L’assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei

Le caratteristiche dell’assistenza domiciliare per anziani in Italia e le sue criticità sono al centro dell’articolo che offre riflessioni a partire dall’analisi dei dati istituzionali riferiti anche ad altri Paesi europei. Da tale comparazione, inoltre, gli autori traggono spunto per proporre una serie di insegnamenti per il sistema italiano di Long-Term Care.

Di Francesco Barbabella *(Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l’Invecchiamento, INRCA IRCCS, Ancona e Centre for Ageing and Life-Course Studies, Linnaeus University, Växjö, Svezia)*, Arianna Poli *(Division Ageing and Social Change (ASC), Linköping University, Norrköping, Svezia)*, Mirko Di Rosa *(Laboratorio di Farmacoepidemiologia Geriatrica, INRCA IRCCS, Ancona)*, Giovanni Lamura *(Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l’Invecchiamento, INRCA IRCCS, Ancona)*

La domanda di assistenza domiciliare in Italia e le sue criticità

In Italia oltre l’80% delle persone non autosufficienti che vivono a casa è ultrasessantacinquenne, circa 2,5 milioni di anziani (ISTAT, 2014). Si stima che oltre un quinto delle persone con 65 anni e più abbia limitazioni funzionali gravi da necessitare assistenza personale a casa (20,1%) o in strutture residenziali quali residenze sanitarie assistenziali (RSA), residenze protette e altre analoghe (1,7%) (ISTAT 2019a, 2019b, 2019c). Le indagini ISTAT sugli anziani non autosufficienti che vivono a casa considerano come persone con limitazioni funzionali gravi (e dunque da considerarsi non autosufficienti) quelle che riportano una difficoltà massima in almeno una delle seguenti dimensioni della vita quotidiana: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse la maggior parte delle attività della 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).

Tali limitazioni richiedono un’assistenza continuativa e di lungo termine da parte di altre persone per essere compensate, nonché per porre l’anziano assistito nella condizione di poter continuare a vivere una vita dignitosa e con una qualità della vita accettabile. In particolare, i bisogni specifici degli anziani non autosufficienti possono essere inquadrati in due tipologie:

- *bisogni socio-assistenziali*: le limitazioni funzionali possono impedire o circoscrivere le azioni che la persona anziana può compiere su se stessa, sull’ambiente circostante e per interagire con gli altri. I bisogni socio-assistenziali si configurano dunque non solo come quelli emergenti dalle difficoltà oggettive di compiere le ADL e le attività strumentali della vita quotidiana (*instrumental activities of daily living*, IADL), ma anche quelli relativi alla scarsa mobilità generale (abilità nel muoversi in ambienti domestici, esterni o tramite mezzi di trasporto), alla mancata possibilità di incontrare e comunicare con altre persone e di accedere a servizi (sia generali, quali l’acquisto di beni di prima necessità, sia specifici, come il reperimento dei farmaci prescritti);
- *bisogni sanitari*: la condizione di salute della persona anziana può richiedere inoltre cure mediche, infermieristiche o riabilitative specifiche al fine di trattare al meglio le malattie croniche e le menomazioni eventualmente presenti. Le limitazioni funzionali della persona non autosufficiente possono essere conseguenze di eventi acuti (es. cadute), patologie, menomazioni o decadimento cognitivo, che necessitano di cure appropriate per gestirne o limitarne gli effetti.

Le politiche di Long-Term Care (LTC) si configurano come un complesso di politiche che hanno l'obiettivo di contribuire al benessere delle persone con bisogni assistenziali e limitare il rischio di cure inappropriate. Tuttavia, in Italia le politiche per l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti non si costituiscono come una componente coerente del welfare, ma dipendono da attori istituzionali, risorse finanziarie e processi diversi (afferenti rispettivamente alle Regioni e alle ASL per la componente sanitaria e ai Comuni e agli Ambiti Sociali Territoriali per la componente socio-assistenziale), in molti casi con problemi di integrazione.

L'assistenza domiciliare

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità un'assistenza domiciliare costituita da un insieme organizzato di prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico. Tali prestazioni hanno l'obiettivo di stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Ai pazienti in carico è garantita anche una valutazione multidimensionale dei bisogni clinici funzionali e sociali, con la redazione di un progetto di assistenza individuale (PAI) che includa sia le prestazioni sanitarie offerte dal SSN che quelle tutelari e socio-assistenziali fornite dai Comuni.

A seguito della riforma dei nuovi livelli essenziali delle prestazioni (LEA) avvenuta con il DPCM 12 gennaio 2017, i servizi di assistenza domiciliare forniti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono stati riorganizzati in quattro livelli:

- Cure domiciliari di livello base: bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, con un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)[1] <0,14;
- Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello: prestazioni di tipo medico, infermieristico e assistenziale, oppure riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati (CIA 0,14-0,30). In questo livello è richiesta la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un PAI o progetto riabilitativo individuale (PRI);
- Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: prestazioni professionali e modalità del servizio uguali all'ADI di I livello, ma rivolte a casi più complessi (CIA 0,31-0,50);
- Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: prestazioni professionali e modalità del servizio simili all'ADI di I e II livello, ma rivolte a casi gravi (CIA >0,50). L'utenza prevista include persone con patologie che, presentando un elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver familiare.

Nei suoi tre livelli di articolazione, l'ADI prevede il coinvolgimento integrato di diverse professionalità sanitarie e sociosanitarie, quali medici, infermieri, fisioterapisti e operatori sociosanitari (OSS) per prestazioni principalmente di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare rivolte a persone confinate a casa e al fine di evitarne il ricovero.

Laddove ritenuto necessario, oltre ai servizi sanitari sopra evidenziati possono essere attivati anche servizi sociali da parte del Comune di residenza della persona assistita, per far fronte ad altri bisogni socio-assistenziali della stessa. In tal senso, le prestazioni domiciliari fornite dai Comuni (attivate in seguito all'ADI o separatamente) rientrano sostanzialmente nel servizio di assistenza domiciliare (SAD), il quale si configura come il principale intervento a favore degli anziani non autosufficienti. Alcune delle principali prestazioni offerte dal SAD sono relative all'igiene personale dell'anziano, la gestione della casa, l'accompagnamento fuori casa per attività specifiche, la gestione delle pratiche burocratiche e le attività di integrazione sociale nella comunità.

[1] Il CIA è calcolato come il rapporto tra le giornate di effettiva assistenza (GEA) nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare e le giornate di cura (GdC) dalla data della presa in carico alla cessazione del programma. Il valore del CIA varia tra 0 (nessuna assistenza) e 1 (assistenza quotidiana).

Box 1 – L'assistenza domiciliare

Le criticità più significative del settore dell'assistenza domiciliare in Italia – che rimarcano alcuni problemi sistemici del sistema di LTC, già ampiamente evidenziati (Barbabella *et al.,* 2013, 2017; Gori, 2017; Jessoula *et al.*, 2018) – possono essere così riassunte:

1. ***predominanza dei trasferimenti monetari***: il sistema di LTC italiano si basa soprattutto sull'erogazione dell'indennità di accompagnamento, un assegno mensile di 516 euro per coloro con una invalidità totale e un bisogno continuo di assistenza per svolgere le attività quotidiane o per la deambulazione[1]. L'indennità di accompagnamento è assegnata a circa il 13,5% delle persone anziane (65 anni o più) in Italia (Jessoula *et al.*, 2018), mentre ADI e SAD raggiungono un'utenza anziana rispettivamente del 5,8% (OECD, 2019) e dell'1,6% (ISTAT, 2019d);
2. ***bassa intensità media dell'assistenza domiciliare***: le statistiche disponibili relative all'ADI riportano una intensità media decisamente bassa, meno di 20 ore per utente all'anno, che presumibilmente non riesce a coprire tutti i bisogni sanitari degli assistiti (Barbabella *et al.,* 2017). Per quanto riguarda il SAD, il costo medio annuo per utente è di circa 2.000 euro (ISTAT, 2019), con un trend di medio periodo di decisa diminuzione dell'intensità;
3. ***scarsa integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali***: nonostante la priorità e l'importanza ufficialmente attribuita all'integrazione tra servizi sanitari (ADI) e socio-assistenziali a domicilio (SAD), il raccordo tra questi è purtroppo spesso inesistente o marginale. Dati ISTAT (2019) indicano che solo lo 0,6% degli anziani beneficia contemporaneamente sia di SAD che ADI integrate tra loro;
4. ***disparità territoriali***: le coperture e le intensità dei servizi variano largamente da regione a regione e anche in base alle programmazioni locali di ASL, Comuni e Ambiti Sociali Territoriali (Barbabella *et al.*, 2017). In particolare, per le prestazioni socio-assistenziali i criteri di elegibilità e di co-finanziamento sono stabiliti localmente con una grande variabilità;
5. ***'doppio binario' di servizi pubblici e privati di assistenza***: una quota significativa di persone non autosufficienti devono ricorrere all'uso di personale di assistenza privata e di assistenti familiari (c.d. badanti) per sopperire alle carenze dell'assistenza pubblica. Si stima che ci siano oltre 830.000 assistenti familiari (regolari e irregolari) in Italia che lavorino alle dirette dipendenze della persona non autosufficiente e della sua famiglia (Pasquinelli e Rusmini, 2013). La mancanza di percorsi di convenzione standardizzati per i servizi privati e di formazione obbligatoria per gli assistenti familiari creano un secondo binario parallelo di servizi (in aggiunta o sostituzione al pubblico), contribuendo all'inefficienza complessiva del sistema;
6. ***risorse finanziarie limitate per l'assistenza diretta***: la maggior parte delle risorse pubbliche si concentra sull'indennità di accompagnamento, finanziata nel 2016 con oltre 10 miliardi di euro non vincolati alle effettive spese di assistenza. Se si considera che nello stesso anno i Comuni hanno speso 2,7 miliardi per il SAD e il SSN 5,9 miliardi per la complessiva offerta di servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali a carattere sanitario, si può capire la totale disparità di allocazione delle risorse tra queste voci (Barbabella *et al.,* 2017).

La risposta di altri Paesi europei

La Tabella 1 fornisce una panoramica delle principali caratteristiche dell'assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti in Italia e in altri Paesi europei come Francia, Germania, Inghilterra[2], Spagna e Svezia.

In termini di copertura dei servizi di assistenza domiciliare (colonna 1), l'Italia presenta un trend positivo di crescita dell'utenza di ADI nel periodo 2010-2016 (+1,7%), una crescita in qualche modo paragonabile a quelle di Germania (+1,9%) e Spagna (+1,8%). Altri Paesi come Francia e Svezia hanno invece visto trend negativi, mentre per l'Inghilterra il sistema sembra sostanzialmente stabile. Tuttavia, tale comparazione deve naturalmente essere considerata con le cautele del caso, visti i limiti metodologici delle analisi internazionali dovuti alla natura spesso diversa del pacchetto di servizi offerto agli utenti.

In alcuni casi, infatti, le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali sono offerte all'interno dello stesso servizio (come in Svezia) e i dati disponibili non permettono di sapere quante persone usufruiscono delle une e/o delle altre. In altri casi, il legame tra un assegno monetario e i servizi diretti è così forte (come in Francia e Germania) che non sono scorporati i beneficiari del solo assegno da quelli che ricevono sia l'assegno sia assistenza diretta.

Paese	Copertura (% rispetto al totale della pop. over 65)		Criteri di accesso	Fonti di finanziamento pubbliche	Collegamento con trasferimenti monetari	Offerta delle cure	Differenziazione territoriale
	2010	2016					
	1	2	3	4	5	6	7
Italia	4,1	5,8	Principio di universalità delle prestazioni sanitarie Principio di verifica del reddito (*means-tested*) per prestazioni socio-assistenziali	Componente sanitaria: fiscalità generale Componente socio-assistenziale: mix di fondi redistribuiti dal Ministero delle Politiche Sociali e fondi dei Comuni	No (tranne che per alcuni assegni/voucher a livello locale)	Servizi pubblici + assistenti familiari + caregiver informali (oltre 3 milioni)	Elevata (alta variabilitàdei servizi sanitari e sociali che dipendeno da enti regionali e locali)
Francia	6,6	6,0	Principi di gradualità sulla base del livello di non autosufficienza e di verifica del reddito (means-tested) per l'APA	Fiscalità generale (mix di fondi provinciali – *départments* – e nazionali)	Sì (l'APA è legata all'uso di servizi di assistenza)	Servizi pubblici + servizi privati + caregiver informali	Medio-bassa (APA è un programma nazionale implementato a livello regionale)
Germania	7,6	9,5	Principio di gradualità sulla base del livello di assistenza necessaria	Obbligo per tutti i residenti di una assicurazione (pubblica o privata) per LTC	Sì (l'utente può scegliere se ottenere l'assegno e/o servizi diretti)	Servizi pubblici + servizi privati + caregiver informali	Media (ineguaglianze crescenti tra regioni nell'offerta di servizi privati)
Inghilterra	3,0	3,2	Principio di universalità delle prestazioni sanitarie Principio di verifica del reddito (*means-tested*) per prestazioni socio-assistenziali	Per la componente sanitaria: fiscalità generale Per la componente socio-assistenziale: mix di fondi redistribuiti dal governo centrale e tasse locali (su imprese e proprietà); co-finanziamento utenti (sulla base del patrimonio)	Sì (possibilità di accedere a *personal budgets*, simili ad assegni di cura da spendersi esclusivamente in servizi di assistenza)	Quasi-mercato dei servizi socio-assistenziali (89% dei servizi domiciliari forniti da soggetti privati) + caregiver informali (oltre 5 milioni)	Media (variabilità a livello locale dei livelli di eleggibilità)
Spagna	5,3	7,1	Principio di gradualità sulla base del livello di non autosufficienza	Fiscalità generale (mix di fondi regionali e nazionali)	Sì (gli assegni sono legati all'uso di servizi di assistenza)	Servizi pubblici + servizi privati + assistenti familiari + caregiver informali	Elevata (alta variabilità dei servizi di LTC che dipendono da enti regionali)
Svezia	12,2	10,9	Principio di universalità dei servizi di LTC	Fiscalità generale (prevalentemente fondi locali)	Sì (gli assegni – poco diffusi – sono collegati al coinvolgimento	Servizi pubblici + servizi privati + trend crescente di caregiver informali	Elevata (nessun criterio di eleggibilità nazionale, criteri

Tabella 1 – Caratteristiche dell'offerta pubblica di assistenza domiciliare in alcuni Paesi europei

Fonti:

Italia: i dati sulla copertura si riferiscono alla sola ADI (OECD, 2019). Altre fonti: Jessoula et al. (2018).

Francia: i dati sulla copertura si riferiscono ad anziani (60+ anni) che beneficiano dell'APA (OECD, 2019). Altre fonti: Le Bihan (2018).

Germania: i dati sulla copertura si riferiscono a coloro che beneficiano di servizi di assistenza o assegni monetari finanziati dall'assicurazione obbligatoria (pubblica o privata) di LTC (OECD, 2019). Altre fonti: Gerlinger (2018).

Inghilterra: i dati sulla copertura si riferiscono rispettivamente agli anni 2008 (Gori et al., 2016) e 2015-2016 (ns. elaborazioni su dati Office for National Statistics 2019, National Audit Office, 2014) e comprendono solo le prestazioni socio-assistenziali a domicilio (social care). Altre fonti: Glendinning (2018); Carers UK (2015).

Spagna: i dati sulla copertura si riferiscono a coloro che beneficiano di servizi finanziati pubblicamente o privatamente (OECD, 2019). Altre fonti: Rodríguez-Cabrero et al. (2018).

Svezia: i dati sulla copertura si riferiscono a coloro che beneficiano di servizi sanitari e/o socio-assistenziali (OECD, 2019). Altre fonti: Schön & Heap (2018).

In questo senso, il sistema di LTC italiano si distingue per due aspetti da tutti gli altri Paesi considerati (colonna 3): la sua **mancata integrazione tra politiche sanitarie (ADI) delle Regioni, socio-assistenziali (SAD) dei Comuni e pensionistiche**[3] **(indennità di accompagnamento)** a livello nazionale; la gradualità delle prestazioni sulla base del livello di non autosufficienza solo per i servizi sanitari e socio-assistenziali diretti e non per l'indennità di accompagnamento. Negli altri Paesi, infatti, esiste un quadro generale di politiche di LTC (come in Francia, Germania e Svezia) o quantomeno di coerenza di intenti tra politiche settoriali (Spagna), con criteri di elegibilità ai servizi e/o agli assegni monetari basati su una scala di livelli di non autosufficienza e relativi bisogni (anche stabilite a livello nazionale, come in Francia, Germania e Spagna), eventualmente con una verifica dei mezzi.

Relativamente alle fonti pubbliche di finanziamento dell'assistenza domiciliare (colonna 4), nella maggior parte dei Paesi il sistema si regge su un mix di fondi redistribuiti dal governo nazionale e tassazione locale. Tuttavia in Germania esiste una componente di contribuzione (dovuta da tutti i residenti) specifica per LTC, che dunque 'autofinanzia' (seppure non totalmente) i servizi e i benefici di coloro che sono poi riconosciuti in stato di non autosufficienza, in modo simile a quanto avviene per l'assicurazione sanitaria tedesca.

Come già menzionato, **l'Italia è l'unico Paese a non avere un diretto collegamento tra servizi e trasferimenti monetari** (colonna 5). Negli altri casi si ravvisano assegni il cui ammontare varia a seconda del livello di non autosufficienza valutato dalla commissione preposta. Sia che gli assegni siano offerti come risorsa principale (in Francia, con l'*allocation personnalisée d'autonomie*, APA) che come opzione ('libera scelta', *freedom of choice*, in Germania e Inghilterra), in tutti i casi sono legati alla spesa effettiva in prestazioni di cura, fornite da enti pubblici e/o privati convenzionati. Non è possibile disporre liberamente delle somme ricevute come avviene in Italia con l'indennità di accompagnamento.

In termini di offerta delle cure (colonna 6) ci sono punti in comune tra l'Italia e gli altri Paesi. Quasi ovunque il sistema di LTC si è evoluto verso un mix di offerta pubblica (più o meno limitata), servizi privati (in crescita, anche in Svezia) e assistenza informale di caregiver familiari (in crescita). Tra le altre cose, **quello che distingue l'Italia è uno sviluppo inferiore dell'offerta di servizi domiciliari privati forniti da operatori organizzati** (che negli altri casi devono essere convenzionati e pagati direttamente o indirettamente tramite gli assegni monetari), a favore dell'assunzione diretta da parte delle famiglie di assistenti familiari individuali, senza garanzie sulla qualità delle cure e controlli da parte degli attori pubblici.

Infine, l'offerta delle cure (colonna 7), nonché l'eligibilità a servizi e benefici, sono influenzate spesso da una **alta frammentazione delle competenze sanitarie e/o socio-assistenziali** ad enti e autorità locali, in Italia così come in Spagna e Svezia. In Francia, Germania e Inghilterra lo schema nazionale di LTC è abbastanza forte da sostenere una maggiore omogeneità, seppure si riscontrano differenziazioni locali nell'offerta e nell'accesso ai servizi anche in questi Paesi.

Alcuni insegnamenti per il sistema italiano

La breve analisi proposta dimostra le persistenti criticità del sistema italiano di assistenza domiciliare, il quale **necessita urgentemente di una riforma organica e intersettoriale**.

In primo luogo, tutti i Paesi considerati hanno adottato negli ultimi anni delle **riforme normative che hanno riorganizzato i servizi domiciliari (e non solo) per la non autosufficienza**. In Germania, l'assicurazione obbligatoria per la LTC risale al 1995 e, attraverso varie riforme (2009 e 2017), è stata estesa a tutti i residenti e sono stati allargati i criteri di elegibilità. Lo schema di APA in Francia è stato costituito nel 1997 e riformato (nella forma attuale) nel 2002. La Spagna ha approvato una riforma del sistema nel 2006, seppure i suoi effetti sono stati limitati dalla crisi economica intercorsa dopo pochi anni. In Inghilterra vari atti (tra cui il *Care and Support Act* del 2014) si sono susseguiti negli anni per arrivare al sistema attuale. La Svezia ha adottato da lunghissimo tempo un approccio universalistico verso tutti i servizi sanitari e sociali, inclusi quelli per la LTC. Con questo elenco non si vuole sostenere che tutti questi Paesi abbiano attuato riforme o sviluppato sistemi efficaci, efficienti e sostenibili. Vogliamo invece sottolineare l'importanza assegnata al tema della LTC e dell'invecchiamento della popolazione da parte dei decisori pubblici di queste nazioni, che non ha purtroppo un riscontro analogo in Italia.

Un altro punto concerne la **dipendenza del sistema italiano dall'indennità di accompagnamento**. Così come disegnata, questa misura è quantomeno inefficiente nel fornire un assegno a somma fissa senza prendere in considerazione le risorse economiche dei beneficiari e senza graduarla sulla base dei bisogni degli utenti (in linea di principio solo i casi più gravi – in cui è rilevata una invalidità totale con impossibilità di deambulare e/o compiere ADL/IADL autonomamente – possono beneficiarne). In tutti gli altri Paesi, l'aspetto universalistico degli assegni monetari è mitigato almeno dalla valutazione dell'effettivo livello di non autosufficienza all'interno di una scala adottata, spesso su scala nazionale. In alcuni casi, come in Francia e Inghilterra, si aggiunge una valutazione dello stato economico e patrimoniale del beneficiario per la concessione parziale o totale del beneficio. Si tratta dunque di meccanismi che sarebbe utile considerare per il contesto italiano per renderlo più efficiente e sostenibile nel lungo periodo, anche in vista di un aumento complessivo della domanda di assistenza (per effetto dell'invecchiamento demografico della popolazione) (Gori, 2017; Jessoula *et al.,* 2018).

Inoltre, la combinazione di un'offerta pubblica limitata e del mancato vincolo di spendere l'indennità di accompagnamento in servizi di assistenza pubblici o privati convenzionati ha creato nel lungo periodo vari effetti indesiderati nel sistema italiano. Sia che l'assistenza per ADL/IADL sia fornita da caregiver familiari e/o assistenti familiari assunti privatamente, un grosso burden pratico, psicologico e finanziario dell'assistenza è scaricato sulle famiglie. Inoltre, l'assunzione di assistenti familiari può costituire la risposta più rapida ed economica per risolvere il bisogno, eppure anche questa soluzione presenta limitazioni e problematiche intrinseche in termini di qualità dell'assistenza e non solo (Pasquinelli e Rusmini, 2013; Di Rosa *et al.,* 2015).

Il **rilancio di un piano nazionale di politiche dedicate alla non autosufficienza** sarebbe la prima azione da intraprendere per poter modernizzare e migliorare il sistema di LTC italiano. Nel rispetto delle competenze settoriali degli attori istituzionali di diverso livello, è necessario avviare una fase di armonizzazione che abbia tra gli altri principi cardine quelli di:

- potenziare il sistema dei servizi domiciliari socio-assistenziali (ancora troppo poco sviluppato rispetto ad altri Paesi);
- creare un pacchetto veramente integrato di prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e pensionistiche che possa rispondere in modo combinato e graduale ai bisogni assistenziali relativi alla condizione di non autosufficienza;
- ricondurre le prestazioni monetarie all'effettivo consumo di servizi professionali di assistenza per favorirne la personalizzazione, eventualmente permettendo anche una certa libertà di scelta (tra servizi e/o benefici economici).

Rimandare ancora la discussione delle criticità del sistema italiano e delle sue soluzioni sarebbe inopportuno per l'efficacia, l'efficienza e la sostenibilità del sistema attuale e futuro, visto l'invecchiamento progressivo e inevitabile della società italiana, la limitatezza dei servizi pubblici disponibili (Barbabella *et al.,* 2017) e la sempre più scarsa disponibilità di caregiver familiari dovuta ai cambiamenti sociali e delle strutture familiari di questo periodo storico (Colombo *et al.,* 2011).

Foto di rawpixel da Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Barbabella F., Di Rosa M., Lamura G. (2013), *Come opera l'assistenza domiciliare negli altri paesi europei?*, Welfare Oggi, 4, pp. 30-34.

Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F. (2017), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network Non Autosufficienza (NNA) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 33-54.

Carers UK (2015), *Facts about carers,* Londra, Carers UK.

Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.

Di Rosa M., Barbabella F., Poli A., Balducci F. (2015), *L'altra bussola: le strategie di sostegno familiare e privato*, in Network Non Autosufficienza (NNA) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 33-52.

Ferrera M. (1993), *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, il Mulino.

Gerlinger T. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Germany*, Bruxelles, Commissione Europea.

Glendinning C. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. United Kingdom*, Bruxelles, Commissione Europea.

Gori C. (2017), *L'età dell'incertezza*, in Network Non Autosufficienza (NNA) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pp. 11-29.

Gori C., Barbabella F., Campbell J., Ikegami N., D'Amico F., Holder H., Ishibashi T., Johansson L., Komisar H., Theobald H. (2016), *How different countries allocate LTC benefits to users: Changes over time*, in Gori C., Fernandez J.-L., Wittenberg R. (Eds.), Long-term care reforms in OECD countries: Successes and failures, Bristol, Policy Press, pp. 77-115.

ISTAT (2019a), Demografia in cifre. Datawarehouse, Roma, ISTAT (ultimo accesso: 6 maggio 2019).

ISTAT (2019b), I.Stat. Datawarehouse, Roma, ISTAT (ultimo accesso: 6 maggio 2019).

ISTAT (2019c), DisabilitàinCifre. Datawarehouse, Roma, ISTAT (ultimo accesso: 6 maggio 2019).

ISTAT (2019d), La spesa dei comuni per i servizi sociali, Roma, ISTAT (ultimo accesso: 6 maggio 2019).

Jessoula M., Pavolini E., Raitano M., Natili M. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Italy*,

Bruxelles, Commissione Europea.

Le Bihan B. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. France*, Bruxelles, Commissione Europea.

National Audit Office (2014), *Adult social care in England: an overview. Report*, Londra, House of Commons.

NHS Digital (2019), Community Care Statistics: Social Services Activity. Tavole di dati (ultimo accesso: 6 maggio 2019).

OECD (2019), Long-term care resources and utilization. Database (ultimo accesso: 6 maggio 2019).

Office for National Statistics (2019), Estimates of the population for the UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland. Database (ultimo accesso: 6 maggio 2019).

Pasquinelli S. (2013), *Le badanti in Italia: quante sono, chi sono, cosa fanno*, in Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di), Badare non basta, Roma, Ediesse, pp. 41-55.

Rodríguez-Cabrero J.-M. et al. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Spain*, Bruxelles, Commissione Europea.

Schön P., Heap J. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Sweden*, Bruxelles, Commissione Europea.