'unitarietà della definizione e dell'organizzazione del percorso di presa in carico deve però essere accompagnata da una analoga integrazione nella gestione delle risorse destinate al finanziamento degli interventi previsti dai Piani di assistenza personalizzati. Nel working paper "Non autosufficienza: analisi e proposte per un nuovo modello di tutela" (cfr. Crescentini *et al.* 2018) si ipotizzava un "conto individuale" (Conto LTC), la cui titolarità andrebbe attribuita al soggetto non autosufficiente, destinato a ricomporre le fonti di finanziamento e ad accogliere tutte le risorse, pubbliche e private, di cui il soggetto può disporre per il finanziamento di prestazioni e interventi di LTC, e in particolare: l'importo dell'indennità di accompagnamento; eventuali contributi (monetari o in servizi) attribuiti a livello locale; prestazioni integrative attivate dal soggetto per via collettiva (tramite fondi pensione, fondi sanitari, polizze individuali, piani mutualistici, premio di risultato); eventuali contributi volontari che il soggetto intenda versare.

Il coinvolgimento di una pluralità di stakeholder pone poi la questione della governance del modello e delle reti che ne sono alla base, elemento fondamentale per garantire la sostenibilità delle iniziative e degli interventi. Si tratta quindi di prevedere:

- la presenza di strumenti di coordinamento della rete (ad esempio una cabina di regia coadiuvata da "snodi" operativi sul territorio);
- la creazione di un punto unico "di accesso" a tutti i servizi per riorganizzare il percorso di accoglienza e accompagnamento degli anziani;
- la presenza di figure operative di raccordo e presa in carico degli anziani fragili (il visitatore itinerante domiciliare, l'infermiere di famiglia e di comunità, il *Care planner*, ecc).

Al modello e alle reti promosse al suo interno è chiesto di saper governare i processi e gli interventi avendo come obiettivo non solo l'incrocio tra domanda e offerta di lavoro, ma la risposta alle esigenze delle persone e delle famiglie e il perseguimento del loro benessere. In questo senso i punti unici di accesso hanno lo scopo di fornire un servizio non solo operativo/prestazionale, ma un accompagnamento progettuale offerto da personale con formazione specifica, in funzione delle esigenze e delle risorse della persona e della famiglia.

La riflessione sul necessario rafforzamento dei servizi destinati alle persone anziane non può non prendere attentamente in esame il tema della sostenibilità. Guardando al futuro, tutte le previsioni disponibili indicano due macro-tendenze destinate a rendere sempre meno sostenibile

l'assistenza alle persone anziane: da un lato, un costante aumento della domanda di assistenza, dall'altro una riduzione dell'offerta, a fronte di una disponibilità limitata di risorse pubbliche. Sull'aumento della domanda l'impatto maggiore è quello esercitato dalle trasformazioni demografiche e delle relative trasformazioni sanitarie (per via della diffusione di malattie cronico-degenerative, di forme di multimorbilità e delle demenze). Sulla riduzione dell'offerta (soprattutto informale) impattano i nuovi modelli familiari e mutamenti economici, soprattutto del mercato del lavoro (si pensi alla maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro e all'allungamento della vita lavorativa).

Ragionare in termini di sostenibilità sociale richiede di tenere conto di queste sfide ma anche dei rapporti intergenerazionali e in particolare di individuare soluzioni che rispondano all'esigenza di assicurare alle persone anziane di domani quantomeno gli stessi servizi che sono offerti agli anziani di oggi. Tenuto conto che i servizi attualmente disponibili sono complessivamente inadeguati e necessitano di essere profondamente innovati, la sfida della sostenibilità può trovare proprio nei paradigmi dell'investimento e dell'innovazione sociale, promossi soprattutto nell'ultimo decennio dall'Unione Europea e più recentemente dall'Agenda 2030, la chiave per essere affrontata.

Si tratta dunque di concettualizzare sempre più le politiche destinate agli anziani agendo con interventi di *policy* soprattutto in ottica preventiva, passando da una logica riparativa e/o assistenzialistica-risarcitoria a una logica di promozione e attivazione delle persone anziane; considerando il tema della prevenzione non circoscritto alla fase dell'invecchiamento, ma come centrale in tutti gli interventi di welfare realizzati durante l'intero ciclo di vita dell'individuo: "investire" sui bambini, sui giovani e sugli adulti di oggi significa ottenere dei "ritorni" domani (un contenimento della domanda e quindi della spesa) agendo sui determinanti sociali della salute, a partire dall'accesso al mercato del lavoro, dal reddito disponibile, dal livello di istruzione e così via; stimolando il concorso di una pluralità di attori - pubblici, privati profit e non profit - alla costruzione di risposte che abbiano l'obiettivo di essere allo stesso tempo collettive, coordinate e inclusive (come ricordato, si tratta di superare l'attuale frammentazione delle misure e degli interventi e di integrare sempre più risorse pubbliche e non pubbliche, ma anche risorse formali e informali (a partire dal volontariato, anche in ottica intergenerazionale che le comunità - se opportunamente stimolate e accompagnate - possono mobilitare e mettere a disposizione); puntando all'*empowerment* dei destinatari (non solo gli anziani, ma anche i loro *caregiver*), esplorando, ove opportuno, le potenzialità che possono nascere dall'impiego delle tecnologie digitali (ICT) in questo campo; sostenendo lo sviluppo di un mercato dei servizi di *care*, riconoscendone il potenziale in termini di incremento della qualità dell'assistenza e dell'occupazione, soprattutto femminile.

6. Conclusioni

Come abbiamo visto, nonostante le previsioni in merito all'invecchiamento demografico siano allarmanti e sebbene il numero di anziani non autosufficienti abbia superato i 3 milioni di individui, le politiche di long-term care hanno iniziato solo ora a ritagliarsi una propria centralità nell'agenda di policy. Se l'Italia riuscirà a cogliere la finestra di opportunità aperta dalla crisi pandemica e dalle ingenti risorse messe a disposizione dell'Italia dall'Ue per fronteggiare le tante sfide rese evidenti dalla pandemia (a partire da quelle legate all'invecchiamento) si capirà nei prossimi mesi. Nel frattempo i territori, eco-sistemi socio-economici in cui operano una pluralità di attori pubblici e privati in rete, possono fare la differenza nel promuovere e/o facilitare processi capaci di aggregare, mettere a sistema e/o liberare risorse già presenti (dalle risorse oggi spese *out-of-pocket* al volontariato, dalle risorse formali a quelle informali, ecc) e nell'assicurare che i processi attivati seguano logiche inclusive, orientate all'innovazione e all'investimento sociale.

Le direttrici da seguire per territori e comunità che intendano farsi trovare "pronte" di fronte alla riforma della LTC e che sappiano prendersi cura dei propri anziani implicano quindi investire sul cosa e sul come. Rispetto alla prima dimensione si tratta, da un lato, di ripensare target e logiche di intervento (nella cornice del Pilastro europeo dei diritti sociali, del NGEU e dell'Agenda 2030) investendo sulle persone e i loro bisogni e riconoscendo la crescente fragilità che li caratterizza, nella prevenzione degli effetti dell'invecchiamento, nell'inclusività dei servizi e nella loro qualità, nelle misure di conciliazione per facilitare la risposta ai bisogni e generare opportunità di sviluppo economico, negli interventi per gli anziani tra invecchiamento attivo e perdita dell'autonomia, nel contrasto alla povertà sempre più severa e multidimensionale che riguarda anche gli anziani. Dall'altro di adottare una "logica di rete", anche allo scopo di aggregare domanda e offerta di welfare, rafforzare le collaborazioni tra gli attori in gioco (pubblici, privati non profit e profit), co-programmando e co-producendo interventi (grazie anche alle Linee guida sulla co-progettazione ora disponibili), riconoscendo il ruolo di coordinamento e indirizzo delle istituzioni pubbliche locali. Rispetto al come risulterà centrale il monitoraggio per comprendere come stanno cambiando i bisogni delle famiglie con anziani e disabili nel quadro della pandemia, per individuare i profili di fragilità degli anziani tra salute e assistenza e per aggregare la domanda e la mappatura dell'offerta complessiva dei servizi per favorirne una crescente integrazione e diffusione.

Riferimenti bibliografici

- Artero M. e Dotsey S. (2021), *Domestic care work: problems and requests emerging from the 'triangle of care'*, in *Biblioteca della Libertà*, LV, n. 229, pp. 5-24, DOI 10.23827/BDL_2020_3_1.
- Arlotti M., Ranci C. e Parma A. (2021), *Tra il dire e il fare. La difficile implementazione del programma sperimentale LTC «Home Care Premium»*, in "Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare" 2/2020, pp. 257-277.
- Bertoni F. (2017), "Home Care Premium dell'Inps a favore di persone non autosufficienti e disabili", in *welforum.it*, 7 luglio 2017.
- Caccia F. (2019), "Nuovo welfare e sviluppo di comunità: il progetto Home Care Premium nel Distretto socio sanitario di Catanzaro", in *I luoghi della cura online*, 5 luglio 2019.
- CERGAS - Bocconi (2019), *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Milano, Egea.
- Cibinel E., Maino F., Manfreda F. e Porzio G. (2017), *Indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema sul territorio regionale nell'ambito dell'assistenza familiare*, Regione Piemonte, Por Piemonte Fse 2014/2020.
- Crescentini L., Maino F. e Tafaro T. (2018), *Non autosufficienza: analisi e proposte per un nuovo modello di tutela*, Working Paper 2WEL 3/2018, Torino, Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi.
- Da Roit B. (2020), *Traiettorie delle politiche di long-term care in Europa: protezione, familizzazione e lavoro di cura*, in "Salute e Società", 3/2020, pp. 32-48.
- Da Roit B. e Ranci C. (2021), "Cura degli anziani, la riforma inizia dal PNRR", in *lavoce.info*, 29 aprile 2021.
- De Gregorio O., Razetti F. e Maino F. (2020), *APRIRSI per ritornare al futuro: le Società di Mutuo Soccorso di fronte alle sfide della sanità integrativa*, Le ricerche di Percorsi di secondo welfare.
- DOMINA, Osservatorio Nazionale (2021), *Secondo Rapporto annuale sul lavoro domestico 2020*, Roma.
- European Commission (2021), *2021 Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*, Joint Report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL).
- Fosti G., Notarnicola E. e Perobelli E. (a cura di) (2021), *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia*, 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano, Egea.

- Gori C. (2021), "Anziani non autosufficienti: vittime ignorate dalla politica", *lavoce.info*, 8 gennaio 2021.
- Gori C. e Gubert E. (2021), *L'indennità di accompagnamento*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto 2020/2021*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 83-100.
- Gori C. e Pesaresi F. (2019), "La riforma nazionale delle politiche per i non autosufficienti. 20 anni di proposte", in *I luoghi della cura rivista online*, 23 gennaio 2019.
- Gubert E. (2020), *La Cura è di Casa. Una partnership tra pubblico, privato e cittadinanza per l'innovazione del sostegno alla domiciliarità*, Working Paper 2WEL - 1/2020, Percorsi di secondo welfare.
- ISTAT (2020a), *Indicatori demografici*, Roma.
- ISTAT(2020b), *Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria*, Roma.
- ISTAT (2021), *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-CoV-2*, Roma.
- Jessoula M., Pavolini E., Raitano M. e Natili M. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*, European Social Policy Network (ESPN).
- Maino F. e Razetti F. (2019a), *Innovating LTC: Policy Evidences from Italy in a European Perspective*, in E. Chiappero (a cura di), *Rules of Utopia. Policies to drive us out of the crisis*, Milano, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, pp. 236-258.
- Maino F. e Razetti F. (2019b), *Fare rete per fare welfare. Dalle aziende ai territori: strumenti, attori, processi*, Torino, Giappichelli.
- Maino F. e Razetti F. (2020), *Superare l'immobilismo: alla ricerca dell'innovazione nelle politiche di LTC*, in "Biblioteca della Libertà", Anno LV, n. 229.
- MEF, Ministero dell'Economia e delle Finanze (2021), *Mid-Long Term Trends for the Pension, Health and Long-Term Care System*, Update of the report n. 21, Roma.
- NNA, Network Non Autosufficienza (2010), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 2° Rapporto* promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore.
- Pasquinelli S. e Pozzoli F. (2021), *Badanti dopo la pandemia*, Quaderno WP3 del progetto "Time to care", Milano.
- Pavolini E. (2020), *Le politiche per la non autosufficienza: prima, durante e dopo la tempesta*, in "Quaderni della coesione sociale", 3/2020, pp. 18-23.

Pesaresi F. (2018), "20 anni di proposte per la non autosufficienza", in *welforum.it*, 11 settembre 2018.

Ranci C., Arlotti M. e Parma A. (2019), "Indennità di Accompagnamento: cambiare è possibile? Una proposta operativa di riforma", *I luoghi della cura online*, 7 giugno 2019.

Ranci C. e Pavolini E. (2015), *Le politiche di welfare*, Il Mulino, Bologna.

Santoni V. (2017), *Welfare aziendale e provider prima e dopo le Leggi di Stabilità*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 91-118.

Santoni V. e Maino F. (2021), *Co-progettazione e ibridazione organizzativa per l'imprenditoria sociale ai tempi del Covid-19*, Working Paper 2WEL 2/2021, Percorsi di secondo welfare.