

**ANZIANI FRAGILI
E NON AUTOSUFFICIENTI
NEL BIELLESE:
SFIDE E OPPORTUNITÀ
TRA TRADIZIONE
E INNOVAZIONE**



A cura di **Anastasia Rita Guarna**
e **Franca Maino**

Università degli Studi di Milano
e Percorsi di secondo welfare

 **PERCORSI DI
secondo
welfare.**

 **Fondazione**
Cassa di Risparmio di Biella

INDICE

PREFAZIONE	4
INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1. Gli anziani fragili e gli anziani non autosufficienti: il contesto biellese	8
CAPITOLO 2. Servizi a sostegno della fragilità e non autosufficienza	11
2.1. I servizi domiciliari	11
2.1.1. Assistenza domiciliare integrata	11
2.1.2. Servizio di assistenza domiciliare	15
2.1.3. I servizi a supporto della domiciliarità	17
2.2. I servizi residenziali e semiresidenziali	19
2.2.1. Le strutture residenziali	19
2.2.2. I centri diurni	23
2.2.3. Le cure intermedie: i Cavs	26
2.3. I servizi di assistenza economica: gli assegni di cura	27
2.4. I servizi a sostegno dell'assistenza familiare	29
2.5. I servizi di informazione, orientamento e valutazione	35
2.6. I servizi a supporto di malattie neurodegenerative	39
2.7. Misure nazionali e regionali: il panorama attuale	43
CAPITOLO 3. Percorsi innovativi di cura nel Biellese	46
CAPITOLO 4. Assistenza continuativa: dai bisogni alle prospettive future	52
4.1. I bisogni di cura: quali sono le urgenze territoriali?	52
4.2. Punti di forza e criticità del contesto di cura biellese	53
4.3. Opportunità e sfide del contesto di cura biellese	56
4.4. Aspetti migliorabili e prospettive future	58
Conclusioni	60
Riferimenti bibliografici	63

PREFAZIONE

Biella, con uno degli indici di vecchiaia più alti d'Italia, è una città-laboratorio per quanto riguarda i servizi e i progetti rivolti alle persone anziane affinché possano vivere una terza età più lunga, attiva e in salute.

Da sempre la Fondazione Cassa di Risparmio di Biella opera in questo settore, sia attraverso il sostegno alle case di riposo del territorio, sia, negli ultimi anni, con progettualità sempre più articolate che guardano al benessere della persona anziana a 360°.

Agire su temi che toccano le persone richiede particolare attenzione, lasciando pochissimi margini di errore e possedere dati precisi ed aggiornati costituisce requisito imprescindibile per indirizzare le scelte e di conseguenza le risorse nel migliore modo possibile.

Molti sono i progetti esemplari attivati dalla Fondazione in questo campo, frutto di un ascolto capillare delle esigenze di enti, operatori, caregiver, e soggetti destinatari degli interventi, attuata grazie a OsservaBiella - Osservatorio Territoriale del Biellese e oggi raccolte in questo approfondimento qualitativo che analizza dati e criticità del sistema nel suo complesso.

Un punto di arrivo e anche di partenza per nuove iniziative che descrive in particolare alcuni progetti esemplari messi a punto grazie alla rete creata dalla Fondazione e al sostegno dell'Ente: Progetto Mente locale a Villa Boffo per la prevenzione e cura delle malattie neurodegenerative e Alzheimer e AccompanaMenti per creare una innovativa rete territoriale per aiutare chi vive la demenza.

In particolare, con quest'ultimo progetto, la Fondazione ha avviato un processo di sviluppo della coprogettazione partecipata, introducendo azioni integrate in collaborazione con soggetti diversi, apportando maggiori risorse economiche e umane per il raggiungimento di fini comuni, esprimendo una strategia volta ad aumentare il processo di consapevolezza ed apprendimento dell'intera comunità biellese. Queste logiche sono sorte dopo un lungo percorso di ascolto e condivisione strategica con il territorio che ha coinvolto anche la Fondazione Zancan.

I dati e i progetti raccolti nel presente rapporto, elaborato in collaborazione con Percorsi di secondo welfare, sono dunque a disposizione di quanti, e sono e saranno sempre di più, si confrontano per lavoro o per esperienza personale con il tema dell'invecchiamento.

*Il Presidente della Fondazione Cassa di Risparmio di Biella
Michele Colombo*

INTRODUZIONE

Nel catalogo dei nuovi bisogni l'invecchiamento della popolazione è stato connotato come nuovo rischio sociale (Taylor-Gooby 2004; Ranci 2010). L'invecchiamento in sé non è un fenomeno sconosciuto - le nostre società sono diventate gradualmente sempre più vecchie con il trascorrere dei secoli - piuttosto sono alcune trasformazioni ad esso collegate a rendere complesso il quadro (Torrioni 2015). In primo luogo, le *trasformazioni demografiche* che hanno visto, a partire dall'ultimo secolo, un calo della natalità a fronte di un graduale ma sostanziale innalzamento delle aspettative di vita, connesso a un miglioramento della qualità stessa della vita, in particolare dal punto di vista economico e sociale. In secondo luogo, le *trasformazioni sanitarie*, per le quali si è assistito a un fenomeno contraddittorio: se da un lato il progresso medico-scientifico ha permesso un aumento delle possibilità per la popolazione di raggiungere e dilatare l'età anziana, dall'altro lato si osserva una maggiore insorgenza di patologie cronico-degenerative di tipo invalidante che si aggiungono al normale processo di invecchiamento, favorendo, di conseguenza, la crescita della domanda di assistenza continuativa. In terzo luogo, le *trasformazioni sociali e culturali*, connesse in particolare alla riduzione delle risorse familiari. Il diritto a ricevere una cura è stato a lungo considerato un'obbligazione familiare non un diritto sociale di cittadinanza (Saraceno 2008). Tuttavia, negli anni si sono registrati alcuni mutamenti significativi rispetto al sistema familiare: il passaggio dal modello tradizionale *male breadwinner* al modello familiare del *dual-earner*, con l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro; la trasformazione della struttura familiare piramidale, con molti bambini e pochi anziani, a una struttura *vertically extendend families* (Saraceno e Naldini, 2011) somigliante a una piramide rovesciata, in cui il carico di cura tende a gravare sulle giovani generazioni che si presentano in una proporzione numerica sfavorevole rispetto alla popolazione anziana e bisognosa di assistenza; la diffusione di nuove forme familiari (instabilità coniugale, divorzi, famiglie unipersonali), le quali hanno dato origine a diverse tipologie di famiglie per definizione più vulnerabili.

Considerando il contesto italiano, si aggiunge al quadro fin qui delineato un ulteriore elemento, ossia una rilevante inerzia delle istituzioni nel promuovere una politica significativa a sostegno dell'assistenza continuativa agli anziani. Nonostante la costante crescita della popolazione over 65 fragile e non autosufficiente, il servizio pubblico si contraddistingue per un'accentuata separazione delle competenze su diversi livelli di governo, la mancanza di una strategia complessiva e un'offerta rimasta invariata e limitata sia a livello nazionale (l'indennità di accompagnamento dalla sua istituzione ad oggi non ha subito nessun rinnovamento sia a livello regionale (i servizi domiciliari e residenziali coprono una quota ridotta di popolazione anziana) (Arlotti *et al.* 2020). Alla luce di tale scenario appare evidente come l'invecchiamento della popolazione trascini con sé un "nuovo stato di bisogno" che prevede "nuove soluzioni di cura".

Il presente rapporto di ricerca si inserisce nel percorso di lavoro avviato da OsservaBiella - Osservatorio territoriale del Biellese, progettualità ideata e sviluppata con l'intento di monitorare e indagare la realtà della provincia di Biella rispetto ai principali bisogni della comunità. Il progetto è un'iniziativa promossa dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Biella, realizzata con la partecipazione dei principali attori pubblici e privati locali e co-progettata con Percorsi di secondo welfare, un laboratorio di ricerca riconosciuto dall'Università degli Studi di Milano. L'Osservatorio, avviato nell'autunno del 2020 e giunto alla sua terza annualità, sostiene la realizzazione di due prodotti di ricerca¹⁾: il rapporto annuale e l'approfondimento quali-quantitativo, il cui medesimo obiettivo è quello di offrire una fotografia del contesto sociale, economico e culturale del Biellese.

1. Oltre ai prodotti citati, a partire dal 2022, Percorsi di secondo welfare cura la stesura di articoli quali-quantitativi che, con cadenza mensile, sono pubblicati sul sito dell'Osservatorio e ripresi dal bisettimanale locale "Il Biellese".

Il Rapporto annuale, in continuità con la prima edizione presentata nel novembre 2021, contiene circa 160 indicatori quantitativi di livello provinciale organizzati tematicamente secondo l'impostazione degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. I dati, aggiornati annualmente, provengono dai database di istituti di ricerca e di statistica europei, nazionali e regionali; una parte significativa viene invece raccolta direttamente sul territorio, grazie alla disponibilità degli enti locali pubblici e privati coordinati in un Tavolo di lavoro permanente all'interno dell'Osservatorio. L'approfondimento quali-quantitativo, invece, ogni anno esplora un tema considerato particolarmente rilevante e urgente per il territorio biellese, incrociando due metodologie di analisi al fine di fornire uno strumento funzionale alla progettazione esecutiva e partecipata delle iniziative territoriali. Il Laboratorio Percorsi di secondo welfare ha accompagnato la Fondazione CR Biella e gli attori locali sia nell'individuazione e rilevazione degli indicatori del Rapporto annuale, sia nella riflessione guidata inerente l'approfondimento quali-quantitativo, il cui esito, per il 2023⁽²⁾, è stato la definizione del tema oggetto di questo Rapporto, ossia gli anziani fragili e gli anziani non autosufficienti nel Biellese⁽³⁾.

Il lavoro di ricerca inerente l'approfondimento tematico si è articolato in tre fasi. La prima è coincisa con l'avvio del percorso partecipato dell'Osservatorio che ha visto il coinvolgimento di tutti gli enti aderenti al Tavolo. Sono stati svolti due incontri nel mese di febbraio, in cui vi è stata occasione di confrontarsi sul tema scelto, mettendo in evidenza la necessità di fare una ricognizione dell'offerta territoriale e, allo stesso tempo, di approfondire le tendenze locali rispetto al tema composito e multidimensionale dell'assistenza continuativa ad anziani fragili e non autosufficienti. La seconda fase, svoltasi nei mesi di marzo e aprile, è coincisa con la raccolta dati. Per la parte qualitativa sono state condotte 14 interviste e 1 focus group con gli attori pubblici e privati coinvolti nella rete di cura territoriale⁽⁴⁾. La traccia d'intervista è stata organizzata intorno a tre dimensioni: a) gli interventi di cura erogati; b) le progettualità innovative, connesse all'ambito, di cui l'ente è coinvolto; c) una panoramica del tema della fragilità e della non autosufficienza a livello locale. La traccia del focus group, invece, ha esplorato altre due dimensioni (oltre a quelle appena citate): i bisogni degli anziani biellesi fragili e non autosufficienti e le prospettive future, in termini di rete territoriale e proposte progettuali. Per la parte quantitativa è stato richiesto a ogni soggetto pubblico e privato coinvolto nell'analisi qualitativa la disponibilità a fornire dati rispetto ai propri servizi erogati nell'ultima annualità (in particolare il numero dei beneficiari, e, qualora fosse stato possibile, la suddivisione per fasce d'età: anziani over 65<80; anziani over 80). Nei casi in cui si è riscontrata la presenza di interventi innovativi in essere è stata richiesta la documentazione inerente. La terza fase, svolta nel mese di maggio, ha riguardato l'analisi dei dati e la stesura del rapporto. A partire dalle evidenze qualitative, quantitative e dall'analisi documentale, è stato realizzato il seguente documento che propone, attraverso un rapporto dialogico con il panorama nazionale e regionale, un quadro - il più possibile esaustivo - di questo fenomeno nel contesto biellese.

2. I temi affrontati nelle annualità precedenti sono stati rispettivamente: "I giovani nel Biellese: istruzione, formazione e mercato del lavoro" per il 2022 e "Occupazione femminile e opportunità di conciliazione nel Biellese" per il 2021.
3. Le autrici ringraziano tutti/e i/le componenti del tavolo dell'Osservatorio per il loro coinvolgimento attivo nel reperimento dei dati utili alla stesura di questo approfondimento 2023 e per i confronti e gli scambi preziosi per il lavoro di inquadramento del tema nel contesto biellese. Un ulteriore ringraziamento è rivolto ai/alle partecipanti delle interviste e dei focus group, per la loro disponibilità e per la ricchezza dei contenuti e degli spunti condivisi. Si desidera ringraziare: Valeria Cappellato e il gruppo di ricerca di Great Old Biella per aver contribuito a ragionare sul tema dell'invecchiamento e Sara Diritti per il supporto organizzativo. Si ringrazia, infine, Celestina Valeria De Tommaso per il suo contributo nelle fasi iniziali di impostazione della ricerca e nella fase di rilettura dell'elaborato.
4. Gli enti coinvolti nella ricerca sono stati: Acli Colf, Agenzia Piemonte Lavoro, Ass. Ama-Biella, Amici Parkinsoniani Biellesi, Anteo Impresa Sociale, Asl, Cisl Biella, Consorzio Intercomunale Cissabo, Consorzio Intercomunale Iris, Comune di Biella, Consorzio Sociale Il Filo da Tessere, Coop. Maria Cecilia, Sportello Anziani Il Filo d'Arianna, Fondazione Cerino Zegna.

L'approfondimento tematico è suddiviso in quattro capitoli.

Il primo capitolo prevede un inquadramento demografico del territorio biellese riguardo il fenomeno dell'invecchiamento e della non autosufficienza a partire dallo scenario nazionale e della Regione Piemonte.

Il secondo capitolo illustra i servizi erogati dai soggetti della rete di cura biellese. Pertanto, si propone, da una parte, di sistematizzare la variegata offerta locale sul tema, a cominciare dai servizi tradizionali garantiti dall'ASL e dagli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, fino ai servizi a sostegno dell'offerta pubblica, erogati dagli enti privati. Dall'altra parte, di restituire per ogni servizio trattato, una fotografia delle tendenze attuali rispetto all'utenza anziana beneficiaria. Per alcuni interventi è stato possibile effettuare una comparazione con le annualità precedenti che è stata di supporto per suffragare le evidenze emerse dai dati qualitativi e poter avanzare alcune ipotesi rispetto ai cambiamenti in essere.

Il terzo capitolo concerne i percorsi innovativi, ossia una disamina di tutte le progettualità innovative del Biellese connesse al tema della cura di anziani fragili e non autosufficienti. Per ognuna si è tentato di mettere in evidenza la proposta sociale, gli attori principali e le eventuali opportunità di tali percorsi di innovazione.

Il quarto capitolo riguarda la presentazione dei risultati dell'analisi qualitativa. A partire da un approfondimento sui punti di forza e sulle criticità del panorama della cura sul territorio biellese, questa sezione propone - attraverso l'analisi SWOT - l'illustrazione delle riflessioni intorno al tema emerse dalle interviste e dal focus group con gli stakeholder di riferimento, al fine di orientare il discorso pubblico su eventuali derive e prospettive di lavoro future.

CAPITOLO 1

Gli anziani fragili e gli anziani non autosufficienti: il contesto biellese

Secondo i risultati statistici risulta che tra tutti gli Stati membri dell'Unione Europea l'Italia detiene, con il 23%, il primato del Paese con il più alto tasso di popolazione anziana e, secondo le previsioni, la stima è destinata a crescere sino al 33% tra il 2040 e il 2060 (Eurostat 2021).

Benché l'aspettativa di vita sia aumentata rispetto al passato, la dilatazione dell'età avanzata è fortemente esposta a quello che viene definito come invecchiamento patologico, ossia l'esposizione a una condizione di fragilità e non autosufficienza⁽⁵⁾. In Italia sono circa 3,8 milioni gli anziani ultrasessantacinquenni che presentano difficoltà motorie gravi e/o compromissioni dell'autonomia nello svolgere normali attività della vita quotidiana (Istat 2019). Di essi circa 600mila anziani che vivono in famiglia (dalla stima sono esclusi quindi gli anziani che risiedono in strutture residenziali), sono affetti da patologie cognitive, quali Alzheimer e demenza senile.

Il Piemonte rappresenta una delle regioni più colpite dal fenomeno della senilizzazione: un piemontese su quattro, difatti, ha almeno sessantacinque anni di età. Addirittura la percentuale della popolazione over 65⁽⁶⁾ (25,7%) supera il dato nazionale. Anche per gli over 80⁽⁷⁾, i cosiddetti grandi anziani, si assiste ad un aumento oltre la stima nazionale: nell'arco di dieci anni si è registrato un incremento dal 3 al 4,2% (Istat 2021). Come nel resto del Paese, anche in Piemonte è in aumento il numero di anziani non autosufficienti; l'ultimo dato disponibile risale al 2016 in cui risulta che il 15% della popolazione anziana vive una condizione di non autosufficienza.

In linea con lo scenario nazionale e regionale si trova il territorio biellese. Per l'anno 2022 si contano nella Provincia di Biella, 50.261 anziani residenti, circa il 29,64% della popolazione totale (Fig. 1). Osservando la composizione di questo dato emerge che gli anziani biellesi over 65 sono circa il 65%, mentre gli anziani biellesi over 80 rappresentano il 35% circa.

Figura 1. La popolazione anziana (65-100+) nel biellese per fascia di età, anno 2022

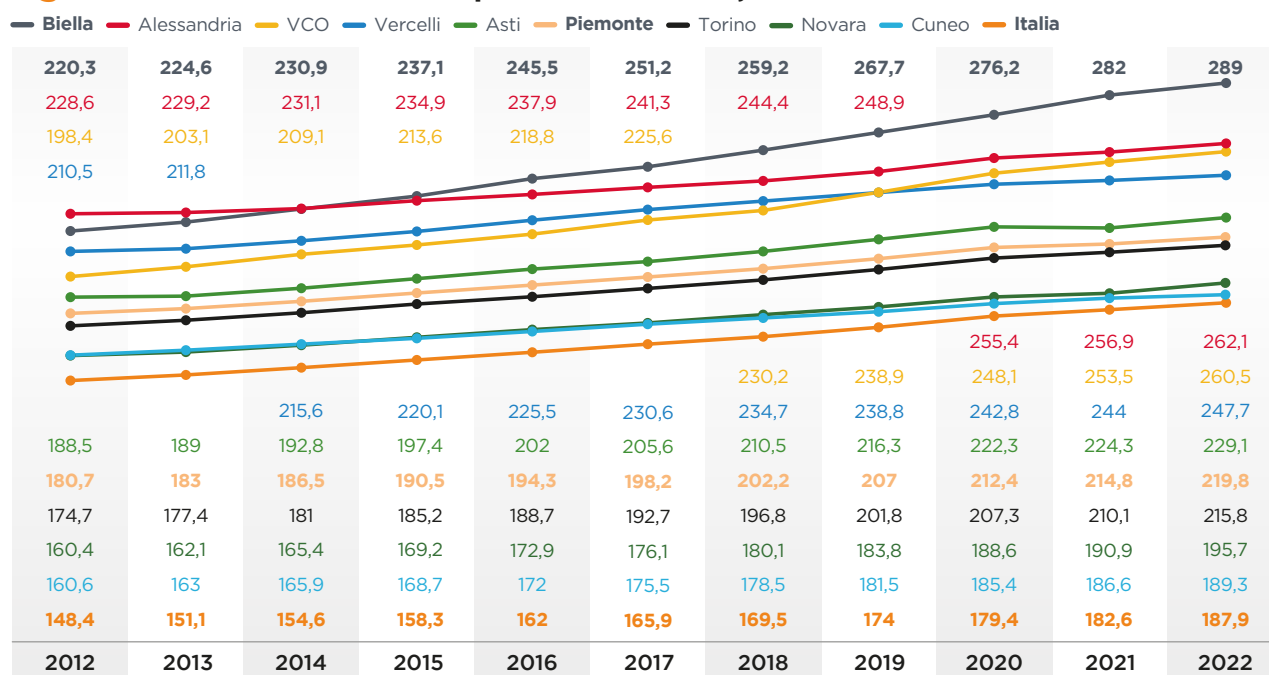


Fonte: elaborazione delle autrici su dati Istat.

- Si ritiene utile, ai fini del Rapporto, precisare a livello definitorio queste due categorie concettuali che non possono essere, in nessun modo, intercambiabili o utilizzate come sinonimi. In questo Rapporto ci si riferisce al termine fragilità intendendo una situazione complessa associata a numerosi fattori, biologici, psicologici e socio-ambientali, che agendo in modo sinergico predispongono a esiti negativi la qualità della vita dell'anziano e a un maggiore rischio di vulnerabilità (Fried *et al* 2004; Gobbens *et al* 2010). Per il concetto di non autosufficienza, invece, si è optato di adottare la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per cui una persona è considerata non autosufficiente quando presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza.
- Con over 65 si intende la fascia di popolazione che comprende gli anziani da 65-79 anni.
- Con over 80 si intende la fascia di popolazione che comprende gli anziani da 80 anni agli ultracentenari.

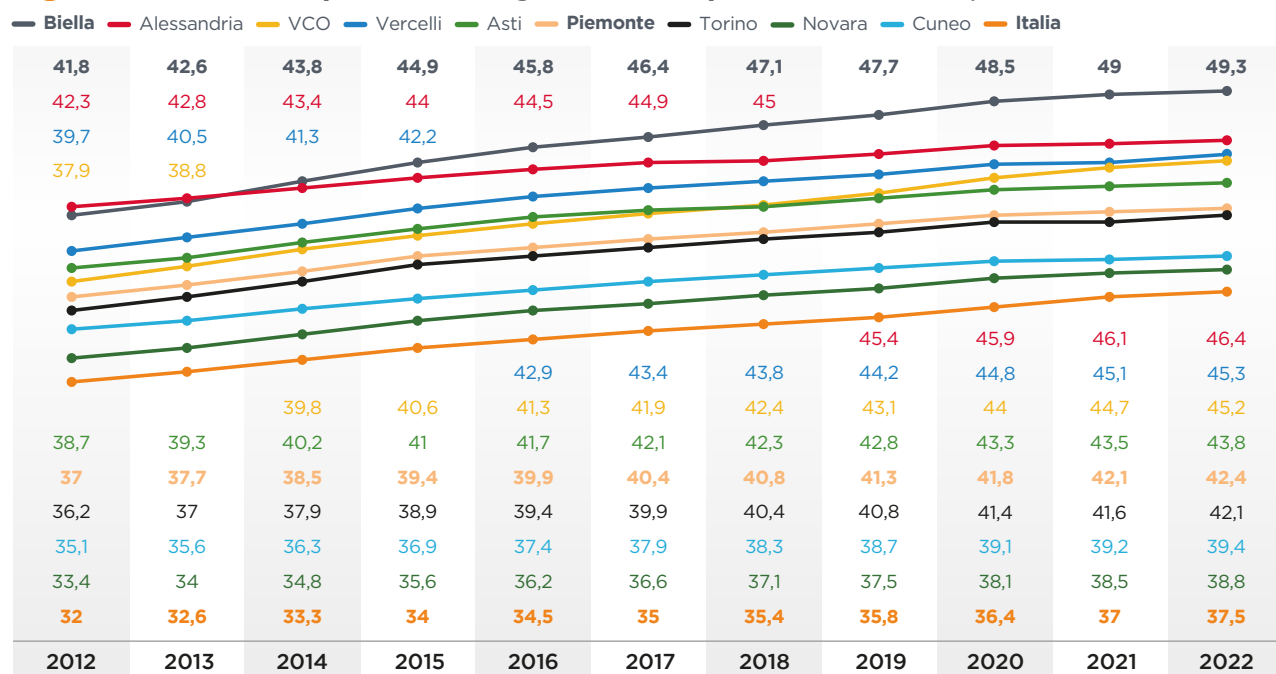
A fronte delle tendenze sopra accennate, la Provincia di Biella⁽⁸⁾ si colloca al primo posto tra le Province piemontesi - e italiane - per indice di invecchiamento⁽⁹⁾ che nell'arco temporale di dieci anni è passato dal 220,3 registrato nel 2012 al 289 registrato nel 2022 (Fig. 2). Allo stesso modo, si osserva un incremento per l'indice di dipendenza⁽¹⁰⁾ che presenta un aumento dal 41,8 (nel 2012) al 49,3 (nel 2022), superando anche in questo caso il dato, non solo regionale, ma anche nazionale (Fig. 3).

Figura 2. Indice di vecchiaia in provincia di Biella, anno 2012-2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati Istat.

8. Un ulteriore approfondimento sul tema è disponibile sul sito dell'Osservatorio: La sfida demografica nel Bielese tra calo della natalità e invecchiamento della popolazione - OsservaBiella.
9. L'indice di vecchiaia, secondo l'Istat, esprime il rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.
10. L'indice di dipendenza esprime il rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Figura 3. Indice di dipendenza degli anziani in provincia di Biella, anno 2012-2022


Fonte: elaborazione delle autrici su dati Istat.

Rispetto al numero di anziani fragili e non autosufficienti sul territorio biellese, risulta complesso fornire una stima chiara; oltretutto vi è una forte carenza di dati *open access* a cui fare riferimento. A riguardo il seguente rapporto - in particolare il secondo capitolo - tenta di restituire un quadro, il più possibile completo, dei servizi dedicati e del numero di anziani beneficiari, al fine di fornire qualche dato che possa quantificare il fenomeno degli anziani fragili e non autosufficienti all'interno del territorio.

CAPITOLO 2

Servizi a sostegno di anziani fragili e non autosufficienti

Il seguente capitolo illustra i diversi servizi di cura erogati dai soggetti della rete locale. Ogni paragrafo è strutturato in due sezioni: a) una generale contestualizzazione del servizio in chiave storico-politica a livello nazionale; b) disamina territoriale, mettendo in evidenza le modalità di funzionamento e i dati quantitativi rispetto all'utenza anziana che ne usufruisce. All'interno di questa sezione, il paragrafo finale è riservato all'illustrazione della recente riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia e alla misura promossa dalla Regione Piemonte: Scelta Sociale.

2.1 I servizi domiciliari

A partire dagli anni Ottanta, in Italia, come nel resto d'Europa, si assiste a una spinta verso la promozione di interventi di *policy* orientati all'*ageing in place*, ossia finalizzati a mantenere le persone anziane nel loro contesto abitativo, promuovendone l'autonomia e la socialità (Pavolini e Ranci 2015). Questa tendenza trova sviluppo nei servizi domiciliari che nel nostro Paese si distinguono principalmente nell'assistenza domiciliare integrata (Adi), il servizio di assistenza domiciliare (Sad) e servizi a supporto della domiciliarità (telesoccorso, pasti a domicilio, ecc.). I paragrafi che seguono propongono una ricognizione dell'offerta degli interventi domiciliari destinati agli anziani del territorio biellese.

2.1.1 L'assistenza domiciliare integrata

L'Adi, Assistenza domiciliare integrata, assicurata dalle Aziende Sanitarie Locali, offre prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative socio-assistenziali a persone non autosufficienti, fragili e/o affette da patologie croniche di tutte le età, rese a domicilio nel rispetto di standard minimi di prestazione, secondo piani individuali di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al caso.

Istituita quasi un trentennio fa dal Progetto Obiettivo Anziani Nazionale [1991-1995], nel corso degli anni l'Adi si è molto strutturata dal punto di vista normativo, tanto che nel 2001 entra a far parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea)⁽¹¹⁾, mentre dal 2017⁽¹²⁾ afferisce all'area "cure domiciliari" del Sistema Sanitario Nazionale che, secondo il D.P.C.M. 14 gennaio 2001, «*si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia*» erogate dai Comuni. Benché la normativa nazionale preveda l'Adi come un intervento obbligatorio, finora non sono stati emanati né standard di riferimento in merito al grado di copertura e di intensità di cura da assicurare né sui livelli qualitativi di valutazione del servizio. La mancata regolamentazione di tali aspetti ha dato avvio ad una forte discrezionalità e variabilità infraregionale, comportando modelli di attuazione del servizio con un rilevante livello di differenziazione.

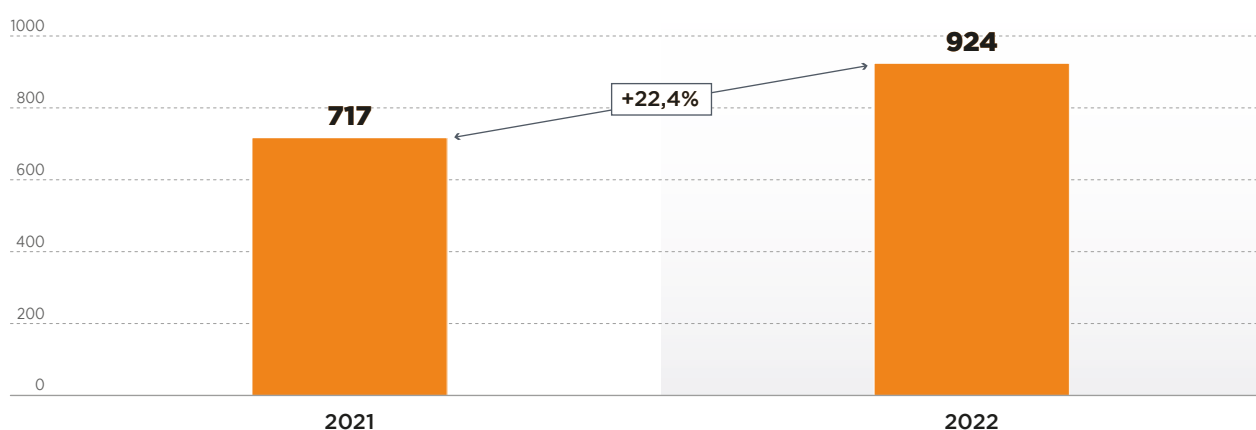
11. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 142/2001, Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria.

12. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Il territorio di Biella, in linea con gli indirizzi promossi dalla Regione Piemonte⁽¹³⁾, si riferisce all'Adi come strumento volto, in particolare, a favorire: il recupero e il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione; la continuità assistenziale alla persona dimessa dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure; il supporto al caregiver. Rispetto alle modalità di funzionamento l'attivazione del servizio avviene attraverso la presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale (la segnalazione può avvenire per stessa iniziativa del medico oppure tramite i servizi sociali, i familiari dell'assistito oppure - nei casi di dimissioni ospedaliere - dal personale medico di afferenza). La richiesta viene valutata dall'unità di valutazione geriatrica (UVG), ossia da una commissione multidisciplinare, la quale ha il compito di elaborare il Piano assistenziale individuale (Pai) che definisce le finalità e gli obiettivi assistenziali per ogni area di bisogno e precisa le modalità e il livello d'intensità assistenziale da garantire (cfr. par. 2.5). Sulla base del Pai i pazienti possono ricevere gratuitamente e in modo facilitato: farmaci, materiale sanitario necessario per le cure, presidi (letto ortopedico, materasso antidecubito, ecc.), ausili per l'incontinenza (pannoloni, traverse, ecc.), trasporto in ambulanza qualora la persona debba recarsi in ospedale per effettuare visite o accertamenti diagnostici programmati. L'Adi è un servizio offerto a domicilio, il cui obiettivo è quello di evitare o ritardare il più possibile il ricovero ospedaliero o l'ingresso in una struttura residenziale, pertanto, è necessario un adeguato supporto familiare in grado non solo di fare riferimento al personale di servizio socio-sanitario ma anche di acquisire capacità tecnico-pratiche utili al buon andamento delle cure. Il servizio, in quanto intervento sanitario a rilevanza sociale, non prevede la partecipazione al costo da parte degli utenti.

Per quanto concerne i beneficiari, sono 924 gli anziani che nel 2022 hanno usufruito del servizio Adi nella Provincia di Biella (ossia il 38,28% della popolazione complessiva biellese che fruisce del servizio ADI). I numeri sono decisamente in crescita. Confrontando il dato con il 2021, difatti, si osserva una differenza di 22,4 punti percentuali rispetto all'annualità successiva (Fig.4).

Figura 4. Numero di anziani che usufruiscono del servizio adi nella provincia di Biella, anno 2021-2022

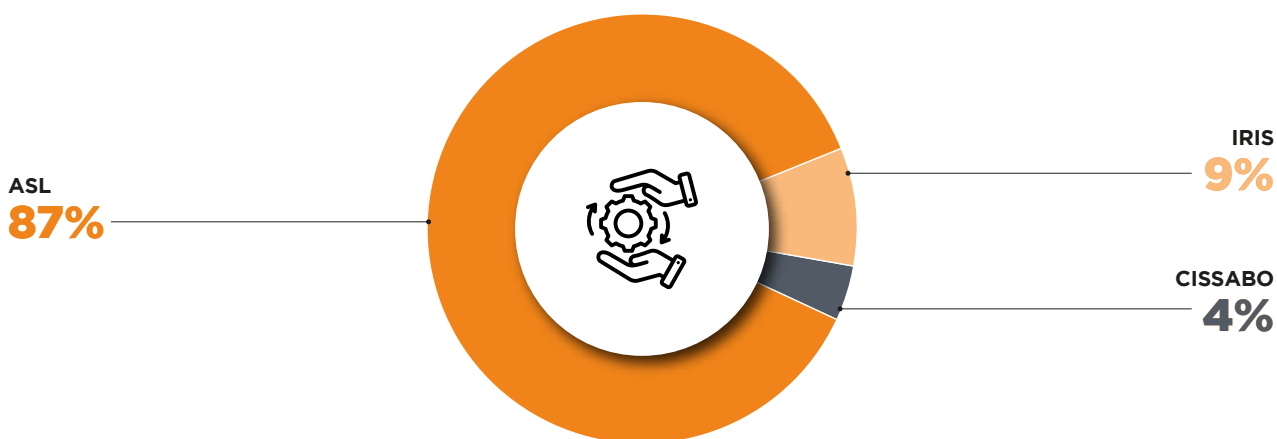


Fonte: elaborazione delle autrici su dati ASLBI.

13. D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 - Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali.

In riferimento al 2022, rispetto al totale dei beneficiari anziani risulta che per il 15,8% è stato attivato un percorso integrato socio-sanitario mediante gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali (Fig.5): rispettivamente il 9% attraverso il Consorzio Iris che si occupa di erogare servizi socio-assistenziali per l'area Occidentale della Provincia (compreso il Comune di Biella) mentre il 4% mediante il Consorzio Cissabo che si occupa di erogare servizi socio-assistenziali nell'area Orientale del Biellese.

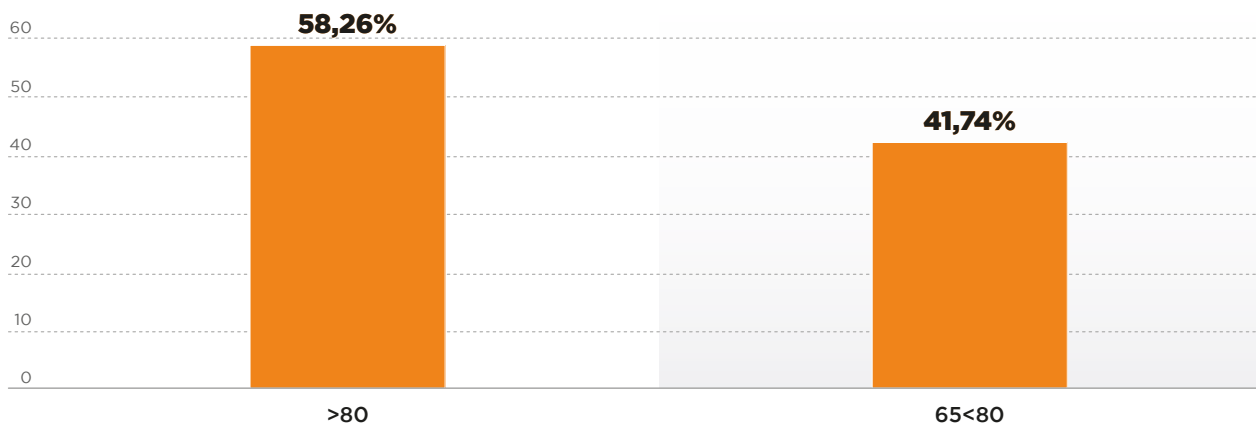
Figura 5. Numero di interventi ADI realizzati dagli enti gestori, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

In relazione a questi ultimi dati, sebbene i numeri siano modesti, è possibile inquadrare i beneficiari anziani - per i quali i Consorzi hanno attivato l'Adi - anche rispetto alla fascia anagrafica. Pertanto, si osserva che il 41,74% degli anziani sono in un'età compresa tra i sessantacinque e gli ottanta anni, mentre il 58,26% degli assistiti è rappresentato dagli over 80 (Fig. 6).

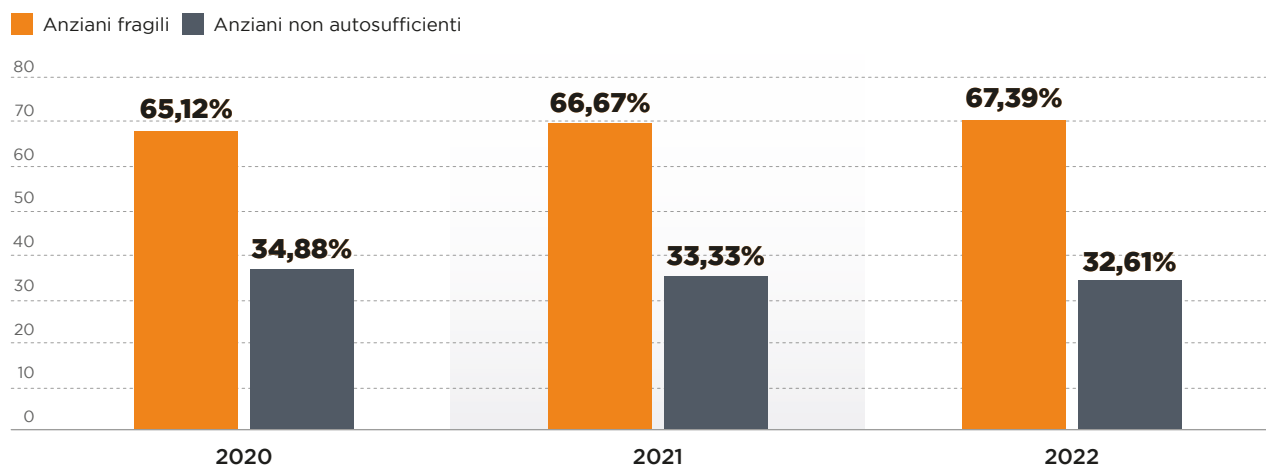
Figura 6. Numero di anziani biellesi per cui è stato attivato il servizio ADI, composizione per fascia d'età, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati ASLBI.

Proprio rispetto alla condizione di autosufficienza, si propone una comparazione, non del tutto rappresentativa⁽¹⁴⁾, del territorio biellese, in cui è possibile evidenziare l'andamento dell'Adi rispetto alla tipologia di assistiti, nell'arco dell'ultimo triennio (Fig. 7). Risulta, pertanto, un graduale incremento degli anziani fragili nel corso del tempo rispetto alla percentuale di anziani non autosufficienti, la quale dal 2020 al 2022 ha subito una decrescita di 2 punti percentuali circa. Il calo, seppur minimo, della fruizione di questo servizio per gli anziani non autosufficienti rappresenta non solo una tendenza confermata dagli addetti ai lavori – che hanno collaborato a fornire una visione complessiva sul tema a livello territoriale – ma è un dato considerato paradigmatico nell'illustrare come questa diminuzione sia sintomatica di diverse criticità che caratterizzano l'Adi a livello nazionale, in particolar modo in relazione all'effettiva copertura del bisogno di cura per gli anziani non autosufficienti. Nel dettaglio, tali aspetti riguardano: un numero di ore di assistenza non in grado di garantire completo supporto adeguato per i pazienti più gravi⁽¹⁵⁾; una struttura organizzativa del servizio che presuppone necessariamente un alto livello di caregiving; una logica di cura clinico-ospedaliera ancora distante da una visione multidimensionale della non autosufficienza in grado di fornire risposte più ampie e articolate.

Figura 7. Numero di anziani biellesi che usufruiscono del servizio ADI, suddiviso per condizione di autosufficienza, anno 2020-2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Cissabo.

14. I dati riguardano esclusivamente il Consorzio Cissabo. La rinuncia alla rappresentatività è stata supportata dalla rilevanza del dato nell'illustrare la condizione in cui versa attualmente il servizio Adi, non solo nel contesto biellese bensì anche a livello nazionale.

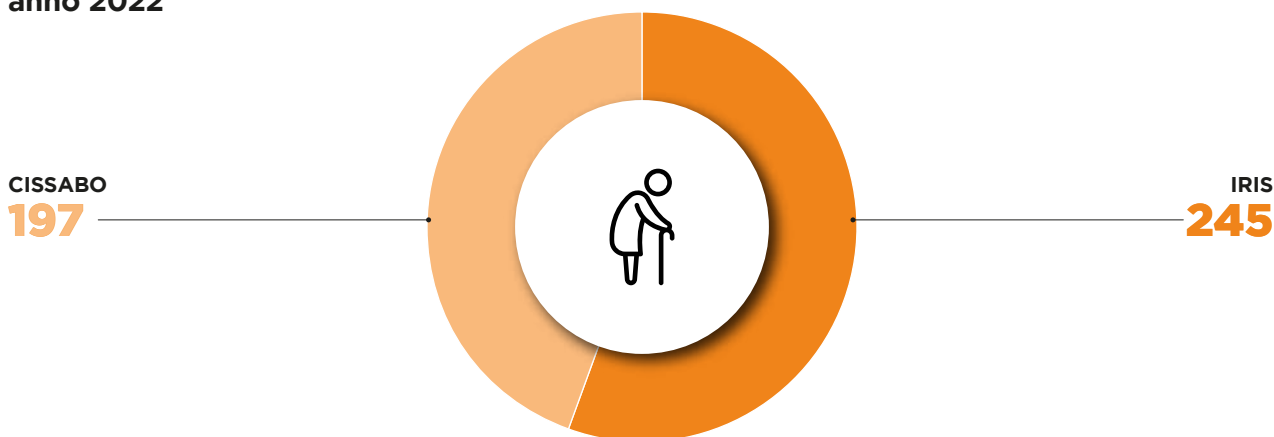
15. Si ricorda che a livello ministeriale non sono stati precisati i volumi di assistenza Adi da garantire (ad esempio il numero di ore minimo in rapporto al grado di non autosufficienza). Il tema è stato recentemente inserito all'interno della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

2.1.2 Servizio di Assistenza Domiciliare

Il Sad, servizio di assistenza domiciliare di titolarità comunale, offre prestazioni socio-assistenziali a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti. Gli interventi erogati sono di supporto alla vita quotidiana, di cura e igiene personale e, talvolta, di sostegno all'integrazione sociale (Noli 2021). Il Sad si sviluppa nella seconda metà degli anni Settanta per iniziativa di varie amministrazioni comunali, le quali hanno sperimentato il servizio con il fine di rispondere alle necessità di persone con lievi bisogni, in particolare compagnia e aiuto domestico. Negli anni Novanta inizia un graduale cambiamento dell'utenza rappresentata sempre di più da anziani in condizioni compromesse e in stato di dipendenza. Di conseguenza avviene un'espansione del Sad con lo sforzo da parte delle amministrazioni di impegnare personale maggiormente qualificato, e al tempo stesso, di avvalersi di soggetti non profit per l'erogazione del servizio (Tidoli 2016).

In riferimento al territorio biellese il Sad viene definito come un progetto articolato, le cui principali prestazioni riguardano: il soddisfacimento dei bisogni primari; il supporto alla persona per la gestione del suo ambiente di vita; il disbrigo di pratiche burocratiche e amministrative; l'accompagnamento; la collaborazione con i servizi di assistenza domiciliare integrata; l'orientamento e il tutoraggio alle assistenti familiari. Il servizio è erogato dall'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali territoriale, al quale spetta la definizione di un progetto di intervento personalizzato rispetto agli obiettivi, prestazioni, modi e tempi di verifica. Solitamente è richiesta una compartecipazione al costo del servizio, calcolata in base alla condizione di autosufficienza e all'indicatore Isee. Sono 442 gli anziani biellesi fragili e non autosufficienti che nell'anno 2022 hanno usufruito del Sad. Considerando la titolarità comunale del servizio, si osserva la seguente ripartizione all'interno degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali: per il 55,43% il servizio è stato attivato dal Consorzio Iris, mentre per il 44,57% il servizio è stato erogato dal Consorzio Cissabo (Fig. 8).

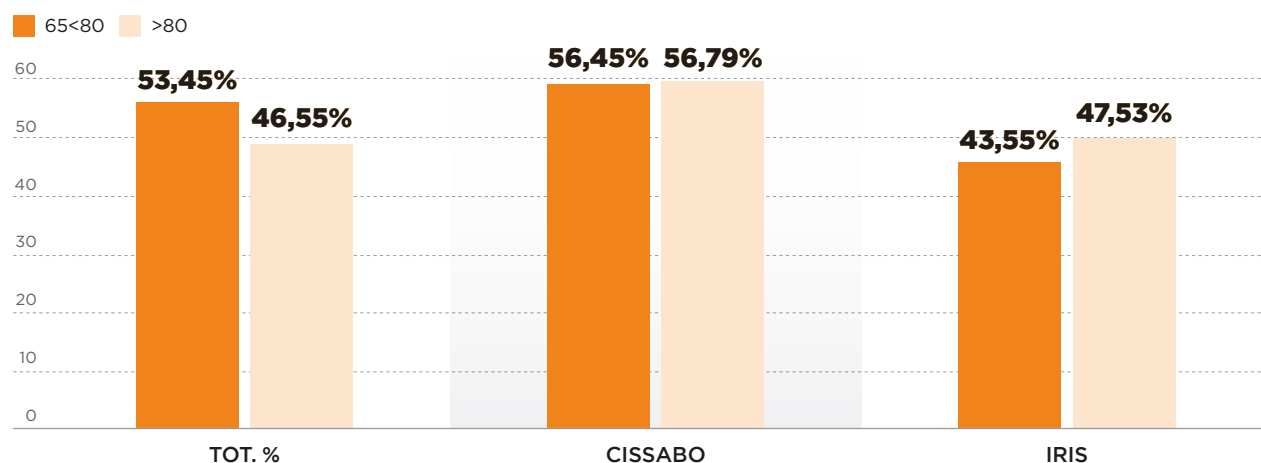
Figura 8. Numero di anziani che usufruiscono del servizio sad in provincia di Biella, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

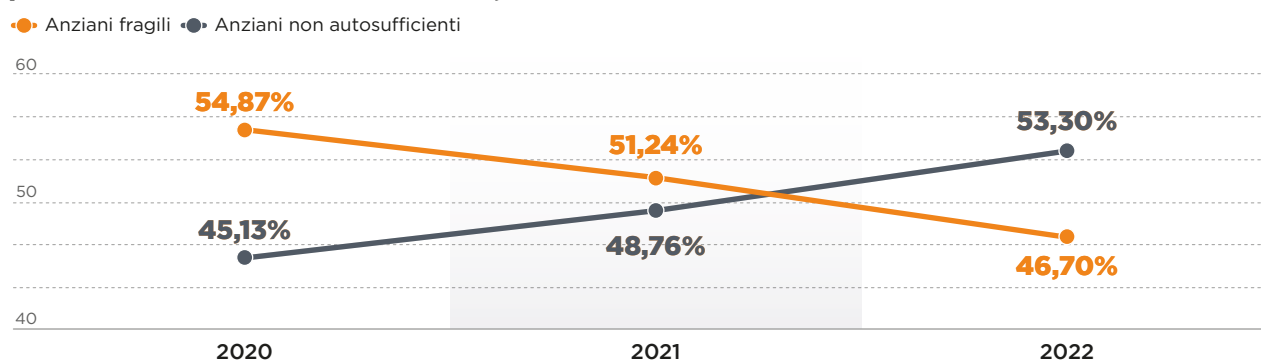
Inoltre è possibile scomporre il numero di beneficiari anche rispetto all'età anagrafica, evidenziando che il 53% degli anziani che usufruiscono del servizio rientrano nella fascia d'età over 65, con uno scarto di 7 punti percentuali dal numero di anziani non autosufficienti, pari al 46% (Fig. 9).

Figura 9. Numero di anziani che usufruiscono del sad suddivisi per fascia d'età, anno 2022



Anche monitorando l'andamento del Sad nell'ultimo triennio (i dati riguardano esclusivamente il Consorzio Cissabo, il quale ha fornito un prospetto delle ultime annualità), si rileva un leggerissimo aumento di beneficiari fragili mentre è evidente la diminuzione degli anziani non autosufficienti (Fig. 10). Come per il servizio Adi, anche in questo caso, il dato non si discosta dall'andamento nazionale. Per quanto sia necessaria un'analisi più approfondita, si ipotizza che tale ridimensionamento dell'utenza beneficiaria del Sad sia connessa, da un lato, a un iter burocratico complesso (come la produzione della documentazione Isee), e dall'altro lato, ai costi economici elevati, per i quali le famiglie che godono di una situazione finanziaria più favorevole, non di rado, ritengono meno complicato rivolgere la loro richiesta di assistenza al mercato privato di cura (Noli 2021). Senza dimenticare che il bisogno di assistenza è sempre di più di carattere sanitario, per il quale l'attivazione del Sad senza l'integrazione del servizio Adi non è in grado di fornire una risposta di cura adeguata alle attuali esigenze assistenziali.

Figura 10. Numero di anziani biellesi che usufruiscono del sad, scomposizione per condizione di autosufficienza, anno 2020-2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

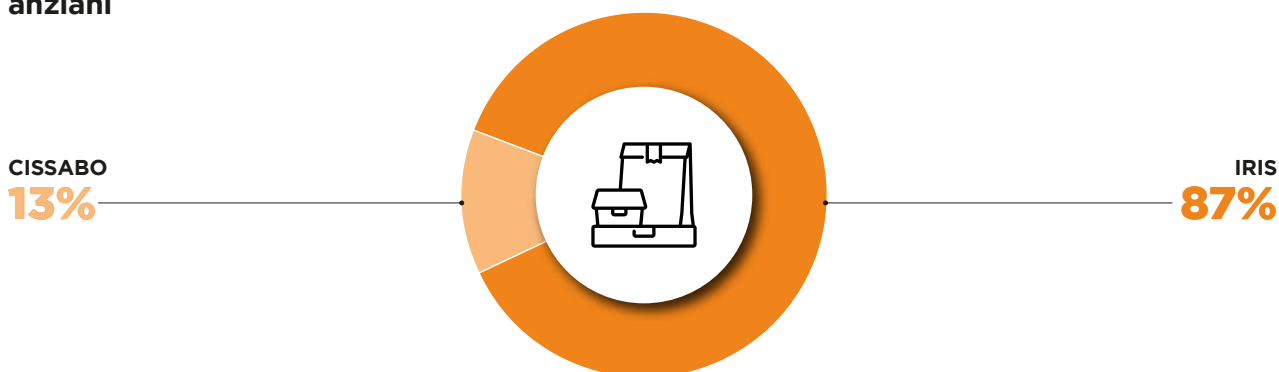
2.1.3 I servizi a supporto della domiciliarità

Al fine di favorire l'invecchiamento presso il proprio domicilio sono diversi i servizi che in questi ultimi decenni sono stati messi in campo. L'offerta varia dai pasti a domicilio, fino al telesoccorso e alla teleassistenza. L'erogazione del pasto è generalmente rivolta alle persone anziane sole con difficoltà di autogestione che non possono provvedere autonomamente alla confezione del proprio pasto quotidiano.

Il telesoccorso e la teleassistenza, invece, rappresentano l'evoluzione tecnologica impiegata al fine di favorire il più possibile la permanenza degli anziani fragili nel proprio ambiente di vita in condizioni di maggiore sicurezza. In questi ultimi anni sono stati sviluppati molti nuovi dispositivi e servizi finalizzati a supportare la vita indipendente e l'assistenza a domicilio delle persone anziane, anche in risposta alle sollecitazioni nate dai programmi europei di ricerca e sviluppo (Kubitschke e Cullen 2010). La gamma delle soluzioni proposte è molto vasta e comprende tecnologie che possono essere utilizzate dagli anziani, dai *caregiver* familiari, dai fornitori di assistenza sanitaria e di servizi professionali per gli anziani con l'obiettivo di migliorare la qualità della cura e rendere il lavoro più efficace e sostenibile.

In linea con i più recenti sviluppi, anche il territorio biellese ha disposto l'attivazione di entrambi i servizi. Per quanto riguarda il pasto a domicilio sono 227 gli anziani che nell'anno 2022 hanno beneficiato di tale misura. Tra questi l'87% è in carico al Consorzio Iris, mentre il 13% è in carico al Cissabo (Fig. 11). Generalmente per richiedere il servizio è necessario presentare la documentazione Isee (ai fini di calcolo per una eventuale compartecipazione da parte dell'utenza) e il progetto individuale a cura dell'operatore sociale.

Figura 11. Servizi a supporto della domiciliarità - distribuzione pasti per i beneficiari anziani



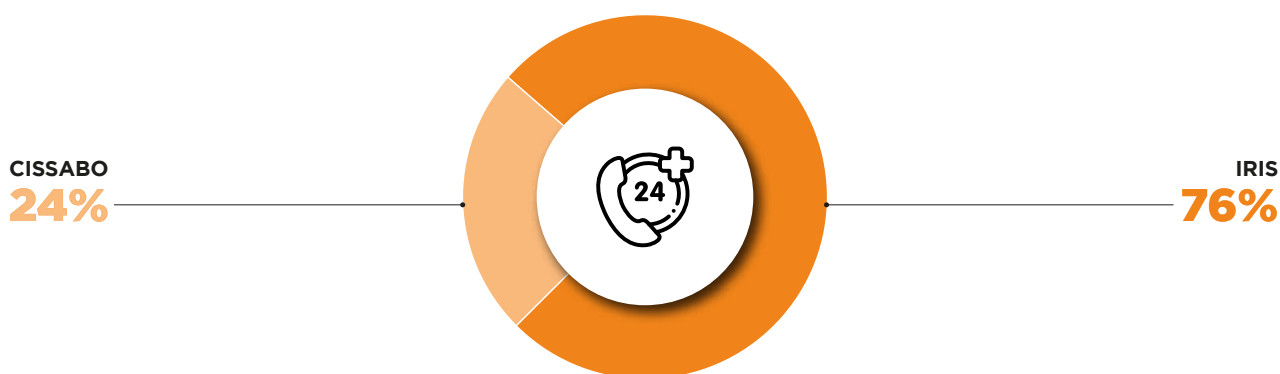
Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

Per quanto concerne il servizio di telesoccorso le modalità di funzionamento consistono nel collegamento a mezzo telefonico⁽¹⁶⁾ con una Centrale Operativa pronta a rispondere (24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno) rispetto a qualsiasi emergenza, al fine di attivare rapidamente un immediato soccorso e/o attivare gli organi pubblici competenti (Vigili del Fuoco, Servizi dell'ASL, ecc.). Diversamente il servizio di telecontrollo consta in verifiche telefoniche periodiche da parte di operatori preposti con la finalità di acquisire informazioni sulla salute psico-fisica dell'utente e verificare l'efficienza dell'apparecchio posto al domicilio. Il servizio può essere gratuito - su proposta dei servizi sociali - oppure compartecipato parzialmente o totalmente.

16. L'utenza verrà fornita di appositi apparecchi in comodato d'uso, nonché dell'installazione e della manutenzione degli stessi.

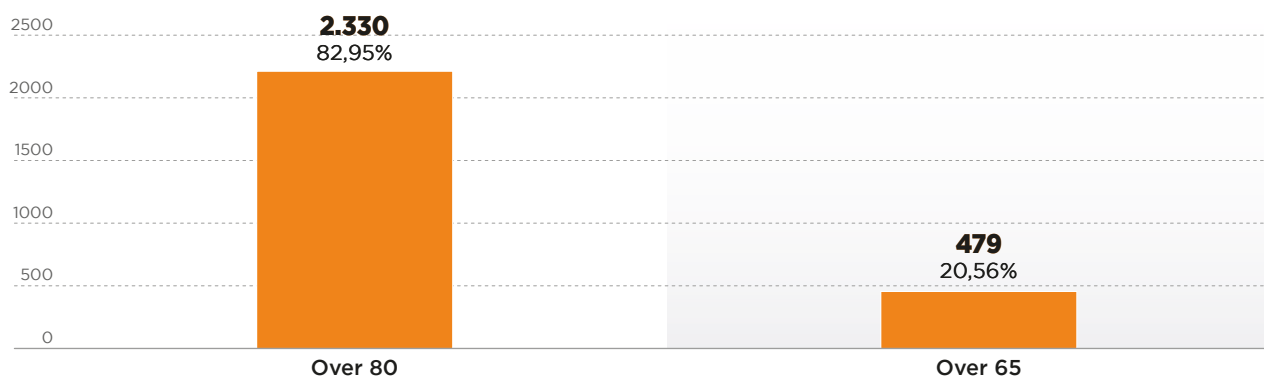
Sono circa un centinaio gli anziani che beneficiano del servizio di telesoccorso (Fig. 12). Per il 76% di anziani l'intervento è stato attivato attraverso il consorzio Iris, mentre per il 24% viene erogato attraverso il Consorzio Cissabo. Per quanto concerne il servizio di telecontrollo, invece, si registra un numero di chiamate settimanali pari a 2.809 (i dati si riferiscono esclusivamente al Consorzio Iris), di cui il 20% sono rivolte ad anziani over 65 rispetto all'83% indirizzate all'utenza over 80 (Fig. 13).

Figura 12. Servizi a supporto della domiciliarità - telesoccorso, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

Figura 13. Numero di chiamate settimanali di controllo, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

È necessario precisare che i servizi a supporto della domiciliarità fin qui discussi richiedono un certo grado di autonomia da parte del beneficiario. Per i casi più gravi, quindi, è ipotizzabile l'attivazione del servizio solo in virtù della presenza di un *caregiver* in grado di supervisionare rispetto al corretto utilizzo e allo stesso tempo beneficiare indirettamente del servizio in termini di sostegno all'attività di cura.

2.2 I servizi residenziali e semiresidenziali

La misura più tradizionale di assistenza agli anziani fragili e non autosufficienti è il ricorso all'istituzionalizzazione (Ranci e Pavolini 2015). Nel corso degli ultimi cinquanta anni, l'offerta residenziale ha subito profonde trasformazioni – strettamente connesse alla variabilità dei bisogni sanitari e assistenziali – producendo un'elevata eterogeneità dell'offerta. Si è avviata, pertanto, una progressiva differenziazione delle strutture che vanno da strutture residenziali a elevata intensità sanitaria, a strutture a bassa intensità sanitaria più simili ad alberghi, fino a soluzioni semiresidenziali come i centri diurni. I paragrafi che seguono propongono una ricognizione dell'offerta dei servizi residenziali destinati agli anziani del territorio biellese.

2.2.1 Le residenze sanitarie assistenziali

Il termine residenza sanitaria assistenziale (Rsa) viene introdotto e formalizzato nella legge finanziaria n. 67 dell'11 marzo del 1988. Il programma legislativo era principalmente rivolto ad alleggerire l'ospitalità prolungata nei reparti ospedalieri, realizzando nuovi posti letto in strutture residenziali *ad hoc* per anziani non assistibili a domicilio. Sulla base di questi provvedimenti le prestazioni residenziali sono state riconosciute come prestazioni "socio-sanitarie", con parziale copertura dei costi da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il quale ha mantenuto l'obbligo di garantire un contributo non inferiore al 50% del costo globale della prestazione (Gori *et al.* 2014). La restante quota (in genere definita "alberghiera") invece, rimane in carico all'ospite o, in caso di sua incapacità economica, al comune di residenza. A partire dalla fine degli anni Ottanta, si avvia una lunga stagione di atti di indirizzo a livello nazionale volti a fornire alle regioni italiane orientamenti chiari per realizzare strutture sanitarie residenziali extra ospedaliere per anziani non autosufficienti. Nel dettaglio si citano i principali atti normativi: a) il DPR del 14 gennaio 1997 "Ordinamento e organizzazione dei servizi sanitari e assistenziali", il quale – oltre a fissare i requisiti minimi di natura strutturale, tecnologica e organizzativa, ovvero i requisiti indispensabili per ottenere e conservare l'autorizzazione⁽¹⁷⁾ all'esercizio delle attività – ha conferito alle singole regioni la determinazione degli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento⁽¹⁸⁾; b) il DPCM del 29 novembre del 2001, in cui i presidi residenziali socio-sanitari per anziani non autosufficienti vengono confermati all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), distinguendoli dalle terapie riabilitative o dalle lungo degenze e convalidati come luoghi in grado di affrontare l'instabilità clinica connessa alle patologie che accompagnano e determinano le condizioni di non autosufficienza dell'anziano. In questi anni, dunque, le regioni hanno provveduto a regolamentare il settore residenziale sulla base di modelli piuttosto diversi (Pesaresi e Brizioli 2009), sia rispetto agli standard assistenziali, le tariffe, lo standard numerico dei posti letto e i criteri generali dell'organizzazione delle varie strutture residenziali, sia rispetto ai mutamenti sociali e sanitari. A riguardo, infatti, negli ultimi anni si sta assistendo a una nuova sfida, ossia l'aumento delle demenze e più in generale di un decadimento cognitivo che va a sommarsi a quello fisico. Di conseguenza le Rsa sono state

17. Per autorizzazione si intende quel provvedimento formale che, previa verifica del possesso dei requisiti minimi richiesti, conferisce a un soggetto il diritto alla realizzazione di una struttura e all'esercizio dell'attività sociali, socio-sanitarie o sanitarie (Chiatti *et al.* 2011).

18. L'accreditamento rappresenta il fondamentale strumento attraverso il quale le strutture autorizzate, pubbliche o private, acquisiscono lo status di soggetto potenzialmente idoneo a erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il sistema di accreditamento richiede precise garanzie sulla continuità assistenziale, sulla qualità e sulla gestione dei servizi. La finalità, difatti, è quella di assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture. L'accreditamento viene concesso a soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, subordinatamente alla sussistenza delle seguenti condizioni: coerenza delle funzioni svolte con gli indirizzi della programmazione regionale; rispondenza ai requisiti regionali ulteriori oltre a quelli richiesti ai fini dell'autorizzazione; certificazione positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.

fortemente sollecitate - da esperti e linee guida (Livingstone *et al.* 2017) - a istituire i cosiddetti NAT - Nuclei Alzheimer Temporanei¹⁹, al fine di fronteggiare e contenere questo fenomeno (Guaita 2021). Il territorio biellese presenta un'offerta piuttosto ampia e variegata per quanto riguarda la presenza di Rsa dedicate a persone anziane parzialmente e non autosufficienti (Tab. 1). Si conta sul territorio un numero pari a 38 strutture, di cui 33 accreditate (ossia iscritte all'albo fornitori dell'ASLBI), per le quali è ammissibile accogliere anziani fragili e non autosufficienti in regime di convenzione. Di queste, per il momento sono solo due le strutture che hanno previsto al loro interno un Nucleo Demenze o servizi specifici per Alzheimer; mentre altre due residenze si occupano di ospiti psicogeriatrici.

Tabella 1. Residenze Sanitarie Assistenziali sul territorio della provincia di Biella, anno 2022

	Nucleo NAT	N. posti letto autorizzati	N. posti letto accreditati
ANDORNO MICCA	-	63	40
BIELLA	-	144	134
BIELLA	-	100	80
BIELLA	-	149	80
BIELLA	-	20	18
BRUSNENGO	-	64	20
CAMBURZANO	-	120	120
CANDELO	-	68	40
CAVAGLIA'	-	44	40
COSSATO	-	54	12
DORZANO	-	68	60
GAGLIANICO	-	72	20
GRAGLIA	-	54	40
LESSONA	-	62	60
MASSERANO	-	52	40
MEZZANA MORTIGLIENGO	-	36	36
MIAGLIANO	-	46	20
MONGRANDO	X	30	10
MOSSO	-	52	50
NETRO	-	50	40
OCCHIEPPO INFERIORE	X	154	150
OCCHIEPPO SUPERIORE	-	47	12
POLLONE	-	59	55
PONDERANO	-	56	40
PRALUNGO	-	50	20
RONCO BIELLESE	-	28	10
SANDIGLIANO	-	24	10
SORDEVOLO	-	55	43
TRIVERO	-	38	35
VALDILANA	-	62	50
VIGLIANO BIELLESE	-	71	56
VILLA DEL BOSCO	-	89	89
VIVERONE	-	130	40

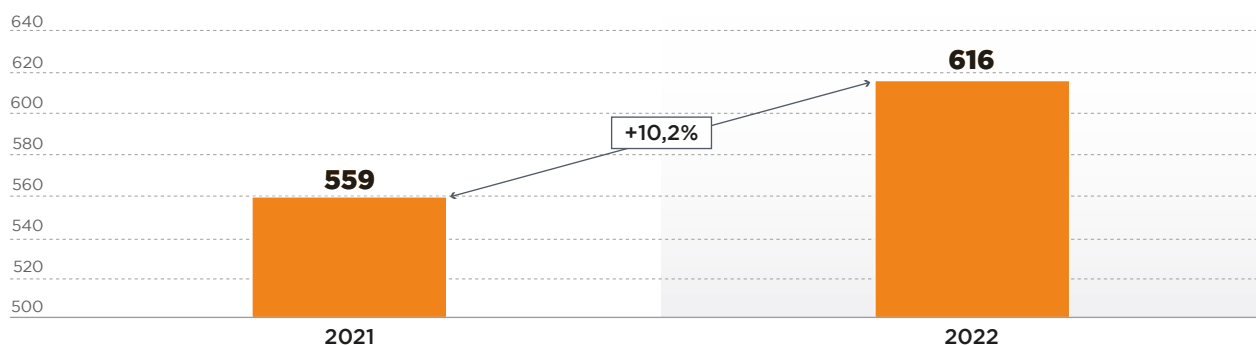
Fonte: elaborazione delle autrici su dati ASLBI.

19. Per il momento solo alcune Regioni, tra cui il Piemonte, hanno previsto l'istituzione dei NAT; chiaramente con tariffe e soluzioni di gestione differenti (Pesaresi 2019).

L'ingresso in Rsa può avvenire privatamente tramite il contatto diretto con la struttura, oppure in regime di convenzione attraverso l'Albo fornitori dell'ASLBI, per cui è prevista una partecipazione al costo della retta (quota sanitaria) ma solo per gli anziani in cui vi è una comprovata condizione di non autosufficienza. In questi casi l'inserimento in struttura avviene sulla base del progetto individualizzato predisposto dall'unità di valutazione geriatrica (UVG) dietro richiesta della famiglia o di un operatore sociale. Al momento dell'assegnazione⁽²⁰⁾, l'interessato avrà la possibilità di scegliere tra le strutture residenziali iscritte all'Albo fornitori, tenendo conto del numero di posti disponibili e del livello di intensità assistenziale. Per quanto concerne il contributo economico, invece, è prevista - ai sensi della normativa nazionale⁽²¹⁾ e regionale⁽²²⁾ vigente - la compartecipazione della retta alberghiera solo qualora la persona anziana non autosufficiente risulti incapace economicamente; in tal caso la quota sarà a carico dell'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali di residenza dell'anziano.

Facendo riferimento all'anno 2022 sono 616 gli anziani non autosufficienti inseriti all'interno di Rsa accreditate; di cui il 36% circa è rappresentato da nuovi beneficiari. Confrontando i dati con l'anno 2021 si osserva un incremento dell'utenza del 10% circa (Fig. 14), con un numero di anziani over 65 aumentati del 16,4% (da 146 a 170 unità) e un numero di over 80 aumentati dell'8% circa (da 413 a 446 unità).

Figura 14. Numero di anziani non autosufficienti inseriti in a in provincia di Biella, anno 2021-2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati ASLBI.

Tuttavia osservando la composizione della popolazione anziana non autosufficiente che ha beneficiato dell'inserimento all'interno di una Rsa in questo biennio (Fig. 15), si rileva che in proporzione l'aumento è stato più accentuato per la fascia di anziani over 65 (da 26,1% a 27,6%) rispetto a una leggera flessione negativa per gli anziani over 80. Questo dato - benché ancora esiguo per fornire delle evidenze empiriche significative e sostenere con forza delle ipotesi - invita a concentrarsi su una riflessione emersa anche dai dati qualitativi. L'aumento della fascia over 65 all'interno di strutture residenziali potrebbe essere strettamente connesso alla conformazione geografica del territorio. Una buona parte della provincia biellese è di natura montana, caratterizzata da una rile-

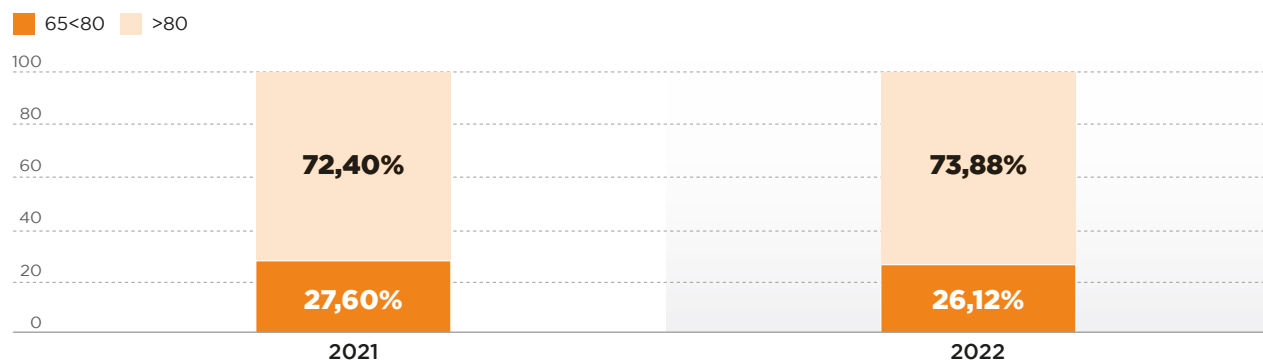
20. Spesso quando avviene l'inserimento "in convenzione" l'anziano è già inserito privatamente in una struttura. Se essa fa parte dell'Albo fornitori, l'anziano può rimanervi, con quota sanitaria a carico dell'ASLBI.

21. DPCM 12 gennaio 2017 "Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza Area integrazione socio-sanitaria".

22. Deliberazione della Giunta Regionale n. 45-4248 del 30/07/2012 - Il modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale sanitaria e socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

vante diminuzione progressiva della popolazione residente; si può supporre, quindi, come in questi contesti possa essere più agevole optare per una soluzione assistenziale residenziale, considerando la complessità di articolare percorsi di domiciliarità in aree isolate e scomode rispetto ai servizi.

Figura 15. Numero di anziani non autosufficienti inseriti in RSA, suddivisione per età, anno 2021-2022

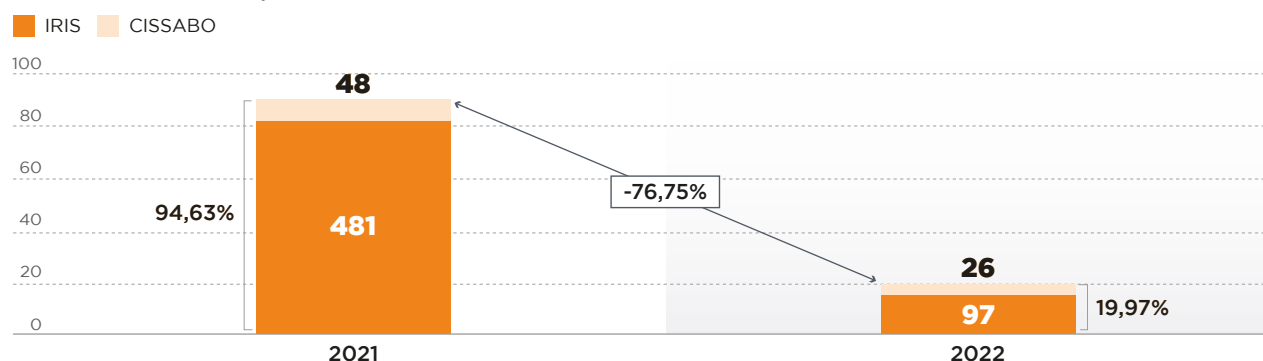


Fonte: elaborazione delle autrici su dati ASLBI.

Dai dati forniti, inoltre, si rileva, che un numero di 188 anziani non autosufficienti è attualmente in lista di attesa per l'inserimento in struttura accreditata; una cifra che se paragonata al numero della popolazione anziana che ha potuto godere di un ingresso in convenzione risulta pari al 30% (i dati sono riferiti all'anno 2022).

In relazione alle integrazioni rette da parte degli enti gestori socio-assistenziali, si può osservare che per l'anno 2022 il 20% di anziani non autosufficienti ha potuto usufruire di una compartecipazione alla quota alberghiera (Fig. 16), in particolare per gli anziani residenti nel territorio del Biellese orientale. Confrontando i dati con l'anno precedente, tuttavia, si osserva un netto decremento del servizio che passa da 529 integrazioni rette nel 2021 a 123 integrazioni rette nel 2022, con uno scarto percentuale pari al 76,75%.

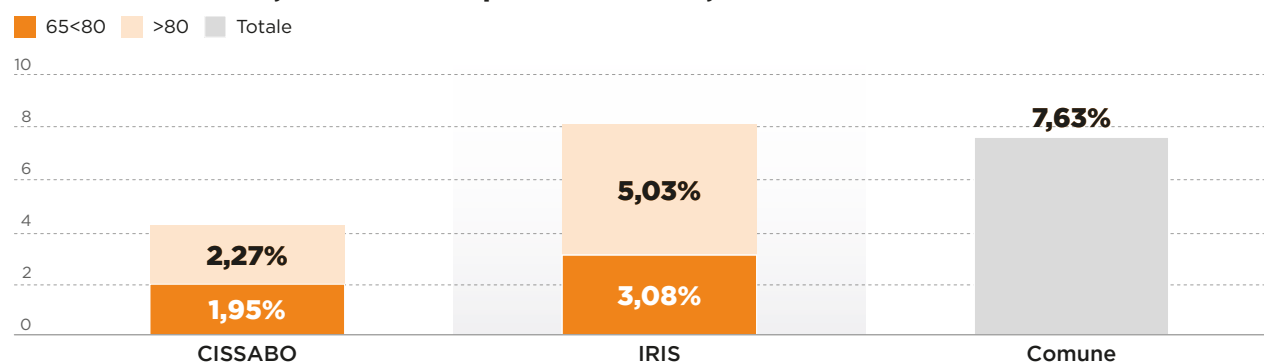
Figura 16. Integrazioni rette da parte degli enti gestori delle funzioni socioassistenziali, anno 2021-2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

Ritornando all'ultima annualità è stato possibile scomporre il dato anche rispetto alla fascia anagrafica (Fig. 17), constatando che la percentuale maggiore di anziani richiedenti l'integrazione retta, per l'anno 2022, è composta dalla popolazione over 80 con il 7,3% sul totale parziale (il dato non tiene conto del Comune di Biella, per il quale non è stato possibile scorporare il numero dell'utenza complessiva in base alla fascia d'età).

Figura 17. Integrazioni rette da parte degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, suddivisione per fascia d'età, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

Inoltre il Consorzio Iris sta recentemente implementando – è ancora in fase di sperimentazione – un intervento di monitoraggio del servizio, mediante un sistema coordinato e continuato di visite all'interno delle strutture accreditate in cui risiedono gli anziani non autosufficienti che beneficiano della compartecipazione della retta da parte dell'ente gestore. Per l'anno 2022 il Consorzio Iris ha effettuato 135 monitoraggi, che hanno previsto il coinvolgimento di due operatori sociali impiegati – oltre all'espletamento delle procedure amministrative di erogazione – nel lavoro di rilevazione dell'andamento generale e delle condizioni dell'anziano beneficiario su cui è attivo un progetto personalizzato di presa in carico residenziale.

2.2.2 I centri diurni

I centri diurni per anziani non autosufficienti sono strutture socio-sanitarie a carattere giornaliero che perseguono i seguenti obiettivi: favorire la permanenza a domicilio dell'anziano contrastando il rischio di ricovero presso strutture residenziali; garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e di riabilitazione atte a mantenere le condizioni di autonomia e a rallentare il processo di decadimento fisico e psichico; perseguire il benessere fisico e relazionale attraverso un miglioramento delle condizioni di vita; fornire un supporto concreto alle famiglie/*caregiver* nella gestione dell'assistito totalmente o parzialmente non autosufficiente (Pesaresi 2015).

I centri diurni per anziani sono nati in Italia nei primi anni Ottanta sotto la spinta del dibattito internazionale dell'epoca intorno a sperimentazioni estere analoghe. I primi centri diurni⁽²³⁾ (CD) si occupavano principalmente di anziani autonomi o con limitazioni dell'autonomia, offrendo in particolare attività di animazione e socializzazione. I cambiamenti connessi all'invecchiamento della popolazione hanno investito anche la progettualità dei centri diurni, i quali gradualmente hanno integrato programmi riabilitativi e prestazioni a prevalenza sanitaria rivolti soprattutto verso gli

23. Deliberazione della Giunta Regionale n. 45-4248 del 30/07/2012 - Il modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale sanitaria e socio-sanitaria socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

anziani non autosufficienti (Giunco *et al.* 2011). Come precedentemente illustrato, con il decreto del 29 novembre 2001, anche l'assistenza semiresidenziale è stata identificata come un Livello Essenziale di Assistenza, pertanto ogni territorio deve garantire il servizio attraverso standard minimi di assistenza per due tipologie di utenza: anziani non autosufficienti e anziani affetti da demenza. L'offerta semiresidenziale biellese, in linea con la Regione Piemonte, prevede un insieme combinato di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, all'interno di diverse tipologie di strutture accreditate (Tab. 2). Per l'esattezza il territorio si compone di: 2 Centri Diurni Autonomi (CDA o CD), ossia indipendenti da strutture residenziali altre; 12 Centri Diurni Integrati (CDI), ossia strutture inserite all'interno di una Rsa, di cui 2 sono riconosciuti come Centri Diurni Integrati Alzheimer poiché dedicati ad anziani affetti dal morbo o altre forme di demenza. L'ingresso al centro diurno avviene sul modello di quello inerente le strutture residenziali, ossia privatamente tramite il contatto diretto con la struttura, oppure in regime di convenzione, per cui è prevista una partecipazione al costo della retta (quota sanitaria) da parte dell'ASL per gli anziani in cui vi è una comprovata condizione di non autosufficienza (tramite valutazione UVG). Rispetto alle tariffe la quota socio-assistenziale rimane a carico dell'utente; in caso di insufficienza di reddito da parte dell'interessato può essere erogata un'integrazione da parte dall'ente gestore dei servizi socio-assistenziali.

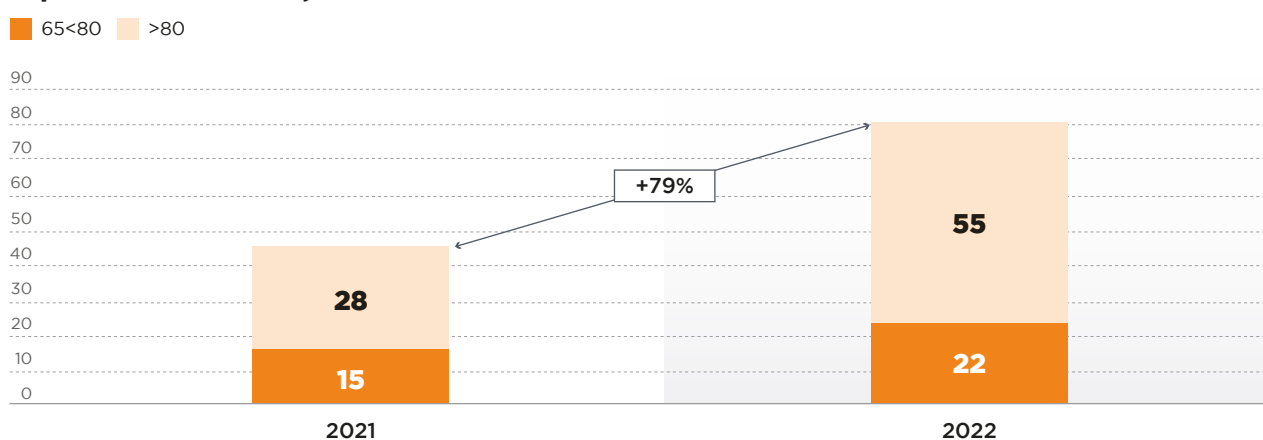
Tabella 2. Strutture semiresidenziali presenti nella provincia di Biella, anno 2022

Comune	Tipo di struttura	Numero posti letto autorizzati	Numero posti letto accreditati
BIELLA	CD	20	20
BIELLA	CDI	10	10
BRUSNENGO	CDI	10	0
CANDELO	CD	25	25
LESSONA	CDI	20	20
MASSERANO	CDI	10	0
MIAGILIANO	CDI	15	15
MONGRANDO	CDI + integrazione Alzheimer	20	20
NETRO	CDI	10	0
PONDERANO	CDI	25	0
RONCO BIELLESE	CDI	1	0
SANDIGLIANO	CDI	10	0
TRIVERO	CDI + integrazione Alzheimer	10	10
VIGLIANO	CDI	10	0

Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti da ASLBI.

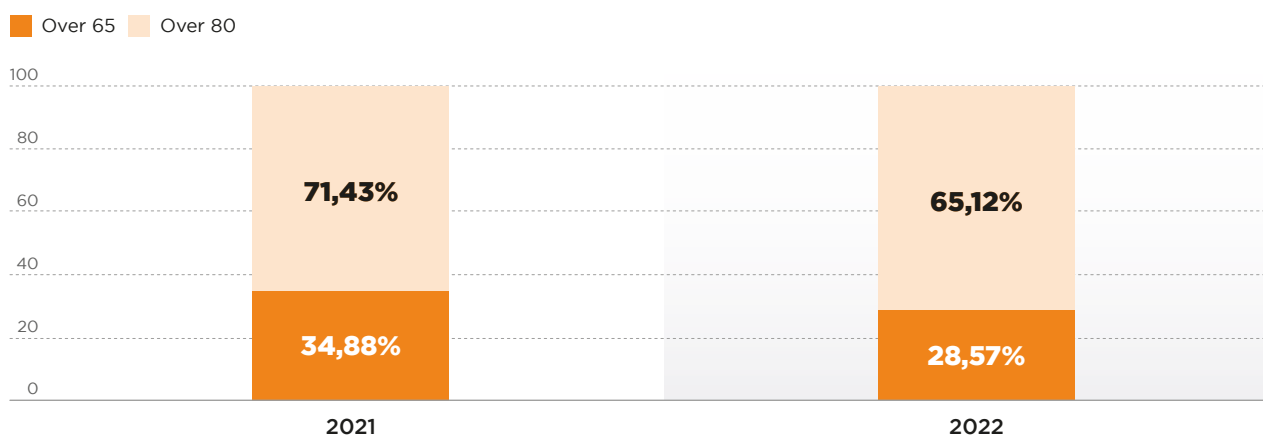
Prendendo in considerazione i CD e i CDI, sono 77 gli anziani non autosufficienti che nell'anno 2022 sono stati inseriti all'interno di strutture semiresidenziali (di questi circa 63 è il numero dei nuovi beneficiari); ossia il 30% sul totale degli inserimenti semiresidenziali. Comparando questi dati con quelli inerenti l'anno 2021 (Fig. 18) si segnala in primo luogo un incremento effettivo del 79%. Scomponendo il dato, rispetto alla fascia d'età (Fig. 19), si osserva una leggera flessione negativa per gli anziani over 65 che passano dal 34,8% al 27,6% a fronte di un modesto aumento degli anziani over 80 che dal 65% risultano il 71,4% per l'anno 2022.

Figura 18. Numero di anziani non autosufficienti inseriti in strutture semiresidenziali in provincia di Biella, anno 2021-2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti da ASLBI.

Figura 19. Numero di anziani non autosufficienti inseriti in strutture semiresidenziali, suddivisi per fascia d'età, anno 2021-2022



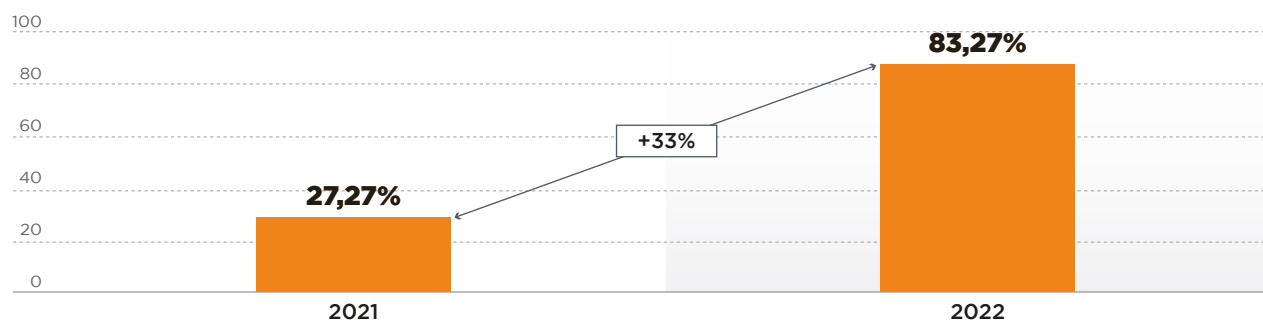
Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti da ASLBI.

2.2.3 Le cure intermedie: i CAVS

La comunità internazionale non ha ancora raggiunto una definizione univoca di “cure intermedie” (Bartoli *et al.*, 2012; Melis *et al.*, 2004), tuttavia è condivisa la volontà di garantire una migliore continuità assistenziale e un’assistenza territoriale più appropriata. In assenza di modelli, l’Italia - come altri paese europei - ha introdotto questo nuovo dispositivo al fine di ottemperare alla difficoltà di dimissioni dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario e assistenziale di una struttura protetta (Pesaresi 2014). Le strutture di cure intermedie italiane, nonostante la pluralità di definizioni e di articolazioni organizzative⁽²⁴⁾ che in questi anni sono state proposte, sono caratterizzate dalla condivisione di alcuni elementi: a) i destinatari, che concernono pazienti stabilizzati clinicamente ma che necessitano di osservazione e continuità terapeutica/riabilitativa; b) le finalità che riguardano la continuità delle cure ospedale-territorio e la riduzione delle dimissioni ospedaliere (Bartoli *et al.* 2012). In Piemonte ci si riferisce alle cure intermedie con la denominazione Cavs - Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria; nello specifico si tratta di posti letto extra-ospedalieri dedicati ad attività di ricovero temporaneo in strutture, pubbliche e private, sanitarie e socio-sanitarie accreditate con il Sistema Sanitario Regionale, per favorire il percorso di continuità assistenziale della persona in caso di dimissione ospedaliera o particolari situazioni clinico-assistenziali proveniente dal domicilio. In linea con la Regione, la provincia di Biella prevede l’attività di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria. L’accesso a tali posti avviene su richiesta dei medici dei reparti dell’Ospedale dell’ASL BI o, nel caso di pazienti a domicilio, previo accordo con il Medico di Distretto, da parte del Medico di Medicina Generale. I posti letto disponibili fanno parte di specifiche Rsa che hanno aderito a tale richiesta dell’Asl (al momento sono 18 le strutture biellesi a prestarsi per questa attività).

In riferimento all’ultimo biennio è aumentato del 33% il numero di anziani over 65 che usufruiscono del servizio CAVS (ordinario e neuropsichiatrico), passando dal 27% del 2021 all’83% del 2022 (Fig. 20).

Figura 20. Numero di anziani che usufruiscono del servizio di continuità assistenziale a valenza sanitaria in provincia di Biella, anno 2021-2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti da ASLBI.

24. Le strutture di cure intermedie sono state definite e normate dal Ministero della Salute con il Decreto Ministeriale n. 70/2015

2.3 I servizi di assistenza economica: gli assegni di cura

Lo strumento di policy che ha avuto il maggior sviluppo nelle politiche di *long-term care* negli ultimi vent'anni, è il sostegno economico, riconosciuto con l'espressione *cash for care* (Ranci e Pavolini 2015). I trasferimenti monetari rappresentano la più importante misura a sostegno degli anziani non autosufficienti in Italia, sia in termini di risorse pubbliche impiegate sia per l'ampiezza dell'utenza beneficiaria.

L'assegno di cura è un trasferimento economico, spendibile liberamente dal beneficiario, volto a sostenere la permanenza a domicilio di persone non autosufficienti nonché il carico di cura familiare. La diffusione di questo strumento avviene in Europa, a partire dagli anni Ottanta, mentre in Italia si sviluppa nel decennio successivo, in cui si registra un crescente utilizzo in molti comuni. Nonostante in ciascun contesto territoriale e amministrativo, gli assegni di cura assumano caratteristiche diverse, è possibile individuare alcuni aspetti comuni. I requisiti per l'accesso riguardano sia le comprovate condizioni psicofisiche sia quelle economiche; generalmente il target è rappresentato da soggetti con elevati bisogni assistenziali e ridotta disponibilità economica.

La Provincia di Biella - seguendo la normativa regionale⁽²⁵⁾ - prevede l'erogazione di contributi economici a sostegno della domiciliarità in favore di persone anziane. Per accedere a tali misure⁽²⁶⁾ è necessario rivolgersi all'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali competente per il proprio territorio di riferimento, il quale provvederà a inoltrare la domanda all'ASLBI per procedere con l'UVG. Il contributo può essere richiesto solo in presenza di una certificazione Isee inferiore a una certa soglia, mentre l'ammontare dell'assegno è definito in base a criteri economici e socio-sanitari. Differentemente dal Consorzio Iris il quale eroga, generalmente, assegni di cura o voucher, il Consorzio Cissabo, all'interno del progetto Ca.Re., prevede la contribuzione di una erogazione mensile a titolo di rimborso per le spese sostenute per l'assunzione di un'assistente familiare o a parziale rimborso delle spese sostenute per il lavoro di cura prestato dai familiari.

In riferimento all'ultimo anno 240 anziani hanno beneficiato di un trasferimento monetario (Fig. 21). Il 12,08% ha percepito la contribuzione mensile prevista dal progetto Ca.Re ed erogata dal Consorzio Cissabo; mentre l'87,92% ha percepito l'assegno di cura erogato dal Consorzio Iris. Su quest'ultimo è stato possibile reperire anche i dati delle liste d'attese, le quali registrano al 31/12/2022 un numero pari a 167 anziani in attesa di poter accedere alla misura.

25. DGR. n. 39 del 2009 e DGR. n. 56 del 2010 e successive modificazioni.

26. Si parla al plurale di misure poiché i due Consorzi, in materia, hanno adottato due linee differenti. In particolare il Consorzio Cissabo, sulla traccia del Progetto "Home Care Premium", ha implementato il progetto Ca.Re, il quale prevede un modello di valutazione innovativo che coniuga la situazione reddituale al bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente e prevede una pluralità di interventi di natura economica ed assistenziale.

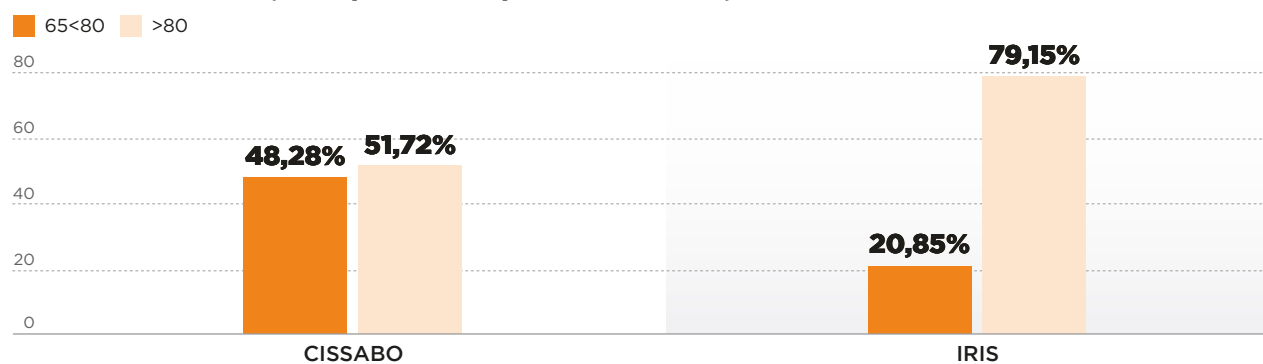
Figura 21. Numero di anziani che beneficiano di contribuzioni economiche a favore della domiciliarità in provincia di Biella, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

Rispetto alla suddivisione per fascia d'età (Fig. 22) si nota che per entrambi i territori di afferenza dei Consorzi i principali percettori della misura sono gli anziani over 80, i quali rappresentano il 76%. Allo stesso modo, rispetto alla composizione interna ai Consorzi, gli over 80 si confermano come il numero maggiore di anziani beneficiari della contribuzione economica, rispettivamente con il 79,15% per il Consorzio Iris e il 51,72% per il Consorzio Cissabo.

Figura 22. Numero di anziani che beneficiano di contribuzioni economiche a favore della domiciliarità, composizione per fascia d'età, anno 2022



Fonte: elaborazione delle autrici su dati forniti dal Consorzio Iris e dal Consorzio Cissabo.

Il Consorzio Iris, come per il servizio di integrazione retta, sta implementando - è ancora in fase di sperimentazione - un intervento di monitoraggio del servizio, mediante un sistema coordinato e continuato di visite al domicilio dell'anziano beneficiario da parte di un operatore sociale e un Oss. Le ore di monitoraggio dell'andamento delle condizioni dell'anziano e di sostegno domiciliare vengono direttamente scalate - per le famiglie che accettano di beneficiare della prestazione - direttamente dall'importo dell'assegno. Per l'anno 2022, il Consorzio Iris ha effettuato 27 monitoraggi.

2.4 I servizi a sostegno dell'assistenza familiare

Dalla metà degli anni Settanta si è lentamente diffusa la figura dell'assistente familiare - nel gergo colloquiale la cosiddetta "badante" (Sarti 2010) - come principale risposta di assistenza per gli anziani non autosufficienti (Pasquinelli e Rusmini 2013). In Italia, difatti, più di un anziano su tre con limitazioni all'autonomia personale si avvale di un'assistente familiare (Pasquinelli e Rusmini 2020). Non è facile calcolare il numero effettivo di assistenti familiari presenti nel nostro Paese poiché il lavoro privato di cura è un segmento in cui persiste un alto tasso di irregolarità. Alla fine del 2021, le statistiche ufficiali fornite dall'Osservatorio Inps hanno registrato 451.371 persone occupate regolarmente come assistenti familiari. In aggiunta, la stima delle lavoratrici senza regolare contratto suggerisce che in Italia operino circa altre 494.899 persone (il calcolo deriva dall'analisi congiunta di diverse fonti ufficiali e informali). Si ipotizza, quindi, un numero totale complessivo di circa un milione di assistenti familiari. È noto che la stragrande maggioranza di loro è di origine straniera. Nelle attuali tendenze migratorie si ravvisa una contrazione rispetto alle assistenti familiari protagoniste dei primi flussi migratori - ossia donne provenienti dall'America Latina (da 8,5% a 6,9% del totale) e dall'Europa dell'Est (da 46,2% a 40,9%) (*ibidem*) - a favore di un incremento delle donne italiane che, a partire dal 2008, sotto la spinta della crisi economica, hanno ritrovato interesse per il settore del lavoro privato di cura. I dati INPS segnalano, difatti, un incremento di colf e assistenti familiari italiane regolarmente assunte, aumentate dal 18,7 % del 2010 al 42% del 2021.

Venendo al tipo di contratto, è possibile individuare tre tipologie: assistenti familiari con regolare contratto di lavoro (le quali hanno maggiori possibilità di integrarsi nel tessuto socio-lavorativo, di essere riconosciute professionalmente e di inserirsi in percorsi di qualificazione e regolazione); b) assistenti familiari in stato di parziale regolarità (questa quota di operatrici, definita come area «grigia», riguarda chi è assunta con regolare contratto di lavoro, nel quale viene però dichiarato un numero di ore inferiori a quelle effettivamente svolte); c) assistenti familiari senza regolare contratto di lavoro (per le donne italiane generalmente questa scelta è un modo per massimizzare le entrate, mentre per le assistenti familiari straniere il lavoro irregolare spesso è conseguente all'irregolarità dei documenti). Per quanto concerne le modalità di assunzione, si distinguono due forme: la co-residenza e il lavoro a ore. La co-residenza implica il domicilio presso l'abitazione dell'assistito, che viene appositamente predisposta per un'assistenza continuativa. Il lavoro a ore, invece, risulta la modalità di assunzione preferita, in particolare dal punto di vista retributivo: un'efficiente organizzazione del lavoro a ore, difatti, porta a uno stipendio netto mensile pari o addirittura superiore a quello derivante da un lavoro fisso mono-cliente (Pasquinelli e Rusmini 2013). L'ultima dimensione è quella inerente le mansioni. L'attività dell'assistente familiare riguarda il "prendersi cura", inteso come un insieme di compiti legati a diverse esigenze di tutela e protezione dell'assistito: aiuto per la vita quotidiana (vestizione, deambulazione, igiene personale, somministrazione dei farmaci), assistenza emotiva (intrattenimento, sostegno psicologico, sostegno negli affetti, supporto nelle relazioni sociali), disbrigo di pratiche (commissioni fuori casa, accompagnamento, spesa, rapporti con il personale sanitario) e lavoro domestico (pulizia della casa, preparazione e somministrazione dei pasti, bucato, stiro, ecc.).

La regolazione dell'assistenza privata è da sempre un tema poco considerato nell'agenda politica nazionale. A livello centrale in questi anni ci si è limitati a introdurre da un lato, finestre normative, dette anche sanatorie, volte a regolarizzare lavoratori stranieri (tra cui colf e badanti) irregolarmente soggiornanti in Italia. Dall'altro lato, riconoscere modesti sgravi fiscali, quali: detrazione d'imposta del 19% solo se il datore di lavoro possiede un reddito complessivo non superiore a 40.000 € e la deduzione dei contributi previdenziali dal reddito (fino ad un massimo di 1.549,37 €) per gli addetti all'assistenza di persone non autosufficienti. Diversamente, a livello regionale il tema

del lavoro privato è stato inserito in una più ampia rete pubblica e territoriale di servizi (Ranci e Pavolini 2015). Dagli anni 2000 a oggi sono numerosi i tentativi di regolazione del settore da parte delle Regioni. Se si guarda, difatti, all'offerta territoriale si può osservare l'esistenza di un paniere variegato ed eterogeneo di iniziative che tendenzialmente si possono raggruppare in quattro tipi di interventi: a) contributi economici sotto forma di assegni di cura, buoni/voucher per chi si avvale di un'assistente familiare; b) registri delle assistenti familiari che permettono di incrociare le necessità della famiglia e dell'assistente familiare; c) corsi e attività di formazione volti a qualificare il lavoro di cura; d) sportelli e uffici aperti al pubblico che mettono in contatto domanda e offerta di assistenza.

Sul territorio biellese è presente dal 2004 un elenco degli assistenti familiari (gestito dall'associazione il Filo di Arianna in base ad uno specifico accordo tra la Provincia di Biella e i Consorzi Iris e Cissabo) e, dal 2011, uno sportello dedicato. Rispetto alle modalità di funzionamento, è stato predisposto uno specifico iter sia lato offerta, sia lato domanda di assistenza. Per quanto concerne le assistenti familiari è necessario il possesso di determinati requisiti⁽²⁷⁾, in particolare il possesso del titolo di OSS o aver lavorato per almeno 6 mesi, anche non continuativi e certificati, come assistenti familiari. Per iscriversi all'elenco è necessario sostenere un colloquio preliminare in cui, generalmente, vengono richieste le referenze dei datori del lavoro precedente. Per quanto riguarda le famiglie, invece, è previsto un colloquio sia per la raccolta dei bisogni specifici della persona da assistere, sia per fornire indicazioni riguardo alle caratteristiche richieste rispetto all'assistente familiare (nazionalità, patente, esperienze, ecc.). Dopo il colloquio con la famiglia si avvia l'iter di ricerca e di selezione dell'assistente familiare da proporre in base alla situazione socio-sanitaria della persona e alle indicazioni fornite dalla famiglia. A seguire (di norma entro 5/7 giorni dal colloquio) si procede con un incontro di presentazione delle parti, spesso alla presenza di un OSS o di un assistente sociale. In caso di esito positivo, è richiesta la stipula di un regolare contratto di lavoro (realizzato presso un CAAF a scelta dalla famiglia). Lo sportello si occupa anche di effettuare un'attività di *tutoring*, che prevede una verifica iniziale rispetto all'andamento dell'abbinamento e all'effettiva sottoscrizione del contratto di lavoro e monitoraggi periodici per tutta la durata del contratto. Inoltre, in caso di problematiche o criticità, viene messo a disposizione un servizio di mediazione tra l'assistente familiare e la famiglia.

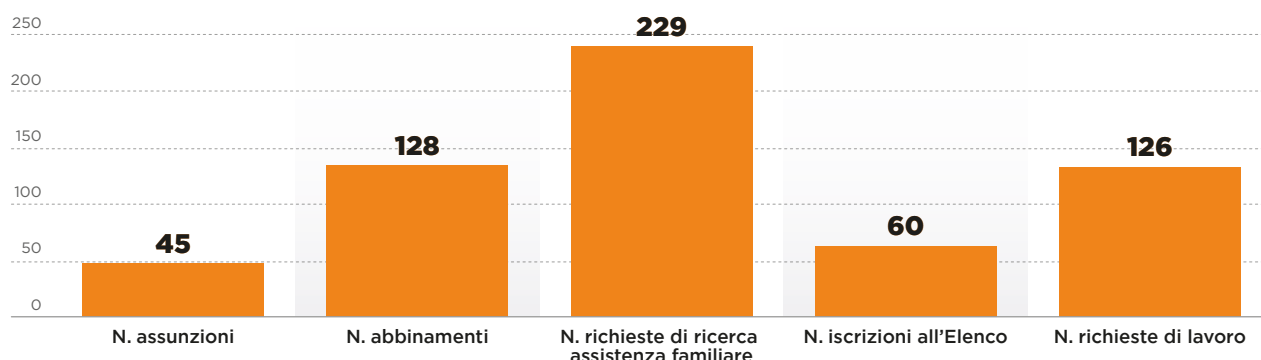
Per l'anno 2022 le richieste di lavoro come assistente familiare in Provincia di Biella sono state 126, la maggior parte donne (92%) di origine straniera (70%). Di queste solo 60 sono state le effettive iscrizioni all'elenco (ossia il 48%), di cui - come sopra - una prevalenza maggiore di donne (93%) di origine straniera (77%). Sono state nettamente maggiori, con un numero pari a 229, le richieste di ricerca di assistenza familiare da parte di utenti/famiglie di anziani non autosufficienti (alcuni utenti hanno richiesto il servizio di ricerca più volte, arrivando a registrare un numero di richieste complessivo pari a 308). Tuttavia il numero di presentazioni e di assunzioni è stato decisamente minore. Poco più della metà delle richieste di assistenza ha raggiunto la fase dell'abbinamento⁽²⁸⁾: sono state 128 le presentazioni tra assistenti familiari e famiglie, di queste, meno della metà, pre-

27. Le persone che non hanno i requisiti per iniziare subito questo tipo di lavoro, ma che sono intenzionate a prestare opera in questo settore, vengono invitate a recarsi presso i SAL o presso agenzie formative certificate in maniera tale che possano integrare le loro competenze.

28. I motivi per i quali le altre restanti richieste (180) sono state sospese sono svariati: il 41,67% ha già trovato un'assistente familiare attraverso canali informali; il 21,65% ha visto un cambio del progetto assistenziale (generalmente una modifica del timing di cura o cambio del piano assistenziale dell'assistito); il 16,11% concerne le famiglie per le quali non è stata trovata un'assistente familiare rispetto ai requisiti richiesti; l'8,89% delle famiglie ha compilato la scheda bisogni per la quale è stata fatta una prima ricerca ma non è stato ufficializzato l'avvio del percorso di abbinamento; il 6,11% non ha voluto fissare il colloquio di presentazione (spesso connesso a un peggioramento delle condizioni di salute dell'anziano, il quale richiede un'assistenza specializzata); il 5,56% per decesso dell'assistito.

cisamente 45, si sono convertite in assunzioni positive. Si riassume nella figura sottostante (Fig. 23), l'andamento della domanda e dell'offerta di assistenza familiare presso il servizio dedicato per l'anno 2022. Rispetto ai monitoraggi, invece, sono stati svolti 68 incontri periodici in cui è stato possibile dedicarsi sia alle famiglie sia alle assistenti familiari per verificare il livello di soddisfazione e di qualità del rapporto di lavoro.

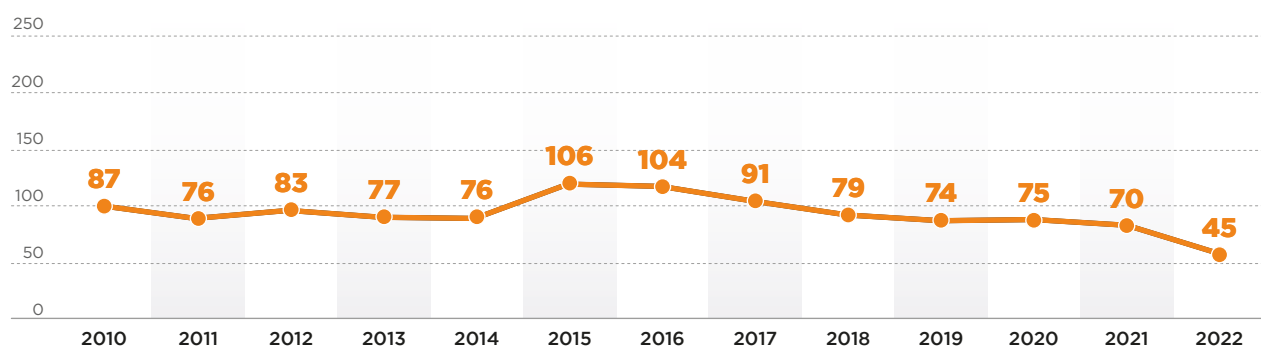
Figura 23. Andamento domanda/offerta di assistenza familiare registrato dal dispositivo dell'elenco e sportello dedicato, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti dal Filo d'Arianna.

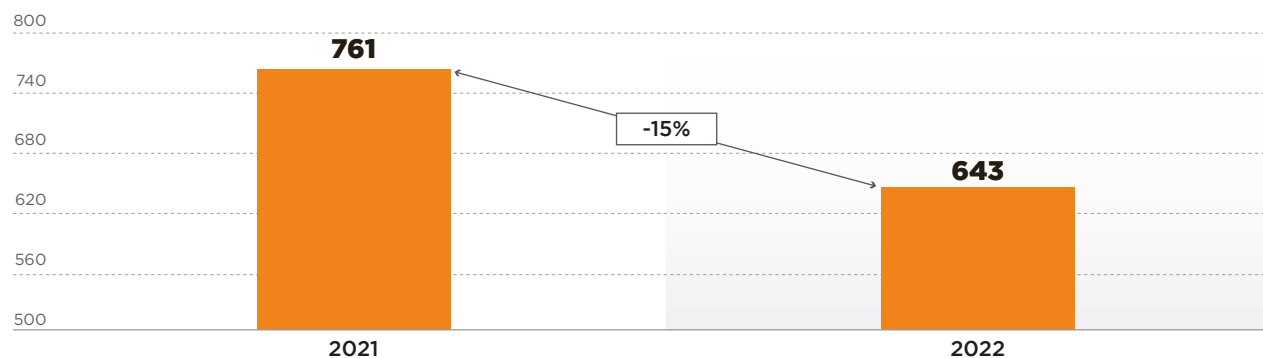
Rispetto al numero di assunzioni è stato svolto un confronto con le annualità precedenti (Fig. 24): nel corso di un decennio si osserva un primo quinquennio positivo, con un numero crescente di assunzioni tramite l'elenco e il lavoro dello sportello, a discapito delle annualità successive, per le quali si registra una graduale diminuzione.

Figura 24. Numero di assunzioni favorite dal dispositivo dell'elenco e dello sportello di incontro domanda e offerta di assistenza familiare, anno 2010- 2022



Fonte: relazione annuale delle attività 2022 del Filo d'Arianna.

Stessa flessione negativa si consolida anche nei dati messi a disposizione dal Centro per l'Impiego di Biella (Fig. 25). Rispetto al 2021 è stato registrato il 15% in meno di contratti di assunzione regolare come assistente familiare, passando da un numero di 761 contratti nel 2021 a un numero di 643 contratti nel 2022.

Figura 25. Numero di contratti regolari registrati dal CPI di Biella, anni 2021-2022


Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti dal CPI.

Ma quali sono i motivi di questa riduzione? Sono diverse le ipotesi che possono essere messe in campo. Per quanto riguarda il lato dell'offerta di cura bisogna tenere in conto di alcuni aspetti:

- ◆ le mutate condizioni assistenziali della popolazione anziana. Oggigiorno gli anziani non autosufficienti sono affetti da patologie croniche in uno stato di comorbidità o multimorbidità per cui le esigenze di cura richiedono sempre più competenze specifiche. Spesso, dunque, le assistenti familiari si trovano costrette a rifiutare la gestione di situazioni complesse che andrebbero oltre al tradizionale mansionario previsto per questa figura professionale;
- ◆ un'inversione di tendenza rispetto alle modalità di assunzione. Attualmente, in netto scostamento dal passato e strettamente connesso a una mutazione dei percorsi migratori, si registra un esponenziale aumento di assistenti familiari che prediligono una modalità di lavoro ad ore anziché in regime di convivenza. Tale preferenza si presenta in netta collisione con la domanda di offerta. Le famiglie, difatti, sono maggiormente inclini alla ricerca di assistenti familiari disponibili a coabitare presso lo stesso domicilio dell'assistito.

Per quanto concerne il lato della domanda di cura è necessario considerare:

- ◆ l'aumento della complessità burocratica. Il passaggio da strumenti flessibili, come i voucher per il lavoro accessorio al "libretto di famiglia" che richiede un'attivazione particolarmente complessa e onerosa, è stato individuato come elemento deterrente per finalizzare un'assunzione regolare. Oltretutto questa nuova modalità rende particolarmente difficoltosa l'assunzione con contratti regolari per periodi brevi, quali sostituzioni o poche ore settimanali di assistenza;
- ◆ le possibili difficoltà economiche. Il mantenimento di un anziano non autosufficiente è certamente oneroso sotto diversi aspetti, tra cui quello finanziario. A riguardo, spesso, viene optata la via dell'irregolarità, in cui le famiglie spendono di meno e le assistenti familiari guadagnano di più. A parità di prestazioni, difatti, il lavoro regolare comporta costi aggiuntivi per il pagamento degli oneri previdenziali e di quelli accessori (tredicesima, trattamento di fine rapporto, ecc.) che il datore di lavoro e l'operatrice sono tenuti a versare in base al livello contributivo. Tuttavia, è necessario ricordare che una condizione irregolare implica per tutti i soggetti in causa rischi non trascurabili, come bassi livelli di sicurezza, esposizione a diverse forme di sfruttamento, mancato riconoscimento dei diritti e dei doveri previsti da un regolare contratto.

Profilo dell'assistente familiare sul territorio biellese

Per concludere, si propone il profilo delle assistenti familiari impiegate sul territorio. Si ricorda che i dati afferiscono al CPI di Biella, pertanto è un lavoro parzialmente rappresentativo che tiene conto solo delle assistenti familiari che si sono rivolte all'ente, ma soprattutto che hanno stipulato un regolare contratto di lavoro.

Innanzitutto il lavoro di cura in Provincia di Biella è svolto prevalentemente da donne, le quali rappresentano il 96% del totale degli impiegati in questo settore professionale (Fig. 26). In linea con il trend nazionale, questo dato conferma come - ancora tutt'oggi - il lavoro di cura sia ancora fortemente ad appannaggio della figura femminile.

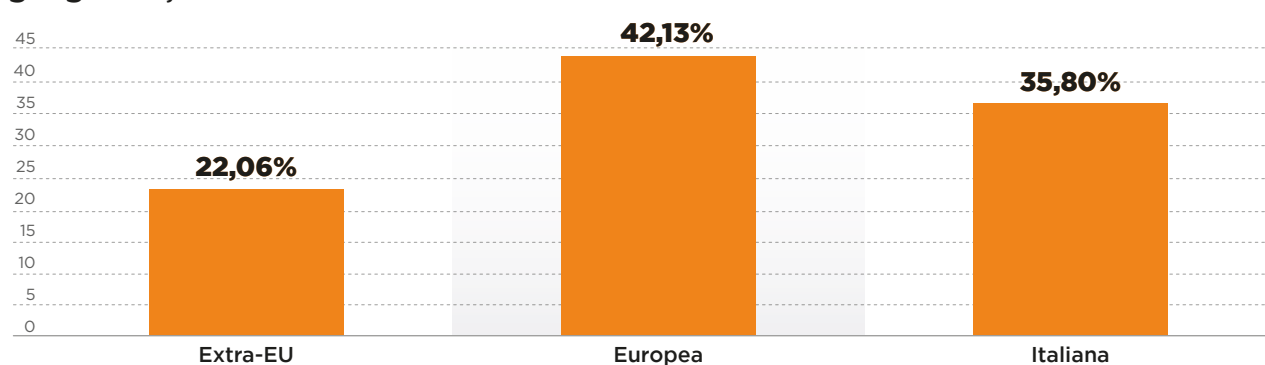
Figura 26. Assistenti familiari in provincia di Biella, suddivisione per genere, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti dal CPI.

Rispetto alla provenienza geografica (Fig. 27), la percentuale di assistenti familiari italiane (35,80%) è decisamente inferiore rispetto alla percentuale delle assistenti familiari straniere (64,19%), composte per il 42,13% da donne europee e per il 22,06% da donne extraeuropee. Nonostante in questi ultimi anni si sia effettivamente registrato un aumento delle donne italiane all'interno di questo segmento lavorativo, questa professione di cura rimane ancora ad appannaggio delle donne straniere, confermando il modello di cura italiano definito *migrant in the family model* (Bettio Simozzi e Villa 2006; Costa 2013).

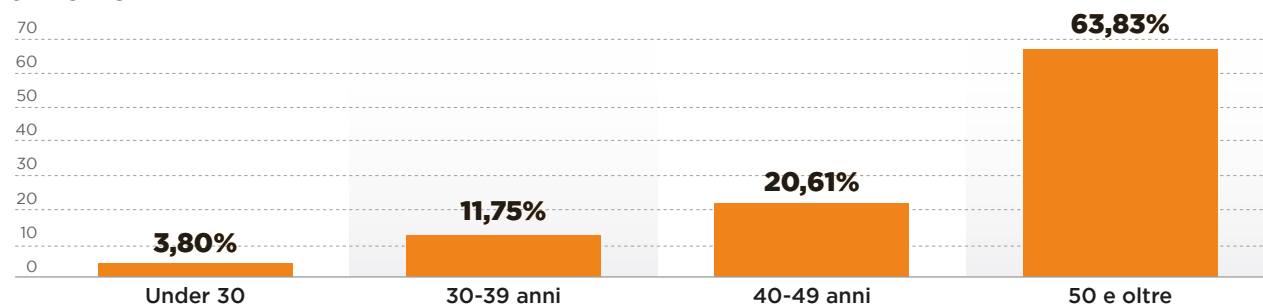
Figura 27. Assistenti familiari in provincia di Biella, suddivisione provenienza geografica, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti dal CPI.

Per quanto concerne la fascia d'età (Fig. 28), il numero prevalente di assistenti familiari biellesi fa parte della categoria 50 e oltre, con una stima del 64%. Il confronto numerico con le fasce più giovani⁽²⁹⁾ - in particolare under 30 (3,8%) e 30-39 anni (11,75%) - sottolinea un calo dell'offerta lavorativa da parte delle nuove generazioni. Tale dato mette in luce alcuni elementi interessanti. Da una parte un cambiamento dei progetti migratori, che vedono le seconde generazioni discostarsi dai percorsi migratori tradizionali che le hanno precedute e compiere altre scelte occupazionali. Dall'altra parte si evidenzia come la professione di assistente familiare sia fortemente rappresentata da donne appartenenti ai primi flussi migratori; questo dato, pertanto, pone le basi rispetto a riflessioni future circa questo segmento lavorativo: quale destino per questa figura professionale?

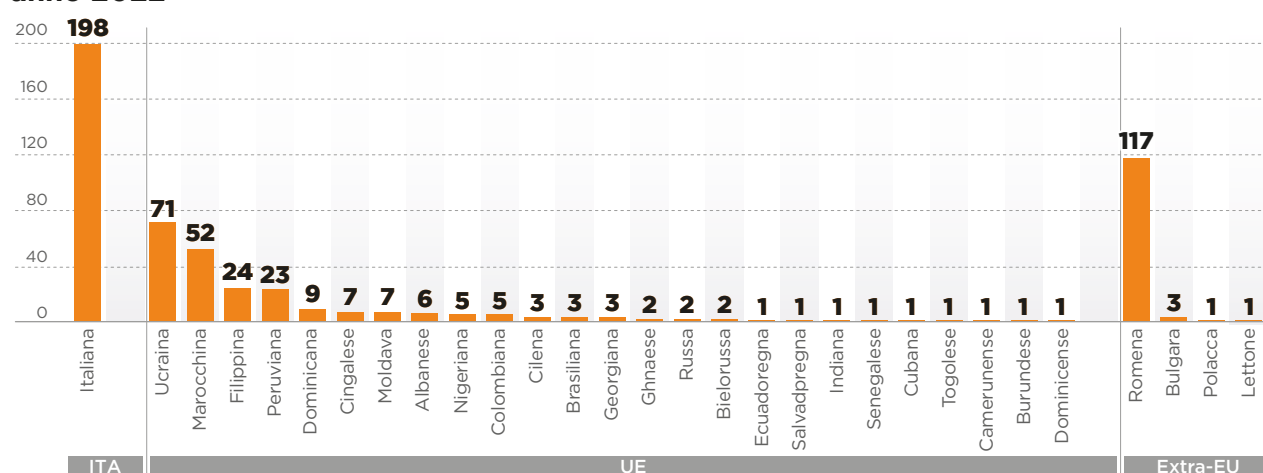
Figura 28. Assistenti familiari in provincia di Biella, suddivisione per fascia d'età, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti dal CPI.

Infine, in relazione alla cittadinanza si osserva che la stragrande maggioranza di assistenti familiari europee sono di origine romena (21,16%), mentre la prevalenza di quelle di provenienza extra-europea sono ucraine (12,84%), marocchine (9,4%), filippine (4,34%) e peruviane (4,16%), a seguire un numero esiguo di diverse nazionalità che si riportano nel grafico sottostante (Fig. 29).

Figura 29. Assistenti familiari in provincia di Biella, suddivisione per cittadinanza, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti dal CPI.

29. Ulteriori approfondimenti circa la condizione lavorativa dei giovani nel Biellese sono presenti nell'Approfondimento quali-quantitativo 2021 dell'Osservatorio.

2.5 I servizi di informazione, orientamento e valutazione

I punti unici di accesso (PUA) garantiscono alle persone in condizioni di non autosufficienza - mediante le risorse umane e strumentali fornite dal Servizio sanitario nazionale e dagli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali - l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari (L. 234/2021). Il tema dell'accesso al settore sociosanitario e della selezione degli utenti aventi diritto all'attivazione della presa in carico è particolarmente strategico alla luce dell'evoluzione dei bisogni della popolazione anziana (Fosti *et al.* 2015).

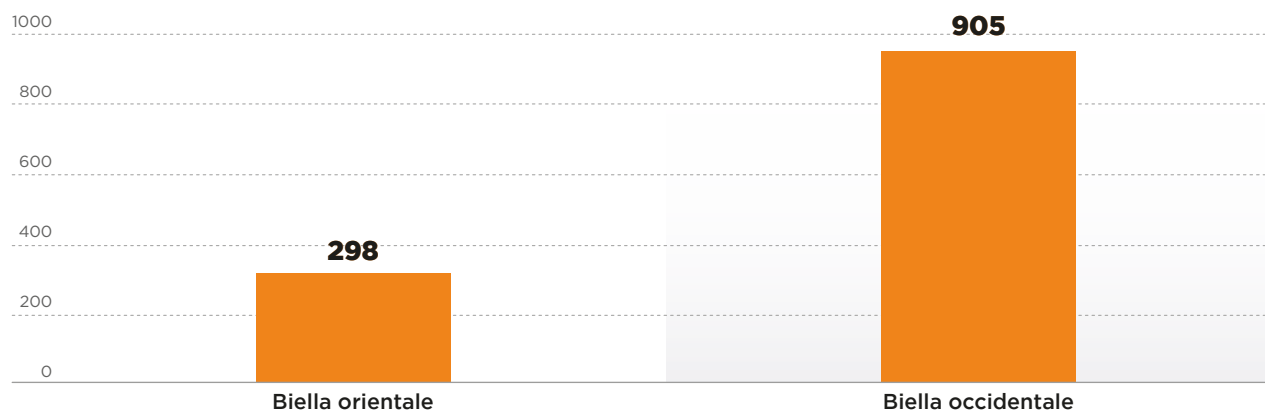
Si comincia a parlare di Punti unici di accesso (PUA) negli anni Novanta, a fronte del fatto che diverse regioni - perseguendo una logica di semplificazione del rapporto fra cittadini e pubblica amministrazione - hanno organizzato, seppur con denominazioni differenti, specifici punti unici di accesso per le prestazioni sociosanitarie. Tuttavia il primo atto statale in questa direzione è il D.M. Salute del 10/7/2007, in cui si menziona lo "sportello unico di accesso" come luogo deputato alla presa in carico del paziente, attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale e si invitano le regioni ad utilizzare i finanziamenti stanziati dal neonato Fondo per le non autosufficienze proprio per il consolidamento o la realizzazione dei punti unici di accesso (in particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza). Un ulteriore riferimento normativo è rinvenibile nell'Accordo Stato-Regioni del 25/3/2009 con il quale si approvano e si finanziano gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009. Uno di questi obiettivi ha previsto l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) anche attraverso la costituzione, in ambito territoriale, dei punti unici di accesso per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso. Infine, il rilancio dei Punti unici di accesso si ha con la Legge di bilancio 2022 che affida al PUA l'accesso alle prestazioni delle persone non autosufficienti e ne ridefinisce ed amplia le funzioni. In particolare viene aggiunta ai Punti unici di accesso la funzione della valutazione multidimensionale incardinando all'interno di quello spazio l'attività delle Unità di Valutazione multidimensionali (UVG).

In linea con la normativa e la programmazione della Regione Piemonte, la provincia di Biella ha previsto specifici punti unici di accesso alle informazioni relative all'ambito sociale, assistenziale e sanitario. Nella specificità, esistono due Sportelli Unici, organizzati diversamente all'interno del territorio. Lo Sportello Unico Socio Sanitario Biellese Orientale nasce dalla collaborazione tra il Consorzio Cissabo e l'ASLBI (con il coinvolgimento del privato sociale, nello specifico il Consorzio di Cooperative Il Filo da Tessere, in quanto soggetto individuato tramite procedura concorrenziale per la progettazione e realizzazione del servizio). Diversamente, lo Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS) nasce dalla collaborazione tra il Consorzio Iris e l'ASLBI, attraverso il "Filo d'Arianna", ossia lo sportello informativo anziani messo a disposizione per tutti i residenti nei Comuni del Biellese occidentale, il quale ha così ampliato la sua attività informativa.

Entrambi gli Sportelli erogano un servizio informativo e di orientamento rispetto alle diverse opportunità della rete dei servizi e alle procedure per la richiesta di erogazione degli interventi. L'obiettivo, inoltre, è quello di creare un luogo in grado di accogliere e decodificare i bisogni, attraverso l'impiego di equipe multidisciplinari, e aumentare la "vicinanza" tra i servizi e cittadini, al fine di rendere più efficaci e univoche le risposte di assistenza.

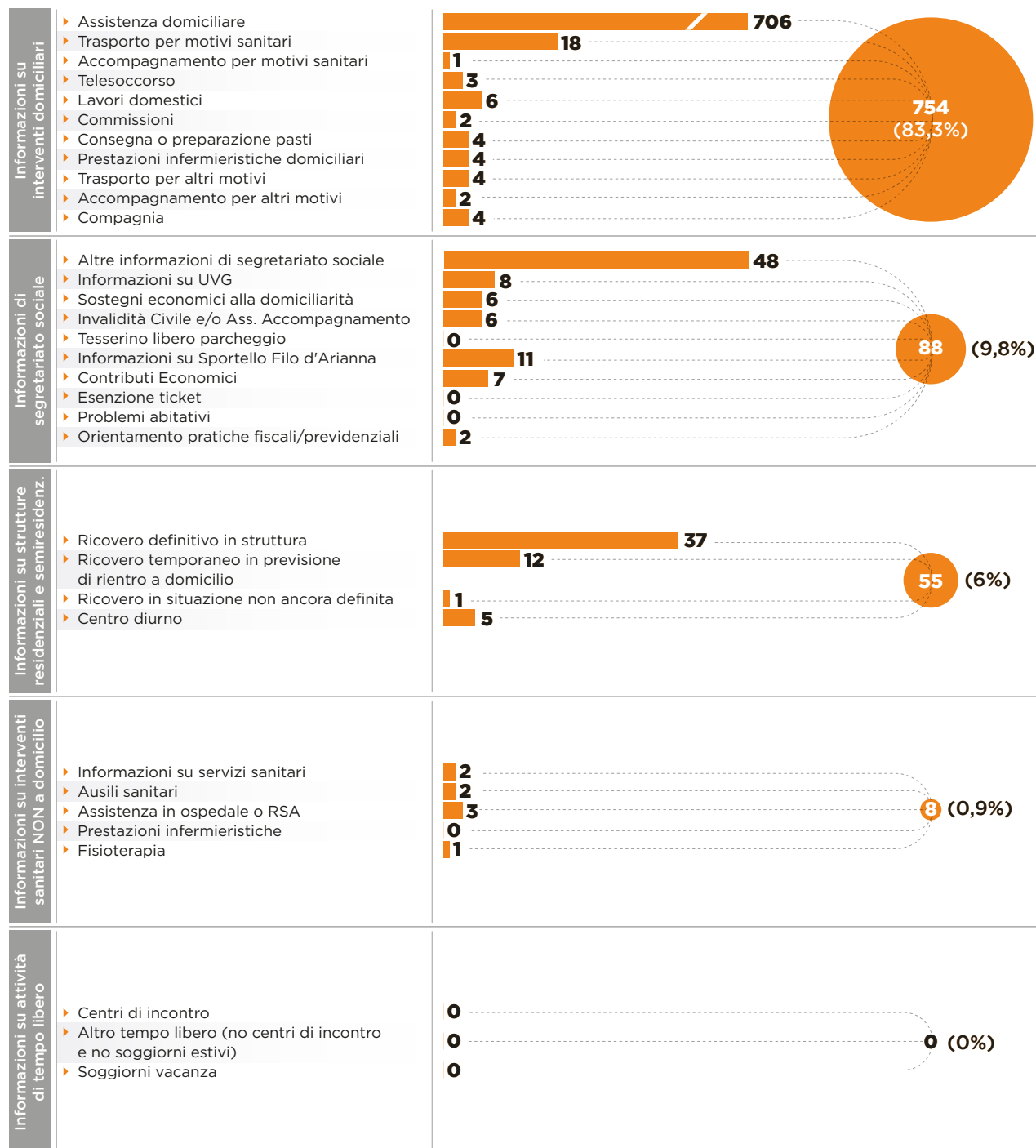
Relativamente ai dati inerenti l'anno 2022, si registra un numero totale di 1.203 richieste/primi ascolti (l'accesso può essere fatto di persona o telefonicamente nei luoghi e orari preposti), di cui 298 nel Biellese orientale e 905 nel Biellese occidentale (Fig.30). Di quest'ultime è stato possibile avere accesso alla tipologia di richiesta da parte dell'utenza; si evidenzia così che la stragrande maggioranza di informazioni riguarda gli interventi domiciliari (83,3%), a seguire si richiedono (Fig. 31): informazioni di segretariato sociale (9,8%), informazioni sulle strutture residenziali e semiresidenziali (6%), informazioni di interventi non a domicilio (0,9%). L'86,6% delle richieste sono di familiari di anziani che hanno necessità di cure.

Figura 30. Numero di richieste/primi ascolti agli sportelli unici socio-sanitari in provincia di Biella, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti da il Filo d'Arianna e il Filo da Tessere.

Figura 31. Tipologie di richieste effettuate al Filo d'Arianna, anno 2022



Fonte: Relazione annuale delle attività 2022 del Filo d'Arianna.

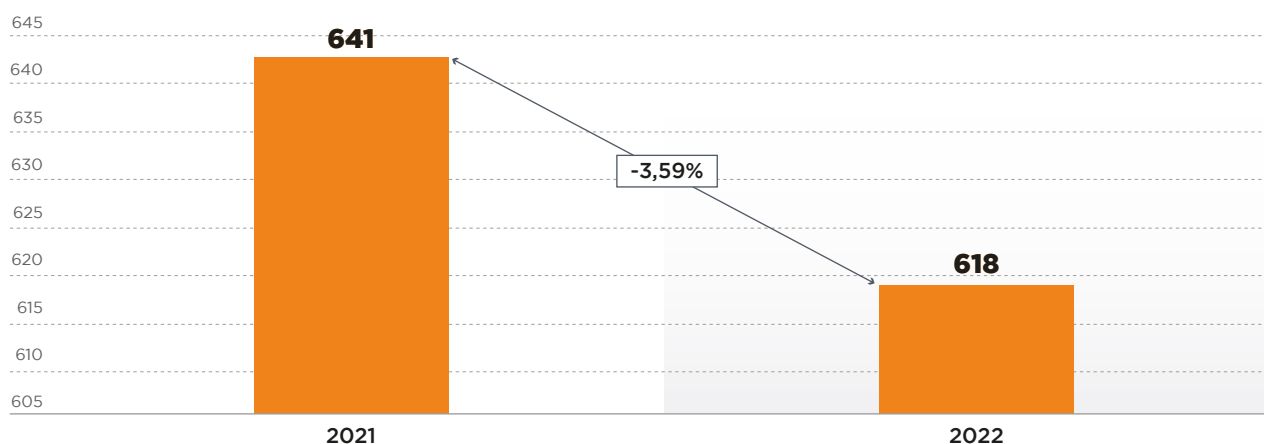
Unità di Valutazione Geriatrica

L'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), riconosciuta anche come Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), è anch'essa figlia del Progetto Obiettivo Tutela della Salute Anziani. A partire dagli Novanta, a fronte di bisogni assistenziali complessi, si riconosce l'urgenza di un sistema valutativo in grado di tenere conto di diversi aspetti: situazione psico-fisica con particolare riferimento all'autonomia funzionale, contesto di vita e di relazione, risorse reddituali inerenti. La valutazione geriatrica è definibile come un processo globale e interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale, relazionale e ambientale dell'individuo, attraverso la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono influire sulla permanenza nell'ambiente di vita.

Sul territorio della Provincia di Biella esiste un'unica UVG che opera nei territori degli attuali due Distretti dell'ASL BI. L'UVG è composta da un'équipe multidimensionale-professionale sanitaria e sociale, generalmente costituita dal medico specialista dell'eventuale "fragilità" diagnosticata, dal medico di medicina generale (MMG), dall'infermiere, dal terapeuta della riabilitazione e dall'assistente sociale che ha in carico la persona da valutare.

Le funzioni dell'UVG sono principalmente quelle di: a) emettere una valutazione multidimensionale, per definire i bisogni sanitari e assistenziali della persona anziana; b) individuare le risposte più adatte per soddisfare i bisogni, privilegiando, ove possibile, il mantenimento della persona a domicilio; c) predisporre un progetto individuale, ossia un progetto personalizzato di interventi che specifica il tipo, l'intensità e il livello prestazionale adeguato; d) monitorare la realizzazione e l'andamento del progetti individuali modificabili nel tempo in relazione ai cambiamenti socio sanitari. In riferimento al 2022 gli anziani biellesi che sono stati valutati sono 618; comparando questo numero con l'anno precedente si osserva una leggera flessione negativa del 4% circa (Fig. 32).

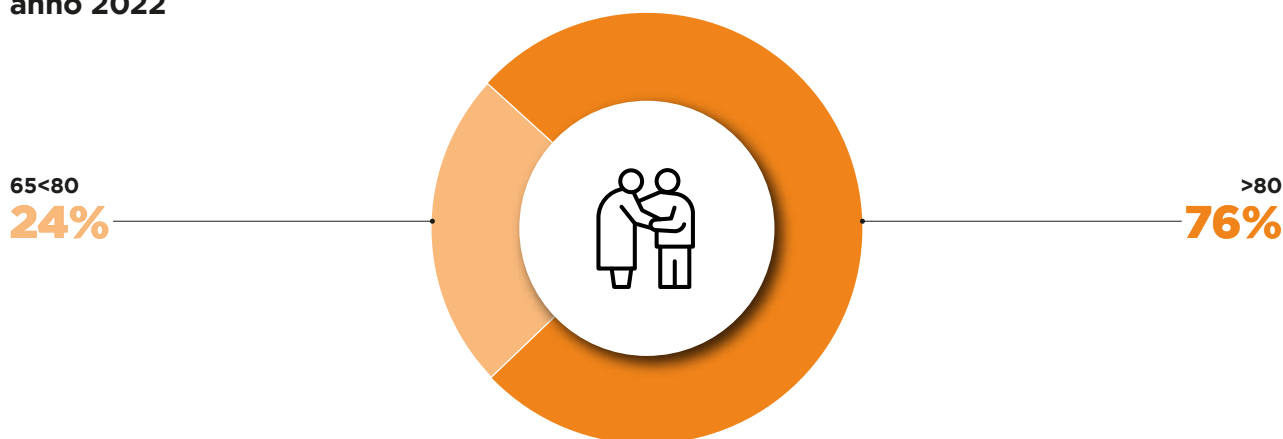
Figura 32. Numero di anziani valutati dall'UVG in provincia di Biella, anno 2021-2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti da ASLBI.

Osservando, invece, la composizione per fascia d'età dell'ultimo anno (Fig. 33), è possibile constatare che la maggioranza di anziani biellesi che hanno effettuato la valutazione geriatrica sono per il 76% over 80 rispetto gli anziani over 65 che rappresentano solo il 24%.

Figura 33. Numero di anziani valutati dall'UVG, suddivisione per fascia d'età, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti da ASLBI.

2.6 I servizi a supporto di malattie neurodegenerative

In Italia il 43,2% degli anziani di età superiore ai 65 anni dichiara di essere affetto da una malattia grave tra cui parkinsonismo, Alzheimer e demenze (Istat 2019). Entrambe sono classificate come patologie neurodegenerative, nello specifico il morbo di Parkinson prevede disordini del movimento, mentre il morbo di Alzheimer è caratterizzato dalla perdita di memoria e disturbi dell'apprendimento. Il progressivo decadimento delle funzioni cognitive derivante da queste forme morbose neurodegenerative rappresenta un grave problema, non solo dal punto di vista sanitario con un notevole deterioramento della qualità della vita degli anziani che ne soffrono, ma anche per il notevole carico di assistenza particolarmente oneroso che investe i conviventi e i caregiver.

Su questi temi, il territorio di Biella si è dimostrato particolarmente attento, sono diverse le realtà che si occupano di sensibilizzare e implementare servizi a supporto della popolazione affetta da tali patologie. Qui di seguito una breve disamina delle principali iniziative.

In riferimento al morbo di Alzheimer e alle demenze sono attive sul territorio biellese le iniziative riportate di seguito.

◆ Centro per i disturbi cognitivi e per le demenze (CDCD)

L'ambulatorio per la malattia di Alzheimer nasce - per opera dei volontari di AMA-Biella Associazione Malattia di Alzheimer della Provincia di Biella - dal bisogno delle persone affette dal morbo e dai loro caregiver di avere un affiancamento lungo il percorso di infermità e, allo stesso tempo, di avere un luogo in grado di raccogliere il senso di solitudine. Il progetto, avviato in via sperimentale nel giugno 2010, viene citato nella delibera n. 28 del 2018 dalla Regione Piemonte come modello al quale le ASL piemontesi, in virtù del Piano Nazionale Demenze (2014), si devono adeguare dal punto di vista dell'assetto organizzativo. L'obiettivo del Centro è quello di orientare la famiglia nella rete dei servizi e favorire un'alleanza terapeutica: dalla diagnosi, alla cura fino alla gestione condi-

visa delle scelte migliori per il malato e per chi lo accudisce. Il centro è gestito in collaborazione tra AMA-Biella, l'AslBI e i consorzi socio-assistenziali territoriali.

◆ **Centro di incontro “Mente Locale” e Palestra della Memoria**

Il centro Mente Locale è un centro di attività e sperimentazione di prassi e nuove metodiche nella cura globale delle persone con demenza e malattie neuro-degenerative. L'obiettivo è la creazione di uno spazio volto, da un lato, alla promozione della salute con l'apertura a tutti coloro che vogliono contrastare sia le fisiologiche difficoltà legate alla memoria o correlate all'età, sia le problematiche legate a patologie neurodegenerative a carico della memoria nelle fasi iniziali o lievi. Dall'altro lato, l'intento è quello di contrastare la solitudine e l'isolamento sia delle persone affette da demenza e malattie neuro-degenerative, sia delle loro famiglie. Nel centro, difatti, vengono proposte attività informative, motorie, socializzanti, culturali. La proposta è quella di rallentare il declino, superare lo stress, fornire competenze e serenità, mettendo al centro non la malattia ma la qualità della vita. La necessità è di creare una comunità inclusiva, fondata sul coinvolgimento, la partecipazione, il dialogo, la valorizzazione delle persone, l'ascolto ed il supporto alle famiglie. Il progetto Mente Locale, promosso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Biella, è stato messo a punto dall'associazione AMA-Biella con la supervisione tecnico-scientifica dell'ASLBI e in collaborazione con Città di Biella, Provincia di Biella, Consorzi I.R.I.S. e Cissabo e Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Biella. La sede di Mente Locale è presso Villa Boffo, immobile acquisito e completamente restaurato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Biella al fine di creare un luogo d'incontro in cui costruire sinergie e progettualità comuni sul tema in oggetto tra enti pubblici, attori del privato sociale e associazioni di volontariato locale. Presso il Centro Mente Locale vengono proposte le attività della Palestra della Memoria, inaugurate a Biella nel gennaio 2014 e nate dalla collaborazione del Centro della Memoria con AMA-Biella e la Cooperativa ANTEO e con il patrocinio dell'AslBI. Le attività della Palestra della Memoria sono definite terapie non farmacologiche a connotazione non assistenziale. Hanno l'obiettivo di rallentare la progressione dei disturbi cognitivi e favorire la socializzazione, migliorando il tono dell'umore e lavorando sulle capacità residue, al fine di stimolare e promuovere l'autonomia. Inoltre sono rivolte a tutte quelle persone che desiderano aumentare le strategie di compenso per fronteggiare i piccoli deficit che possono comparire con l'invecchiamento. Le attività proposte sono: la stimolazione cognitiva con schede cartacee e sistemi informatizzati, la psicomotricità, la narrazione autobiografica e la terapia occupazionale.

◆ **Alzheimer Café**

I Caffè Alzheimer sono uno spazio dove le persone affette dalla malattia e le loro famiglie possono raccontarsi, contrastando la solitudine, e confrontarsi con esperti. La finalità è quella di costituire gruppi mutuo-aiuto in cui da un lato si possono condividere strategie e alleanze per affrontare la malattia, dall'altra parte lavorare sul riconoscimento e l'accettazione. Il progetto è realizzato da AMA-Biella in collaborazione con la Fondazione Cerino Zegna.

In riferimento al morbo di Parkinson sono previste sul territorio biellese le seguenti iniziative:

◆ **Attività fisica adattata (AFA)**

Questa attività è nata in seguito alla DGR 10 novembre 2008 - n. 8-9989 della Regione Piemonte, nella quale si promuove l'attività fisica come percorso non sanitario che rientra nel campo dell'educazio-

ne alla salute e della promozione di stili di vita corretti (igiene motoria e posturale, fitness adattato). Non si tratta di un'attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione e, dunque, svolge un ruolo educativo-formativo in particolar modo per le persone con patologie neurodegenerative. L'AFA è utile nel contrastare l'evoluzione invalidante delle patologie croniche, migliora l'umore e l'autostima, aiuta l'autonomia nelle attività quotidiane.

◆ **Stimolazione cognitiva**

Tra le cure non farmacologiche che attualmente vengono proposte alla persona con malattia di Parkinson un posto di rilievo è occupato dalla Stimolazione Cognitiva, i cui obiettivi sono quelli di potenziare le abilità cognitive integre e conservate, contrastare il decorso degenerativo della malattia e favorire la socializzazione. È possibile svolgere l'attività anche online.

◆ **Logopedia**

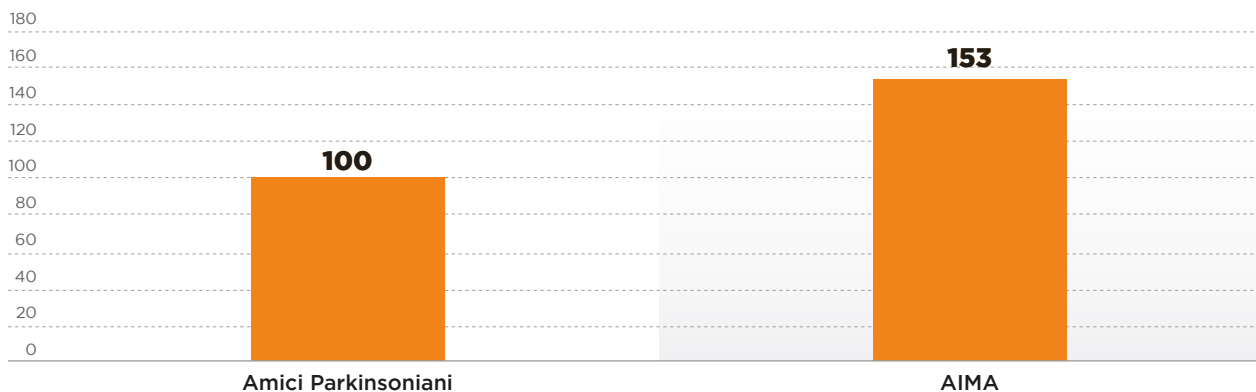
Il percorso di educazione logopedica, attraverso esercizi mirati e attività ludiche, lavora sulla fonazione, la comunicazione e la deglutizione, la cui efficacia in molti casi tende a diminuire con la progressione della malattia di Parkinson. Gli obiettivi perseguiti sono la prevenzione e l'ottimizzazione delle funzioni residue. Il fine principale del percorso è dunque quello di rallentare, quanto più possibile, la progressione dei sintomi attraverso le attività proposte. Inoltre, un ulteriore obiettivo fondamentale del percorso è quello di fornire alcune strategie per il miglioramento della qualità di vita e della partecipazione sociale relativamente agli ambiti di competenza logopedica. È possibile svolgere l'attività anche online.

◆ **Corsi di formazione/informazione**

Vengono organizzate specifiche attività formative rivolte ai familiari/*caregiver*, allo scopo di fornire il maggior numero di indicazioni pratiche e suggerimenti per la gestione quotidiana della persona cara con malattia di Parkinson, in particolare riguardanti: ausili e stimoli per la mobilità, gestione domestica, primo soccorso, tutele e servizi territoriali, pratiche burocratiche per l'accesso ai servizi. L'obiettivo è sostenere le persone che si trovano ad assistere i malati di Parkinson e contribuire al miglioramento delle condizioni di vita dell'intero nucleo familiare.

Per quanto concerne il numero di anziani beneficiari delle proposte appena illustrate, per l'anno 2022 si registrano i seguenti numeri (Fig. 34): l'associazione AMA-Biella che si occupa dell'organizzazione dei diversi spazi e delle attività connesse all'Alzheimer ha registrato 153 iscritti; mentre l'organizzazione di volontariato Amici Parkinsoniani Biellesi ha segnalato 100 iscritti beneficiari.

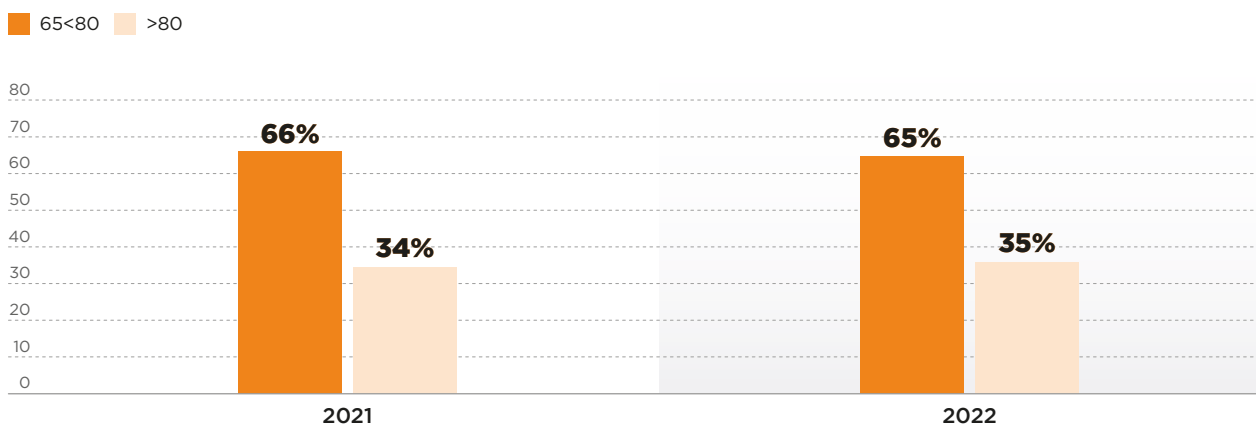
Figura 34. Numero di anziani coinvolti in servizi a supporto di malattie neurodegenerative in provincia di Biella, anno 2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti da AMA-Biella e Amici Parkinsoniani Biellesi.

In aggiunta, in riferimento al numero degli anziani che beneficiano dei servizi connessi al morbo di Alzheimer è stato possibile evidenziare anche la composizione per fascia d'età nell'ultimo biennio. Si evidenzia pertanto che il numero di anziani che maggiormente fruiscono delle proposte territoriali sono gli anziani over 65 e le loro famiglie, con un leggero incremento dal 56% nel 2021 al 57% del 2022 rispetto agli anziani over 80 che passano dal 29% nel 2021 al 31% nel 2022 (Fig. 35).

Figura 35. Numero di anziani coinvolti in servizi a supporto di malattie neurodegenerative, suddivisione per fascia d'età, anno 2021-2022



Fonte: elaborazione da parte delle autrici su dati forniti da AMA-Biella.

2.7 Misure nazionali e regionali: il panorama attuale

«Un cambiamento graduale senza riforme» (Costa 2011, p.1) è l'espressione paradigmatica per descrivere lo sviluppo politico lento e disorganico nell'ambito delle politiche di *long-term care* in Italia. Nonostante la costante crescita della popolazione anziana fragile e non autosufficiente, il servizio pubblico si contraddistingue sia per un'accentuata separazione delle competenze su diversi livelli e ambiti di governo sia per un'offerta rimasta invariata e limitata: a livello nazionale, l'indennità di accompagnamento, dalla sua istituzione, non ha subito nessuna manutenzione, rimanendo il principale dispositivo di welfare nel settore; a livello regionale, invece, i servizi e gli interventi per anziani fragili e non autosufficienti, coprono una quota ridotta di popolazione bisognosa di assistenza (Arlotti *et al.* 2020).

Sebbene gli spunti per un dibattito sul tema non siano mancati, i decisori per diverso tempo non hanno riconosciuto l'inadeguatezza del sistema di protezione per le persone anziane con deficit di autonomia. Da oltre trent'anni si è attesa una riforma strutturale in grado di affrontare in modo organico la complessità di questo settore (Pavolini e Ranci 2008; Naldini e Saraceno 2009; Da Roit e Sabatinelli 2013). Gli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza hanno fornito la cornice adeguata per introdurre la Legge 33/2023 di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Si tratta di un traguardo molto importante, fortemente voluto dalle 57 organizzazioni che costituiscono il "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza" e che hanno lavorato e sostenuto la riforma sino alla sua recente approvazione.

Ma quali sono i principali contenuti della Legge quadro?

In primo luogo la riforma dedica un rilevante spazio nella costruzione di un sistema unitario attraverso l'istituzione di un organo di coordinamento quale il Cipa, Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana, i cui compiti sono quelli di integrazione delle politiche rivolte alle persone anziane e di programmazione, attraverso l'introduzione del "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana". Inoltre viene definito lo SNAA, Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente come modalità organizzativa permanente per la costruzione di un governo unitario e in virtù del principio di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni.

In secondo luogo sono previsti nuovi modelli di intervento attraverso un rinnovamento dei servizi tradizionali. Per quanto concerne i servizi domiciliari è previsto, da un lato, un ripensamento della durata (periodo di presa in carico) e dell'intensità (numero di ore per utente) più adeguata alla condizione di non autosufficienza delle persone anziane, dall'altro lato, una concreta integrazione sistematica tra Adi e Sad, al fine di fornire una risposta di assistenza unitaria. Rispetto ai servizi residenziali sono diverse le proposte: a) un'integrazione consona del personale di struttura commisurata alle esigenze degli anziani ospiti; b) una maggiore qualificazione del personale in relazione ai profili sanitari della popolazione anziana; c) una maggiore garanzia degli ambienti di vita all'interno delle strutture. In riferimento all'indennità di accompagnamento, invece, si prevede la trasformazione della misura a prestazione universale per la non autosufficienza, individuando un livello minimo di importo e la possibilità di integrare il contributo per gli anziani che verranno valutati come maggiormente bisognosi di assistenza. In aggiunta i beneficiari avranno la possibilità di scegliere se utilizzare il contributo economico senza vincoli d'uso (com'è stato fino ad oggi) o se fruire di servizi alla persona forniti da gestori privati o pubblici. Il testo presta attenzione anche alla regolarizzazione del lavoro privato di cura. Per sostenere e promuovere l'occupazione di qualità nel settore dei servizi socio-assistenziali, il decreto definisce: a) le modalità di formazione delle

assistenti familiari stilando apposite linee guida nazionali; b) un aumento dell'importo economico a fronte della stipula di un contratto regolare di assunzione; c) il coinvolgimento delle rappresentanze dei caregiver familiari nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria a livello nazionale, regionale e locale.

La legge 33/2023 introduce miglioramenti necessari per dare al Paese una riforma in grado di affrontare le sfide dell'invecchiamento, con l'auspicio di porre maggiore attenzione alla tutela e alle garanzie per i caregiver, e stanziare i fondi che servono per dare concretezza allo SNAA e generare ricadute di medio e lungo periodo sia a livello nazionale sia per il welfare locale (Maino e De Tommaso 2023).

Rispetto al panorama regionale, la Regione Piemonte, tramite uno stanziamento da parte del Fondo Sociale Europeo Plus - programmazione 2021-2027, ha recentemente promosso "Scelta Sociale", una misura nell'ambito dell'assistenza continuativa. Si tratta di un intervento di natura monetaria, il quale prevede l'erogazione di un voucher/buono da 600 euro mensili, per 24 mesi rinnovabili, destinato a persone non autosufficienti anziane o con disabilità. La misura ha previsto due voucher diversi: il buono domiciliarità e il buono residenzialità.

Il primo, il buono domiciliarità, è un contributo spendibile per l'acquisto di servizi di assistenza familiare o, nel caso di minori, di assistenza educativa. Per accedere alla misura sono necessari i seguenti requisiti: la residenza in Piemonte; essere in possesso di una "valutazione multidimensionale" - effettuata presso le Unità di Valutazione competenti (Unità di Valutazione Geriatrica, UVG, o Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità, UMVD) - alla quale è stato attribuito un punteggio sociale non inferiore a 7; essere in possesso di un Isee sociosanitario in corso di validità avente un valore non superiore a 50.000 euro (65.000 euro se il destinatario è minorenne). Per spendere il buono domiciliarità nel servizio di assistenza familiare occorre che sia stato stipulato⁽³⁰⁾ un regolare contratto di lavoro subordinato con un'assistente familiare (o un incarico professionale con un'assistente familiare che esercita l'attività come libera professionista) di durata pari ad almeno 12 mesi, per un minimo di 16 ore settimanali di servizio; oppure che sia stato attivato un contratto di prestazione di assistenza domiciliare con un'idonea cooperativa sociale, agenzia di somministrazione di lavoro o altro soggetto giuridico fornitore di servizi di assistenza di cura, che rispetti i medesimi requisiti di durata e numero minimo di ore settimanali. Allo stesso modo per spendere il buono nel servizio di assistenza educativa professionale (rivolto esclusivamente a minori con disabilità) occorre che sia stato stipulato⁽³¹⁾ un incarico professionale, di durata minima di 12 mesi e per un minimo di 8 ore settimanali per la prestazione di un servizio di assistenza educativa professionale da parte di un educatore professionale oppure un contratto di prestazione di un servizio di assistenza educativa (di pari durata e numero minimo di ore di servizio), reso da un educatore professionale, sottoscritto con un'idonea cooperativa sociale, agenzia di somministrazione di lavoro o altro soggetto giuridico fornitore. Il buono non è cumulativo con ulteriori contribuzioni economiche di cura⁽³²⁾, quali "assegni di cura"; contributi per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare; trasferimenti INPS nell'ambito della misura "Home care premium"; altre misure aventi natura di trasferimento monetario specificatamente destinato al so-

30. Può presentare domanda anche chi, al momento della compilazione, non abbia ancora stipulato un regolare contratto di lavoro o di prestazione di servizi o un incarico professionale con un assistente familiare (o un educatore professionale). In questo caso, il destinatario si vedrà assegnato il buono domiciliarità in forma condizionata e sarà tenuto a stipulare il contratto/incarico e a presentarne copia entro 30 giorni dalla data in cui avrà ricevuto comunicazione di assegnazione, pena la decadenza della domanda.

31. Vedi nota 25.

32. Nel caso in cui il richiedente fosse percettore di tali contributi monetari, dovrà rinunciare entro 30 giorni dalla data in cui avrà ricevuto comunicazione di assegnazione del buono domiciliarità, pena la decadenza della domanda.

stegno della domiciliarità a titolarità regionale o statale. Inoltre si presenta incompatibile qualora vi fosse in corso una richiesta di accoglienza presso strutture residenziali sociosanitarie o sociali. Congiuntamente si precisa la compatibilità con i seguenti servizi: gli interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare; il ricovero ospedaliero e/o riabilitativo; gli interventi di assistenza domiciliare direttamente erogati dagli Enti Gestori (per un massimo di 16 ore settimanali); contributi economici erogati dagli Enti Gestori a sostegno delle famiglie affidatarie in caso di affidamento etero-famigliare di minori con disabilità; gli interventi di Assistenza Domiciliare Integrata, gestiti dalle ASL; l'indennità di accompagnamento erogata a favore di soggetti mutilati o totalmente invalidi.

Il secondo, il buono residenzialità, è un contributo spendibile per l'acquisto di servizi di cura e assistenza erogati da strutture residenziali operanti in regime privatistico. Per fruire del buono, occorre che la struttura ospitante aderisca alla misura. Nel territorio della Provincia di Biella risultano essere tre le strutture residenziali disponibili.

La misura è rivolta a persone non autosufficienti, anziani o disabili, residenti in Piemonte, inserite (o in attesa di inserimento) in strutture residenziali a carattere socio-sanitario o socio-assistenziale in regime "privatistico"⁽³³⁾, già sottoposte a "valutazione dimensionale" - presso le Unità di Valutazione competenti (Unità di Valutazione Geriatrica o Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità) - alla quale è stato attribuito un punteggio sociale non inferiore a 7 e con Isee sociosanitario in corso di validità inferiore a € 50.000 (€ 65.000 nel caso in cui il destinatario sia minorenne). Può presentare domanda anche chi, al momento della presentazione, sia in attesa di inserimento presso strutture residenziali. In tal caso, il richiedente avrà a disposizione 30 giorni di tempo per effettuare l'inserimento presso una struttura aderente alla misura.

Anche per il buono residenzialità sono state segnalate delle incompatibilità, ossia l'erogazione non è prevista qualora il richiedente fosse percettore di un contributo pubblico presso una struttura residenziale in regime di "convenzionamento" o di ulteriori contributi pubblici rispondenti alla medesima finalità, percepiti direttamente dall'ospite o erogati alla struttura ospitante dagli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali o dai Comuni di residenza (contributi a parziale o totale copertura della quota sociale) oppure erogati dall'INPS nell'ambito della misura "Long Care Premium".

33. In particolare: residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o Residenze Assistenziali Flessibili (RAF); strutture per persone con disabilità (RAF, Comunità alloggio, Gruppo appartamento, Comunità di tipo familiare per disabilità gravi, Comunità socio-assistenziale per disabili gravi).

CAPITOLO 3

Percorsi innovativi di cura nel Biellese

A partire dall'ultimo decennio, il concetto di innovazione sociale - introdotto dalle politiche europee - si è imposto all'interno dell'agenda pubblica come tema centrale in grado di soddisfare una duplice esigenza: rendere i sistemi di protezione sociale più adeguati nel rispondere ai nuovi e vecchi rischi sociali ed essere più sostenibili sul piano dei costi, grazie alla valorizzazione di nuove esperienze, modelli e risorse (Razetti e Maino 2019). Secondo la definizione proposta dal Bepa - *Bureau of European Policy Advisers* - per innovazione sociale si intendono "nuove idee" (prodotti, servizi e modelli) che contemporaneamente soddisfano esigenze sociali e creano nuove collaborazioni e relazioni sociali. È a livello regionale e locale che al momento si gioca la partita dell'innovazione sociale. I vari attori dei territori - probabilmente spinti dalla posizione di prossimità rispetto ai bisogni dei cittadini e dall'interesse a cogliere le opportunità di finanziamento promosse dall'UE - hanno iniziato a innovare le proprie soluzioni assistenziali, dimostrandosi capaci di introdurre qualche forma di innovazione sociale anche in queste politiche (Cibinel *et al.* 2017; Madama *et al.* 2019). In relazione all'assistenza continuativa gli approcci innovativi dovrebbero migliorare la capacità dei sistemi tradizionali di governare la domanda di assistenza, prevenire o ritardare l'insorgenza della non autosufficienza e garantire un generale miglioramento della qualità di vita degli anziani fragili e non autosufficienti.

Esplorando la rete territoriale biellese sono diversi i percorsi innovativi intrapresi nell'ambito dell'assistenza continuativa rivolta ad anziani fragili e non autosufficienti negli ultimi anni. Si propone, a riguardo, una breve disamina che tenta di evidenziare il carattere innovativo delle progettualità, le reti di cui si compongono e le opportunità di cambiamento sociale. Dal materiale raccolto sul campo, al momento, sono cinque le progettualità innovative implementate sul territorio del Biellese:

- ◆ il progetto *AccompagnaMenti*;
- ◆ il progetto *Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza*;
- ◆ il progetto *Condominio Solidale*;
- ◆ il progetto *Tessere la Salute*;
- ◆ il progetto *Great Old Biella*.

AccompagnaMenti

Il progetto *AccompagnaMenti*, promosso⁽³⁴⁾ e finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Biella e avviato nel gennaio 2023 (di durata biennale), consiste nella co-costruzione di un piano territoriale per sostenere a domicilio le persone con demenza. Gli obiettivi principali riguardano: a) la formulazione di un sistema integrato in grado di rispondere ai bisogni dei soggetti anziani con particolare attenzione ai soggetti con decadimento cognitivo; b) la costruzione di azioni in grado di rallentare il processo di decadimento cognitivo e diminuire il carico assistenziale ed emotivo del familiare nelle fasi iniziali e moderate della malattia; c) la promozione di scambio di conoscenze e buone prassi già avviate e sperimentate nell'ambito degli interventi considerati; d) la sperimentazione di nuovi modelli di servizio, gestione e cooperazione volti a rispondere ai bisogni dei soggetti anziani con decadimento cognitivo nell'ottica di sostenere il soggetto malato e la famiglia;

34. La Fondazione Cassa di Risparmio di Biella si è occupata di avviare il tavolo di coprogrammazione e favorire la coprogettazione promuovendo e facilitando l'incontro con gli stakeholder locali di riferimento.

e) la costruzione di una rete di soggetti che, al di là della contingenza, possano rappresentare un punto di riferimento nell'assistenza domiciliare, per i servizi sanitari, per i servizi territoriali pubblici e privati.

La sperimentazione è partita dall'analisi di due elementi, da un lato le criticità e i punti di forza del sistema dei servizi/interventi rivolti alle persone con demenza e ai loro familiari (pubblico e privato); dall'altro lato i bisogni delle persone con demenza e dei loro familiari che non trovano risposta dal sistema. A partire da queste premesse è stata costruita la mappa delle azioni progettuali che si concentra su tre aree: 1) nuove forme di assistenza domiciliare; 2) informazione e formazione dei *caregiver*; 3) formazione rivolta al personale socio-sanitario dell'ASLBI e dei servizi territoriali (106 medici di medicina generale, 64 infermieri territoriali, 20 assistenti sociali), a cura del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze. Inoltre è stato realizzato un catalogo dei servizi, nel quale le persone con demenza e i loro *caregiver* possono facilmente trovare, in un unico "contenitore", tutti i servizi per gli anziani presenti nel Biellese. Oltre a prestazioni di servizi il progetto prevede, eventualmente, un possibile sostegno economico (Budget di Salute). Le persone inserite nel progetto saranno affiancate da un'équipe di professionisti che avranno il compito di valutare il bisogno e orientare rispetto agli specifici interventi da mettere in atto.

Il progetto *AccompagnaMenti* è il risultato di un proficuo lavoro di coprogettazione a cui hanno preso parte diversi soggetti pubblici territoriali preposti alla gestione delle politiche socio-sanitarie e soggetti del privato sociale, quali associazioni, fondazioni e imprese sociali dedite all'assistenza degli anziani. Il progetto è stato preceduto da un lavoro di co-programmazione, in cui sono stati individuati gli obiettivi di intervento e le principali azioni che hanno portato a definire un'idea progettuale che rispondesse alle finalità delineate. A seguire è stato implementato il percorso di coprogettazione in cui, non solo sono state individuate le singole azioni di intervento collegate agli obiettivi specifici da raggiungere, ma è anche stato costruito un sistema integrato a partire dalla condivisione delle risorse economiche e umane. È previsto per tutta la durata del progetto un lavoro di tutoraggio metodologico e valutativo affinché i risultati e le buone prassi possano produrre un valore anche dopo la fine del biennio. In linea con gli obiettivi proposti, il progetto sta sperimentando un modello collaborativo favorendo il processo di consapevolezza e apprendimento coinvolgendo l'intera comunità biellese.

Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

Il progetto nasce in attuazione dell'omonimo progetto promosso dalla Regione Piemonte approvato dal "Piano triennale per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze anni 2021-2023", che ha previsto il finanziamento di progettualità in questo tipo di ambito sanitario attraverso il coinvolgimento i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) aziendali, istituiti ai sensi della DGR 28-6423 del 26/01/2018. Gli obiettivi di tale sperimentazione riguardano: a) la strutturazione, standardizzazione e programmazione di programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale non farmacologica; b) l'inclusione sociale degli utenti affetti da demenza e sostegno ai loro *caregiver*; c) omogeneizzare e allargare la proposta a tutto il territorio regionale.

Nel dettaglio si prevedono quattro azioni progettuali: 1) trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva, il cui obiettivo è il recupero/stabilizzazione del deficit cognitivo, sviluppo di strategie compensatorie per il mantenimento dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana; 2) gruppi di supporto psicologico per migliorare le capacità adattive all'ambiente e alla malattia al fine di favorire l'accettazione della propria realtà attuale, con conseguente netto miglioramento del tono dell'umore, aumento dell'autostima e delle competenze sociali e con un

incremento di alcune funzioni neuropsicologiche, quali memoria ed attenzione; 3) attività motoria al fine di allenare una maggiore coordinazione motoria e della prassia, di controllo del proprio corpo nello spazio, di mantenimento dell'equilibrio, di contenimento dell'ansia e della depressione, di contrasto alla sindrome da immobilizzazione e alla sedentarietà, di mantenimento delle ADL e dell'autonomia funzionale con effetto secondario sulle funzioni cognitive, esecutive e sul benessere psicologico; 4) trattamenti psico-educazionali e psico-sociali rivolti al caregiver, il cui obiettivo è quello di prevenire o migliorare il *caregiver burden* e di conseguenza ritardare/evitare l'istituzionalizzazione del paziente con demenza.

Per vincoli progettuali la rete è composta da soli due attori: l'ASLBI e l'associazione AMA-Biella, il cui coinvolgimento con i servizi sanitari e socio-assistenziali locali è consolidato da tempo, in particolare nella gestione del Centro Diagnosi e Cura Demenze (CDCD) e nell'impegno di produzione di interventi sul tema diffusi e implementati sul territorio biellese.

Condominio solidale

Il progetto Condominio Solidale, giunto alla sua seconda edizione, è una sperimentazione di coabitazione per anziani a rischio di solitudine, finalizzato a rappresentare una soluzione non generica al bisogno di "casa" degli anziani e al tempo stesso essere uno strumento in grado di ritardare o evitare il ricovero in residenze protette. Il progetto è riservato ad anziani in condizione di fragilità sociale che necessitano di maggiore tutela e protezione, in particolare verso quei casi in cui la rete familiare è assente o debole, non potendo garantire, così, una cura costante e attiva.

La struttura in questione è una palazzina di proprietà del Comune di Biella sita in Piazza Molise 1, circondata da un giardino, il cui accesso è costituito da una rampa pavimentata accessibile alle persone con disabilità. La struttura ha le caratteristiche di un complesso abitativo ordinario organizzato su 3 piani. Gli appartamenti sono così distribuiti: su ogni piano vi sono 3 mini alloggi per persone singole e 2 per due persone con una metratura max. di mq. 40,60. Tutti si affacciano su un ampio corridoio interno e ognuno è dotato di un terrazzo fruibile. L'ascensore, che raggiunge anche il seminterrato, è predisposto per il trasporto di disabili anche barellati. Nel seminterrato si trovano, oltre alle cantine in dotazione dei condomini, un vasto locale polifunzionale, un locale più piccolo con annesso servizio ed alcune attrezzature di tipo ambulatoriale (lettino, armadio, ecc.) ed un piccolo spazio adibito a lavanderia comune. Oltre al progetto di coabitazione la sperimentazione prevede un paniere di servizi che riguardano diversi ambiti, quali: assistenza leggera (cura della persona, cura dell'ambiente domestico, accompagnamento, disbrigo pratiche); attività motorie (fisioterapia, ginnastica dolce, verifica rispetto ai piani terapeutici, ecc.); attività aggregative (animazione e momenti di socializzazione); offerta di servizi (lavanderia, parrucchiere/barbiere, estetista, ecc.).

Il progetto Condominio Solidale vede come capofila il Comune di Biella, il quale ha indetto attraverso un'istruttoria di coprogettazione il coinvolgimento della Cooperativa Sociale Maria Cecilia, il cui ruolo è quello di garantire in generale un miglioramento della qualità della vita degli anziani residenti attraverso la costruzione e la cura di buone relazioni e il supporto nella gestione dell'esperienza (dagli aspetti più pratici di manutenzione alla supervisione dell'ambiente). Gli operatori del progetto, inoltre, dovranno relazionare periodicamente con gli operatori dell'Area Anziani del comune di Biella, titolari del singolo caso, al fine di favorire l'inserimento degli ospiti e il monitoraggio del progetto individualizzato di sostegno, che di norma viene redatto dopo una conoscenza approfondita di tutti gli aspetti relativi al singolo caso.

Tessere la Salute

Il progetto rappresenta la sperimentazione (di durata triennale) di un modello di integrazione sociosanitaria che si propone di implementare una nuova struttura, denominata PReSS (Punto di Rete Socio-Sanitaria) caratterizzata dalla presenza più figure strategiche il cui compito è quello di: favorire l'accesso e la presa in carico dei soggetti cronici e/o fragili; creare dei servizi di prossimità a favore dei cittadini; rompere la dicotomia esistente tra ospedale (luogo di specializzazione e di settorialità) e territorio; superare la separazione tra sanitario e sociale; decongestionare l'ospedale; attivare dei percorsi di prevenzione mirati al contesto socioculturale del territorio di riferimento; sperimentare nuovi modelli di sostegno. Al momento il progetto sta attivando tali strutture in alcune specifiche aree territoriali del Biellese: Comune di Ronco Biellese, Occhieppo Inferiore, Valdilana.

La sperimentazione prevede due fasi di attuazione: la prima riguarda l'organizzazione e gestione della struttura, attraverso una figura amministrativa, la cui funzione è proprio quella di esplorazione dei bisogni del territorio e raccordo sia con gli operatori sociosanitari sia con gli enti già presenti e operanti nei territori interessati. La seconda concerne l'inserimento di un educatore di comunità, il cui compito è quello di "tessere" sinergie e connessioni con la comunità locale al fine di favorire il benessere della collettività. A queste figure saranno affiancate le associazioni di volontariato presenti sul territorio di riferimento. L'intento è quello di costituire un'équipe multidisciplinare in grado di gestire le strutture, consolidare e mantenere una rete territoriale di cura e, infine, facilitare risposte di assistenza alla popolazione, con la finalità di strutturare un servizio che nasca direttamente dalle esigenze espresse dal territorio di riferimento.

Great Old Biella

Il progetto "Great Old Biella", proposto da un gruppo di ricercatori e ricercatrici del Dipartimento di Culture, Politica e Società e Scienze Economiche e Sociali e Matematico Statistiche dell'Università di Torino, finanziato dalla Fondazione Compagnia di San Paolo e in collaborazione con la Fondazione Cassa di Risparmio, si concentra sull'invecchiamento attivo - inteso come processo di ottimizzazione delle opportunità di partecipazione, salute e sicurezza delle persone e il riconoscimento delle competenze, delle esperienze e delle aspirazioni degli over 65. Gli obiettivi progettuali riguardano in particolare: a) la valorizzazione del sapere accademico rispetto ai processi di invecchiamento attivo, ai sistemi di cura in un'ottica di integrazione, allo sviluppo di competenze professionali di chi è coinvolto in percorsi di continuità assistenziale, al contrasto delle disuguaglianze; b) la realizzazione di una ricerca partecipata, attraverso non solo il coinvolgimento degli stakeholder locali pubblici, privati e del terzo settore ma anche della cittadinanza al fine di comprendere il contesto, i bisogni e le risorse (attive e potenzialmente attivabili) del territorio e coprogettare soluzioni e risposte integrate; c) l'implementazione di una sperimentazione innovativa di supporto all'invecchiamento che possa sviluppare opportunità di crescita economica e occupazionale in settori molto diversi, dal turismo alle tecnologie assistive, dalle attività culturali all'assistenza socio-sanitaria.

Da queste premesse, il progetto sta avviando l'analisi dei bisogni della popolazione biellese, attraverso interviste telefoniche a stakeholder e incontri sul territorio che coinvolgano cittadine/i di tutte le generazioni e la società civile organizzata. L'obiettivo, infatti, è proprio quello di non proporre al territorio un modello preconstituito, ma di co-costruire l'idea progettuale traducendo la teoria in pratica e individuando risposte il più possibile coerenti e adeguate con le necessità espresse dalla popolazione anziana biellese.

Come si evince dalla Tabella 3, i percorsi di innovazione all'interno del territorio biellese si muovono principalmente verso due filoni. Il primo è quello del decadimento cognitivo che - come già visto nel paragrafo 2.6 - sta diventando centrale rispetto al tema dell'invecchiamento. Il secondo filone, invece, riguarda la coabitazione di anziani fragili. Tutte le quattro progettualità si rivelano calzanti rispetto alle policy europee, ossia adottano logiche preventive o proattive piuttosto che riparative o reattive. Gli obiettivi delle quattro sperimentazioni, seppur in aree d'intervento diverse, sono pressochè identici: in primo luogo favorire l'autonomia dell'anziano al proprio domicilio, riducendo il rischio di istituzionalizzazione; in secondo luogo, favorire un invecchiamento inclusivo che migliora la qualità della vita dell'anziano fragile o non autosufficiente e del suo *caregiver*; infine, la costruzione di luoghi in cui poter sperimentare azioni innovative rispetto al tema dell'integrazione socio sanitaria, individuata, sempre di più, come concreta risposta al bisogno di cura.

Tabella 3. Percorsi di innovazione sociale nell'ambito dell'invecchiamento in Provincia di Biella attualmente attivi (anno 2023)

Denominazione del progetto	Azioni innovative	Enti coinvolti
AccompagnaMenti	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Innovazione nei servizi a domicilio per anziani affetti da demenza ◆ Sostegno ai caregiver ◆ Miglioramento dei servizi socio-sanitari esistenti ◆ Rete di cura specializzata nell'assistenza domiciliare territoriale 	Fondazione Cassa di Risparmio Biella (ente finanziatore) Fondazione Emanuela Zancan (ente valutatore) Ama-Biella (capofila) AslBi Consorzio Iris Consorzio Cissabo Anteo Fondazione Cerino Zegna Maria Cecilia SCS Fondazione Infermeria San Carlo Opera Assistenza Santissima Immacolata A Ruota Libera SCS Gruppo Volontariato Vincenziano San Giuseppe OdV Ass. Anzitutto APB Amici Parkinsoniani Biellesi Ass. A.L.I.Ce Biella Ordini provinciali dei Medici e degli Infermieri Provincia di Biella Comune di Biella
Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Innovazione nella programmazione sanitaria ◆ Sostegno ai caregiver 	AslBi (capofila) Ama-Biella
Condominio Solidale	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Innovazione nei servizi a sostegno della domiciliarità 	Comune di Biella (capofila) Maria Cecilia SCS

Denominazione del progetto	Azioni innovative	Enti coinvolti
Tessere la Salute	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Innovazione nei servizi di integrazione sociosanitaria ◆ Rete di cura territoriale 	AslBi Consorzio Iris Consorzio Cissabo Altri soggetti pubblici e privati del territorio con cui è in corso la sottoscrizione di appositi accordi di collaborazione
Great Old Biella	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Innovazione della proposta di invecchiamento attivo ◆ Integrazione di servizi ◆ Innovazione di processo attraverso il coinvolgimento della cittadinanza organizzata e non 	UniTo Compagnia di San Paolo (ente finanziatore) Fondazione Cassa di Risparmio Biella

Fonte: elaborazione da parte delle autrici.

CAPITOLO 4

Assistenza continuativa: dai bisogni alle prospettive future

Quest'ultima sezione propone l'illustrazione delle riflessioni, intorno al tema degli anziani fragili e non autosufficienti nel territorio biellese, emerse dal focus group e dalle 14 interviste condotte con gli stakeholder di riferimento. Il materiale empirico è stato analizzato attraverso l'analisi SWOT, strumento che ha consentito di individuare, in una prospettiva processuale, i punti di forza, le criticità, le sfide e le opportunità. L'intento è stato quello di riordinare i vari aspetti emersi intorno a nuclei tematici e, infine, mettere in evidenza sia gli elementi che dal discorso pubblico sono risultati come migliorabili, sia gli elementi che possono rappresentare una eventuale leva rispetto a prospettive future di lavoro.

4.1 I bisogni di cura: quali sono le urgenze territoriali?

Dalle interviste e in particolare dal focus group sono state sollevate alcune questioni avvertite come urgenti rispetto al tema dei bisogni; alcune di esse anche come esplicita conseguenza dell'emergenza sanitaria. Si precisa che non è stata svolta un'analisi dei bisogni con la popolazione anziana della provincia ma che le evidenze, qui di seguito riportate, sono le rappresentazioni fornite dagli attori locali della rete impegnati nel settore dell'assistenza.

Un sistema informativo chiaro. I soggetti della rete, impiegati a vario titolo nel settore della cura, riportano unanimemente la questione informativa come primo bisogno percepito dalla cittadinanza. Non si tratta della creazione di luoghi, ma piuttosto di un sistema informativo chiaro, in grado di decodificare il bisogno inespresso e orientare l'utenza rispetto all'offerta dei servizi locali ma anche quelli regionali e nazionali, ad esempio come il libretto di famiglia, l'indennità di accompagnamento, la nuova misura Scelta Sociale, ecc. Benché sul territorio sono presenti sportelli unici e punti informativi per le famiglie - generalmente dotati di competenze specifiche rispetto a una particolare area di cura, come ad esempio gli sportelli per l'assistenza familiare - viene riportata l'esigenza di una maggiore connessione in grado di restituire una risposta organica e meno frammentata:

«Le famiglie chiedono informazioni chiare. Non riusciamo a dare delle informazioni esatte e precise sulle risposte che anziani e famiglie possono avere dalla Regione, dall'ASL, dal territorio. Ad esempio il libretto di famiglia, non tutti sanno di cosa si tratta! È necessario orientare, informare e farsi "prossimi" al nucleo familiare dell'anziano fragile» (Stakeholder, Focus Group).

Assistenza familiare: è calata l'offerta di lavoro. Anche in questo caso il Covid-19 ha accentuato una tendenza che era già in evidenza, ossia un forte aggravamento delle condizioni di salute per gli anziani fragili e non autosufficienti, la cui gestione si presenta piuttosto articolata. Su 10 richieste di cura almeno 8 giungono da anziani con patologie di salute gravi, per le quali è previsto non solo il possesso di competenze specifiche di assistenza ma un impegno full time e spesso in regime di convivenza. A fronte di questo scenario, come già esplorato (cfr. 2.4), l'offerta di lavoro si è notevolmente ridotta invertendo fortemente il rapporto di domanda/offerta: meno assistenti familiari rispetto alla richiesta di assistenza da parte delle famiglie:

«Le famiglie cercano disperatamente assistenti familiari soprattutto quelle che sono in una situazione emergenziale ma anche quando si trova la badante... Non è facile, c'è la diffi-

coltà di trovare personale qualificato rispetto alle richieste» (Stakeholder, Focus Group).

Conformità territoriale e isolamento anziani. La conformazione geografica del territorio prevalentemente montuoso pone l'accento su almeno due questioni: l'isolamento fisico delle persone anziane che si ritrovano facilmente in una condizione di limitazione dell'autonomia presso il proprio domicilio e il tema dei trasporti per connettere tali zone con i servizi sanitari e di prossimità. Durante la pandemia si è riusciti ad ovviare temporaneamente a queste difficoltà attraverso l'attivazione di svariati interventi di telesoccorso e pasti a domicilio, favoriti soprattutto da un prezzo calmierato messo a disposizione dai soggetti privati titolari del servizio. Tuttavia, confrontando l'attuale numero di anziani beneficiari di tali misure (cfr. 2.1.3) non si può definire tali interventi - in questa attuale forma e proposta - come risolutivi:

«Noi abbiamo la questione dell'isolamento. La nostra realtà [territoriale] è abbastanza frammentata da un punto di vista geografico. Ci sono delle zone montane in cui è difficile muoversi, c'è anche un problema di trasporti verso i servizi sanitari e servizi in generale» (Stakeholder, Focus Group).

Attività di socializzazione. È ormai noto come la condizione di isolamento sociale contribuisca a un possibile peggioramento dello stato di fragilità. Tale situazione, spesso sperimentata a causa dei cambiamenti che hanno investito sia la struttura familiare (contrazione delle famiglie numerose) sia i modelli familiari (diffusione di famiglie monocomponenti), è stata acuita ed esacerbata dalla pandemia, aumentando così il fenomeno della povertà relazionale. Rispetto a questo tema, è stato riportato impellente il bisogno di socializzazione, pertanto la possibilità di avere più occasioni d'incontro e spazi aggregativi che possano tradursi non solo in luoghi ludici, ma anche di promozione della salute e prevenzione della malattie. D'altronde la socializzazione è uno degli elementi centrali delle politiche di *active ageing* ma non solo. Le esperienze come quelle promosse da AMA-Biella e dagli Amici Parkinsoniani Biella (cfr. par. 2.6) testimoniano come la socialità, il gruppo e i momenti aggregativi siano imprescindibili anche per quei pazienti anziani che si trovano in una condizione di non autosufficienza. Adirittura, in alcuni di questi casi, durante il periodo pandemico, al fine di contrastare la solitudine, si è implementato un virtuoso sistema di digitalizzazione attraverso la distribuzione di tablet, mediante i quali gli anziani - affiancati dai familiari o da operatori specializzati - hanno avuto la possibilità di proseguire le loro relazioni:

«Le persone cercano occasioni di socializzazione, fare attività fisica e sempre più spesso attività di prevenzione della demenza e del decadimento cognitivo» (Stakeholder, Focus Group).

4.2 Punti di forza e criticità del contesto di cura biellese

I punti di forza e criticità del contesto di cura biellese sono stati approfonditi sia nelle interviste sia nel focus group. Dall'analisi del materiale sono emersi diversi aspetti interessanti che, non solo restituiscono lo spaccato attuale del sistema di assistenza continuativa agli anziani fragili e non autosufficienti sul territorio, ma contribuiscono a consolidare le tendenze evidenziate dall'analisi quantitativa. In relazione ai **punti di forza** si evidenziano tre elementi considerati come aspetti funzionanti del contesto di cura biellese: una rete territoriale della cura riconosciuta e consolidata; una rilevante sensibilizzazione sul tema delle malattie neurodegenerative e proposte in merito; una dimostrata capacità di migliorare i servizi tradizionali.

Rete territoriale della cura riconosciuta e consolidata. Da diversi anni nel territorio biellese si è costituita una rete della cura intorno ai temi della fragilità e della non autosufficienza composta da più soggetti di natura pubblico-privata. Sono varie le sperimentazioni implementate, alcune di queste consolidate da tempo, grazie alla connessione delle risorse economiche, professionali e conoscitive messe in campo dagli attori locali. La rete non solo è riconosciuta dagli enti stessi ma è in grado di organizzarsi anche in modalità più articolate, come la coprogettazione, con l'intento di fornire una risposta composita al tema multidimensionale della cura. Il più recente progetto *AccompagnaMenti* è la dimostrazione di quanto appena illustrato. La sperimentazione non solo è riuscita a cogliere la sfida di una rete numerosa di soggetti, ma è stata in grado di sia di organizzarsi in termini di processo - istituendo diversi organi di governance - sia in termini di prodotto - implementando un catalogo di servizi che valorizzasse le specificità di ogni ente locale coinvolto:

«La rete c'è e si è già sperimentata in passato. Il progetto Assistenza Affidabile A Domicilio ad esempio ha messo insieme una rete composta di 13 diversi attori. Ci sono buone relazioni soprattutto con gli enti privati e ci sono enormi possibilità da sviluppare» (Stakeholder, Focus Group).

Sensibilizzazione e proposte rispetto il tema delle malattie neurodegenerative. Le malattie neurodegenerative che riguardano la sfera della salute mentale degli anziani rappresentano un tema prioritario nel dibattito sulla salute pubblica. Il territorio biellese è stato fra i primi a cogliere la rilevanza dell'argomento e a implementare diverse progettualità, sia per quanto concerne il morbo di Alzheimer e le demenze, sia per quanto riguarda il morbo di Parkinson. Da diversi anni, infatti, viene portata avanti - in collaborazione con il privato sociale - una proposta di sensibilizzazione e di servizi inerenti l'anziano affetto e suoi familiari caregiver. La chiave è proprio quella di trattare queste patologie in modo multidimensionale e pertanto inglobare all'interno dei percorsi le famiglie che sostengono anziani sofferenti e, congiuntamente, connetterle alla rete territoriale. Sono varie le esperienze locali che possono confermarsi virtuose, tra queste si ricorda che il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze Biellese è stato segnalato come benchmark dalla Regione Piemonte rispetto all'assetto organizzativo, invitando le ASL della Regione ad adeguarsi al modello territoriale:

«Queste esperienze, magari più tarate sul decadimento cognitivo, ci danno la possibilità di indagare altre problematiche della terza età e spesso di ricomporre i servizi territoriali» (Stakeholder, Focus Group).

Capacità di migliorare i servizi tradizionali. La complessità del bisogno di assistenza richiede necessariamente una risposta integrata al fine di fornire percorsi di cura piuttosto che singoli servizi. Tuttavia sono diversi i limiti di rinnovamento che questo ambito riscontra, non per ultimo una forte frammentazione a livello normativo e di conseguenza amministrativo. Nonostante tali premesse, alcuni soggetti della rete sia pubblici sia del privato sociale sono stati in grado di aprire delle riflessioni e da queste implementare progettualità proprio volte a migliorare i servizi tradizionali offerti. Non si tratta di stravolgimenti, ma la messa a punto di nuovi modelli con la finalità di costruire un sistema delle cure. In questa direzione si cita il sistema di monitoraggio, connesso sia all'integrazione delle rette residenziali sia all'erogazione degli assegni di cura, sperimentato dal Consorzio Iris; l'obiettivo è proprio quello di uscire dalla logica della mera contribuzione, bensì di fornire ai beneficiari un accompagnamento rispetto alle specifiche esigenze di cura. Allo stesso modo, anche la progettualità "Dal Filo alla Rete" rappresenta un virtuosismo in questa direzione: attraverso un percorso di accompagnamento rivolto sia alle famiglie sia alle assistenti familiari si è tentato di creare una progettualità volta a integrare più servizi che vanno dal reperimento

delle informazioni fino al tutoraggio della relazione di cura per tutta la durata del contratto di lavoro:

«Noi siamo partiti dalla riflessione che se ci comportassimo esclusivamente come un ente di erogazione economica ci chiameremmo Inps. Se noi trattiamo misure sociali economiche è d'obbligo affiancare i servizi alla persona» (Stakeholder, Intervista).

In riferimento alle **criticità** dall'analisi si mettono in luce diversi aspetti considerati come punti di debolezza dell'attuale sistema di cura biellese. Alcuni di questi sono stati già segnalati e illustrati come bisogni. In questa sezione vengono esplorati dal punto di vista proprio degli attori locali coinvolti nell'analisi qualitativa e sono sintetizzabili nei seguenti tre punti: debole integrazione tra gli enti pubblici; informazione scarsa e frammentata; flebile collaborazione tra gli enti dedicati al settore dell'assistenza familiare.

Debole integrazione tra gli enti pubblici. Dall'analisi del materiale empirico è emersa, a più riprese, una scarsa sinergia tra gli enti pubblici territoriali impiegati nell'erogazione dei servizi di cura. Risulta, difatti, un carente rapporto dialogico tra le parti, il quale si riflette in uno scarso lavoro di integrazione tra i servizi. Ciascun ente è, comprensibilmente, impegnato rispetto al proprio mandato, prevedendo pochi, perlopiù informali, momenti di scambio e confronto. Si mette in luce, e questo emerge anche dalle interviste, come tale scenario sia conseguenza di almeno due fattori connessi uno al contesto locale, l'altro al contesto nazionale. Nel primo caso, si percepisce come elemento significativo la scelta di una suddivisione territoriale dei servizi, in base alla zona orientale e alla zona occidentale della Provincia. Tale ripartizione ha visto una differente strutturazione e organizzazione dell'offerta istituzionale - se non per il contenuto quantomeno rispetto alle strategie e alle impostazioni di lavoro - con il rischio di generare differenze territoriali ma soprattutto con la possibilità di diminuire le occasioni di sinergia lavorativa tra le parti. In secondo luogo, è necessario precisare che realizzare interventi e servizi in una logica di integrazione sociosanitaria non è immediato. L'integrazione sociosanitaria è una questione annosa, non priva di vischiosità e complessità ancora aperte nei dibattiti politici regionali e nazionali. Non è una pretesa di questo rapporto entrare in un discussione così articolata, tuttavia in linea con le criticità emerse, si osserva come questo argomento rappresenti un tassello imprescindibile nell'implementazione di un "sistema delle cure" (Motta 2015) che tenga conto della multidimensionalità dell'assistenza di anziani fragili e non autosufficienti:

«Il dialogo tra gli enti non è troppo buono, soprattutto sulla programmazione dei servizi. Una scarsa strutturazione spinge la cittadinanza sul privato. [...] C'è da riconoscere un elemento di complessità: avere spinte politiche diverse, risorse economiche diverse... Non sempre è favorito il lavoro di integrazione» (Stakeholder, Focus Group).

Informazione scarsa e frammentata. Il tema dell'informazione si ripresenta in questa sezione come elemento di criticità. È parere unanime tra i diversi attori della rete quello di possedere uno scarso sistema informativo che non solo si riversa nel reperimento delle informazioni ma anche sulla possibilità di orientare le famiglie rispetto al ventaglio di servizi e, pertanto, evitare possibili peregrinazioni. Dall'analisi qualitativa emerge come l'informazione sia fortemente frammentata tra gli enti e poco capillare rispetto alla cittadinanza. Persino la promozione degli Sportelli Unici è percepita come inadeguatamente sostenuta dal lato comunicativo, facendo sì che di fronte al bisogno di cura, soprattutto nei casi di necessità urgente ed emergenziale di assistenza, le famiglie ricorrono ad altre soluzioni, in particolare quelle proposte dagli enti privati. La stessa riflessione è stata posta sull'UVG: non tutte le famiglie sono edotte su cosa sia una valutazione geriatrica, ma soprattutto non sono a conoscenza di tutte le opportunità a cui è possibile accedere intraprendendo questo percorso. Secondo gli stakeholder una possibile concausa di questo scenario, in particolare sul versante della

frammentazione, è la duplicazione di diversi servizi e spazi informativi all'interno della Provincia rendendo spesso confondente per la cittadinanza capire l'offerta dedicata al proprio territorio di appartenenza:

«C'è una carenza di informazioni anche sull'esistenza dei punti unici di accesso che dovrebbero fornire le informazioni. Questa scarsità rimanda subito al privato. Dobbiamo mettere a sistema tutte le informazioni che abbiamo, per far sì che non siano disperse tra gli enti» (Stakeholder, Focus Group).

Relazione flebile tra gli enti dedicati al settore dell'assistenza familiare. Relativamente all'ambito dell'assistenza familiare, il territorio di Biella ha implementato un virtuoso percorso di presa in carico; tuttavia si riscontra che gli enti che compongono questa filiera sono decisamente concentrati sull'erogazione del proprio specifico servizio rispetto alla sperimentazione di un modello collaborativo. Anche in questo caso, i rapporti tra i soggetti di questo settore sono del tutto informali e, di conseguenza, lontani nell'implementare un sistema condiviso. La difficoltà che si genera per l'utenza è quella di accedere a un percorso costituito da diversi tasselli slegati, aumentando l'onerosità che ruota intorno all'accesso ai servizi di assistenza. Senza un significativo coordinamento, si incorre il rischio di incappare in quello che viene definito "effetto centrifugo" (Pasquinelli e Rusmini 2013), ossia la fuoriuscita dei destinatari da percorsi di emersione, qualificazione e regolazione del lavoro di cura. In relazione a quanto appena illustrato vi è la questione del database delle assistenti familiari. Fino al 2019 il Centro per l'Impiego di Biella ha mantenuto funzionante una banca dati condivisa con gli operatori del progetto "Dal Filo alla Rete", i quali erano stati identificati come soggetti autorizzati all'inserimento e all'aggiornamento dei dati. Tuttavia con il passaggio dei Centri per l'Impiego all'istituzione di Agenzia Piemonte Lavoro, il database ha cessato di funzionare. Nonostante le intenzioni siano quelle di rinnovare l'attivazione, per il momento lo strumento non è ancora stato predisposto. Ciò non solo limita un aggiornamento costante dei dati, ma inficia la sua potenzialità di strumento condiviso con altri soggetti della rete, con cui avviare eventuali confronti rispetto all'andamento di questo ambito professionale sul territorio.

4.3 Opportunità e sfide del contesto di cura biellese

In linea con l'analisi SWOT, questa sezione traccia gli elementi che sono emersi dai dati qualitativi come opportunità e sfide rispetto al tema degli anziani fragili e non autosufficienti sul territorio. Rispetto alle opportunità del contesto biellese, si evidenzia in particolare la prosperità di sperimentazioni innovative. In questi anni sono state molte le progettualità sul tema dell'invecchiamento. Biella rappresenta una delle province più anziane d'Italia: ciò non solo rende attenta la realtà locale ma rappresenta un elemento funzionale rispetto alla possibilità di attrazione di risorse economiche volte al sostegno delle iniziative territoriali. Dall'analisi del materiale empirico, risulta che la rete riconosce positivamente la flessibilità con cui, in questi anni, a geometrie variabili, gli enti pubblici e privati si siano organizzati con l'obiettivo di implementare esperienze innovative su diversi e circoscritti segmenti connessi alla cura di anziani fragili e non autosufficienti (ad esempio il progetto Assistenza Anziani A Domicilio, sull'assistenza familiare). Congiuntamente si riscontra una certa consapevolezza in riferimento a due questioni. La prima concerne la sostenibilità dei progetti fortemente connessa al tema annoso della discontinuità e contrazione delle risorse, dalle quali dipende la possibilità di garantire la stabilità degli interventi. La seconda è inerente la sentita spinta, da parte della rete stessa, di implementare progettualità innovative anche rispetto ai servizi di cura più tradizionali, al fine di provare a sperimentare, o semplicemente rinnovare, nuovi modelli di assistenza (cfr. par. 4.4.):

«Il progetto A.A.A.Domicilio è stato innovativo ma come altri si è concluso causa esaurimento fondi. Facciamo fatica a darne continuità [in riferimento ai percorsi innovativi], con il rischio che gli interventi non si strutturino mai. Siamo “progettifici” e poco strutturali. Il progetto rischia di diventare una delle tante iniziative che funziona per un aspetto ma coinvolge poche persone. Bisogna provare a essere più concreti e costruire percorsi sulla domiciliarità, sulla residenzialità con in mezzo diversi servizi. I progetti si sono innovati ma non così tanto da creare nuovi modelli assistenziali» (Stakeholder, Focus Group).

Discorso diverso dalle dimensioni fino a qui analizzate viene fatto per le sfide. Dall'analisi delle interviste e dai focus group, difatti, si coglie che le principali sfide nel settore della cura di anziani fragili e non autosufficienti non riguardano tanto le specificità del territorio bensì la difficoltà dei contesti locali di programmare un “sistema delle cure” a fronte del complesso e frammentato scenario che governa questo settore a livello nazionale e regionale. A riguardo, si sintetizzano, qui di seguito, le principali riflessioni. In primo luogo vi è la mancanza di una governance coordinata dei servizi, in grado di dettare disposizioni rispetto al tema dell'integrazione di policy e risorse. Tale assenza, chiaramente, si ripercuote a livello regionale, in cui la configurazione dei servizi è prevalentemente di tipo monetario e prestazionale, e a livello locale, in cui vige una forte difficoltà nel coordinare il paniere variegato di servizi formali e informali che spesso rischiano di sovrapporsi. In secondo luogo, sono ancora molte le limitazioni che caratterizzano l'offerta di cura tradizionale, la quale è prevalentemente composta da servizi alla persona basati prettamente su un modello organizzativo prestazionale, in cui domina la logica del *cure*, ossia la risposta a singole patologie anziché la logica del *care*, fondata su uno sguardo complessivo della condizione della persona e dei suoi molteplici fattori di fragilità (Gori e Trabucchi 2021). Infine vi è il tema delle residenzialità. La pandemia ha messo in luce le inadeguatezze dell'attuale funzionamento dei servizi socio-sanitari per gli anziani in generale, tuttavia le residenze sono state investite da un'attenzione emblematica e particolarmente dirompente. Le strutture residenziali presentano la necessità non solo di modifiche strutturali ma di essere ripensate all'interno della cultura sanitaria (Gori 2021). Questo aspetto è emerso anche dagli enti coinvolti all'interno della ricerca, in particolare in riferimento al problema del personale. L'emergenza sanitaria ha visto una forte emigrazione delle figure professionali verso gli ospedali producendo un depauperamento delle professionalità all'interno delle strutture residenziali. Ciò ha prodotto la perdita di competenze specifiche, di abilità apprese sul campo (come ad esempio la conoscenza dei protocolli delle residenze sanitarie assistenziali) e di garanzia rispetto a determinati standard di qualità:

«Lavoriamo su emergenze sanitarie. L'emorragia che ha causato il Covid-19 sul personale non ci permette di proseguire oltre rispetto alle attività ordinarie. Oltre al fatto che c'è una mole di lavoro più alta, l'utenza è sempre più anziana con una intensità sempre più grave» (Stakeholder, Intervista).

«In Italia la normativa è magmatica e non aiuta gli enti perché non ci sono le condizioni di dare continuità. Bisogna fare molta attenzione alla burocrazia con il rischio di incorrere in sanzioni. Il servizio pubblico continua a presidiare ma solo dal punto di vista amministrativo» (Stakeholder, Focus Group).

4.4 Aspetti migliorabili e prospettive future

Le ultime dimensioni indagate con l'analisi qualitativa hanno riguardato gli aspetti migliorabili e gli orientamenti principali - in termini sia di rete territoriale sia di progettualità - su cui aprire riflessioni nel prossimo futuro rispetto al tema degli anziani fragili e non autosufficienti all'interno del territorio biellese. Questa sezione propone una sintesi degli elementi emersi, aggregati intorno a tre temi su cui si è orientata la discussione: la rete locale di cura, i percorsi innovativi e coprogettati, il rinnovamento dei servizi ordinari di cura.

La rete territoriale di cura. A partire dagli elementi discussi, si individuano diverse leve per il futuro. Rispetto agli enti pubblici che compongono la rete di cura emerge la volontà di aprire un rapporto più dialogico tra gli attori istituzionali, in particolare tra i Consorzi, e prevedere la possibilità di incontri periodici, in un'ottica di condivisione delle buone prassi, costituzione di strategie di lavoro ma anche la possibilità di momenti di formazione del personale rispetto al tema. In passato la relazione e la programmazione degli enti era mediata dai Piani di Zona, ad oggi ormai in disuso su tutto il territorio piemontese. Pertanto è compito delle istituzioni ricostruire spazi di condivisione, aperti anche a soggetti extra-istituzionali e a tutta la cittadinanza. In riferimento agli attori privati e del privato sociale, la rete riconosce una fervida attività e una certa spinta propulsiva da parte del sistema locale circa nuove proposte che possano meglio rispondere alle esigenze di cura. Proprio in virtù di una certa numerosità di attori, si ritiene necessario, anche in questo caso, creare spazi di programmazione, allineare la *vision* rispetto alle complessità del problema sociale e costruire linguaggi comuni. In conclusione, a più voci è emersa l'esigenza di implementare (per alcuni ripristinare) un tavolo della cura, in cui la rete abbia la possibilità di riconoscersi, incontrarsi, coordinarsi rispetto alle azioni e condividere intenti progettuali comuni:

«Varrebbe la pena rispolverare un vecchio accordo nel Biellese che era un tavolo anziani. Il territorio è attivo ma molto incentrato sulle azioni e poco sulla riflessione. Bisogna coordinarsi di più tra gli enti che si occupano di anziani. Una volta esisteva il Piano di zona ora non c'è più. Io penso che sia necessario ritrovare un luogo in cui costruire delle progettualità condivise. Ad esempio, coinvolgendo altri attori. [...] Questo [riferito all'invecchiamento] è un problema che riguarda l'intera comunità: in questo senso dovremmo allargare il coinvolgimento» (Stakeholder, Focus Group).

Percorsi innovativi e coprogettati. Com'è emerso sia nei punti di forza sia nelle opportunità, la rete riconosce la propria capacità di coprogettare progettualità innovative. Per il momento la rete è stata in grado di utilizzare questo strumento maturando un certo successo, non solo rispetto ai risultati ottenuti ma anche in termini di processo. Secondo gli stakeholder l'elemento chiave è la co-responsabilizzazione, stare all'interno di processi partecipati favorisce una partecipazione consapevole, in grado di restituire al territorio soluzioni innovative e del tutto inedite.

Il progetto Apertamente, così come il progetto A.A.A.Domicilio e il progetto AccompanaMenti sono le più recenti esperienze di coprogettazione sul Biellese. La rete, quindi, ha avuto modo di sperimentarsi in questa direzione, attraverso l'utilizzo della coprogrammazione, la costituzione di tavoli di lavoro aperti a una più ampia platea di cittadini e la messa a punto di un modello di lavoro, con la possibilità che tali buone prassi possano essere considerate capitale conoscitivo da poter impiegare in una logica di replicabilità in altri contesti e su altre sperimentazioni:

«Condivisione e co-progettazione sono due elementi interessanti: l'abbiamo visto anche all'interno del percorso che abbiamo fatto in Apertamente. I servizi ci sono, una serie di attività anche, è necessario fare ordine. La coprogettazione è un buon metodo per stare in rete» (Stakeholder, intervista).

«Al momento l'esigenza è la co-programmazione come momento condiviso in cui si comunicano le opportunità e le risorse. Da qui possono poi scaturire co-progettazioni che coinvolgono una pluralità di attori. È necessario allargare il coinvolgimento a più soggetti per creare comunità, e questo è necessario soprattutto nei contesti più piccoli» (Stakeholder, Focus group).

Rinnovamento dei servizi ordinari di cura. È in atto, almeno rispetto al dibattito sollecitato dal focus group, una riflessione in merito al rinnovamento dei servizi ordinari di assistenza. La pandemia e i cambiamenti nell'ambito della cura hanno messo in evidenza come il sistema, così com'è stato concepito, abbia la necessità di essere ripensato. Il territorio biellese, come emerge da questo rapporto, ha già avviato qualche sperimentazione – per il momento non ancora strutturale – e risulta consapevole di tale esigenza, considerando tre nodi principali su cui orientare possibili azioni: a) la riduzione dei trasferimenti economici a fronte di una maggiore implementazione di servizi alla persona o budget di salute; b) il passaggio da una logica prestazionale dei servizi a una logica integrativa degli interventi; c) un maggiore investimento su servizi e politiche proattive a favore dell'invecchiamento attivo:

«Non si danno risorse economiche in tasca alle persone, non per mancanza di fiducia rispetto alla loro gestione, ma è necessario fornire un servizio equivalente. Cambiare questo approccio renderebbe le persone più consapevoli rispetto ai propri bisogni e darebbe anche la possibilità agli enti di dare una risposta a misura di persona, più appropriata» (Stakeholder, Intervista).

«Bisognerebbe istituire un budget di salute in cui si esce dalla singola prestazione ma si ragiona su un percorso di accompagnamento prevedendo una presa in carico condivisa tra parte sanitaria e parte sociale» (Stakeholder, Intervista).

CONCLUSIONI

Nel corso degli ultimi decenni il tema della cura di anziani fragili e non autosufficienti ha assunto un'importanza crescente, acquisendo la connotazione di "rischio sociale" (Ranci 2010), innanzi al quale i Paesi hanno attivato differenti strategie di fronteggiamento in termini di policy e di interventi. In Italia l'assistenza continuativa è segnata da uno sviluppo politico lento e disorganico e da un'offerta di interventi pubblici a lungo tempo invariata e limitata. In particolare i servizi sono fortemente incentrati sui trasferimenti monetari rispetto ai servizi alla persona, confermando un'implicita attribuzione di responsabilità di cura alle famiglie. Nell'ultimo decennio si sta assistendo a una nuova ondata di cambiamenti, in parte accelerata dall'emergenza pandemica che ha avuto un ruolo rilevante nell'ambito della non autosufficienza in età anziana, "fungendo da lente d'ingrandimento puntata sulla normalità" (Gori 2021, p. 53). Da queste premesse di contesto e in base alle evidenze emerse da questo lavoro di ricerca è possibile confermare come il sistema di assistenza vada ripensato. I servizi tradizionali, così come sono stati concepiti, non solo hanno necessità di un rinnovamento - ognuno rispetto alla proprie modalità di funzionamento, organizzazione e finalità - ma è d'obbligo cambiare la lente analitica. Si tratta - come già menzionato nell'Approfondimento - di transitare dalla logica della cura clinico-ospedaliera (*cure*) a una logica del prendersi cura (*care*). In sostanza passare da un approccio prestazionale, fondato su singola risposta per ogni singola patologia, a un approccio multidimensionale in cui la condizione di non autosufficienza viene valutata complessivamente, tenendo conto dei suoi molteplici fattori di fragilità, pertanto conducendo a risposte bene più ampie e articolate.

Ma come si realizza tale cambiamento sociale? Innanzitutto è utile sgombrare il campo da ogni possibile ricetta preconfezionata e poi, soprattutto, in virtù dell'enfaticizzazione sulla multidimensionalità appena citata, è necessario tenere in conto la complessità della portata di una simile transizione. Tuttavia è possibile ipotizzare tre livelli strategici di lavoro: nazionale con la riforma della non autosufficienza; regionale con l'integrazione socio-sanitaria; locale con la coprogettazione di percorsi innovativi.

Il primo livello riguarda la Legge 33/2023 sull'assistenza agli anziani non autosufficienti. La riforma, tanto attesa, è stata approvata lo scorso marzo e ha tempo entro gennaio 2024 per essere adottata dal Governo mediante Decreti legislativi. La riforma, come illustrato (cfr. par. 2.7) contiene diversi elementi di novità, non solo rispetto all'offerta dei servizi tradizionali, per i quali è previsto un ripensamento generale, ma anche in relazione alla costruzione di un sistema unitario attraverso una specifica governance nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, il cui compito è proprio quello di definire nuovi modelli d'intervento e coordinare l'offerta di risposte.

Il secondo livello, quello regionale, riguarda l'integrazione socio-sanitaria, ossia la necessità, in funzione della complessità dei bisogni di cura delle persone anziane fragili e non autosufficienti, di un maggiore coinvolgimento di più discipline, al fine di garantire un percorso organico piuttosto che imbattersi in una serie di "peregrinazioni" tra servizi frammentati e le connesse procedure d'accesso. In questo ambito l'integrazione tra il sociale e il sanitario è un tassello imprescindibile che può prendere forma attraverso alcune specifiche dimensioni: a) l'integrazione istituzionale che riguarda la promozione di un modello collaborativo tra le istituzioni che hanno competenza in materia sanitaria e sociale; b) l'integrazione gestionale che si esplicita nell'unificazione delle risorse e nel coordinamento dei processi; c) l'integrazione professionale che concerne il lavoro tecnico tra operatori sanitari e socioassistenziali (Bissolo e Fazzi 2005; Cappellato 2022).

Il terzo livello, quello locale, consiste nella coprogettazione di percorsi innovativi. A partire dall'ultimo decennio, a fronte degli scenari di crisi, la coprogettazione si è inserita all'interno del dibattito pubblico, dapprima europeo, come nuova modalità operativa e interorganizzativa, per contrastare

le criticità connesse sia all'aumento della cronicità e non autosufficienza sia alle limitazioni degli assetti tradizionali di risposta. Rispetto alle forme tipiche di rapporto pubblico e privato e allo strumento dei Piani di zona, la coprogettazione rappresenta una modalità di relazione che pone gli attori in una condizione di maggiore corresponsabilità, più precisamente *«una collaborazione maggiormente paritaria fra organizzazioni di diversa natura, fondata su relazioni reciproche nelle quali le risorse, le capacità e i rischi sono condivisi al fine di realizzare un progetto multidimensionale non altrimenti perseguibile»* (Boccaccin 2009, p. 37). Gli elementi innovativi che la coprogettazione riflette all'interno del welfare locale seguono due direttrici: da un lato, l'ampliamento della partecipazione a un pubblico più vasto, compresi i cittadini, al fine di confezionare delle progettualità condivise che tengano conto delle reali esigenze della popolazione; dall'altro lato, in virtù di questo allargamento delle maglie partecipative, la possibilità di implementare progettualità innovative - in termini di adeguatezza e flessibilità - rispetto all'offerta già esistente.

A che punto è il territorio biellese? L'analisi quantitativa e l'analisi qualitativa riportano un quadro tendenzialmente coerente: i dati numerici hanno suffragato le evidenze emerse dalle interviste e dal focus group, fornendo così una completa panoramica dello scenario attuale locale rispetto alla cura di anziani fragili e non autosufficienti. Si riporta, qui di seguito, una breve sintesi dei principali risultati che forniscono una prospettiva dello scenario attuale, in particolare rispetto ai servizi tradizionali di cura, al sistema informativo dell'offerta di assistenza all'interno del contesto biellese e infine alla rete territoriale⁽³⁵⁾.

In primo luogo, in riferimento ai servizi ordinari a sostegno della fragilità e della non autosufficienza si registra una crescita dell'utenza beneficiaria rispetto sia all'offerta domiciliare sia all'offerta residenziale. Tuttavia i dati hanno riportato un elemento interessante, ossia che il numero di anziani over 80 che fruiscono dei servizi è rimasto tendenzialmente invariato rispetto al 2021 mentre è il numero di anziani over 65 ad aumentare notevolmente. Precisando che l'età non è automaticamente connessa alla condizione di non autosufficienza, questo dato viene interpretato alla luce di due fattori. Il primo di carattere "esogeno" concerne le più recenti trasformazioni sanitarie che vedono un generale incremento delle situazioni di comorbidità in particolare legate a un aumento del decadimento cognitivo e a una situazione di fragilità acuita dall'emergenza pandemica che va a colpire anche le fasce di anziani più giovani. Il secondo di carattere "endogeno" è legato alla conformazione del territorio della Provincia di Biella che vede una prevalenza di zone montane che spingono più precocemente le famiglie e gli anziani alla ricerca di soluzioni di assistenza - non solo soluzioni tradizionali ma anche nuove forme di coabitazione solidale (cfr. cap. 3) - al fine di contrastare situazioni potenzialmente emergenziali. Tale peculiarità territoriale sollecita alcuni spunti di lavoro. Da una parte, una riflessione sul potenziamento di servizi di telesoccorso e teleassistenza che al momento presentano numeri ridotti ma che durante il periodo pandemico avevano registrato una considerevole richiesta, anche se favorita da un cifra calmierata messa a disposizione dall'ente gestore. In questa direzione anche la Commissione Europea si sta muovendo affinché la tecnologia avanzata possa maggiormente essere messa a disposizione per i servizi dedicati agli anziani. Dall'altra parte, tale conformazione geografica sta spronando la realizzazione di progettualità sul tema della coabitazione, le quali prevedono la costruzione di appartamenti ideati per persone anziane che oltre a convivere tra loro beneficiano di servizi di natura diversa prestati direttamente al nuovo domicilio. La propensione verso questo tipo di progettualità si riflette anche sul tema dell'assistenza familiare. A livello locale si registra una non banale inversione di tendenza tra la domanda e l'offerta di cura: anziani sempre più patologicamente gravi e bisognosi di cure 24/7

35. Si rimanda, tuttavia, alla lettura del quarto capitolo per un più completo approfondimento di questi aspetti e, congiuntamente, per una maggiore comprensione del contesto di cura biellese.

rispetto ad assistenti familiari sfornite di specifiche competenze sanitarie e con nuovi progetti professionali. Non si traggono conclusioni affrettate ma le progettualità inerenti il tema della coabitazione potrebbero rappresentare una soluzione anche rispetto a questo ambito, ottimizzando il numero di assistenti familiari all'interno di uno stesso luogo; una sorta di "badante di condominio" con le funzioni - oltre a quelle di assistenza - di presidio, monitoraggio e welfare leggero (Pasquini e Rusmini 2013).

In secondo luogo, un ulteriore elemento emerso in diverse sedi riguarda il sistema informativo dell'offerta locale. Tale aspetto - citato all'interno di questo studio sia come un bisogno riscontrato dalla popolazione biellese sia come una criticità riconosciuta dagli stessi addetti ai lavori - riguarda l'importanza di una corretta promozione degli Sportelli Unici non solo come spazi informativi rispetto alle singole necessità di cura, bensì come luoghi in grado di decodificare il bisogno, anche quello inespresso, e orientare la cittadinanza rispetto a tutta la gamma dei servizi a disposizione. In terzo luogo, una breve riflessione sulla rete territoriale di cura. Come evidenziato nel quarto capitolo, nel corso del tempo la Provincia di Biella ha avuto modo di costruire e consolidare una rete della cura intorno al tema degli anziani fragili e non autosufficienti e di sperimentarsi attivamente e frequentemente nella progettazione di interventi e servizi innovativi. Nella logica del *community building*, la rete territoriale diventa il nodo centrale rispetto alla promozione di politiche innovative e processi collettivi in grado di attivare la partecipazione di una pluralità di attori compresi i singoli cittadini portatori di uno specifico bisogno. Al riguardo, la rete smette di essere vista esclusivamente come il mezzo per il raggiungimento di un prodotto innovativo, bensì viene considerata anche come il fine stesso del processo innovativo. Tali forme interorganizzative vengono salutate come lo strumento di un potenziale cambiamento entro il quale si può tentare di realizzare una integrazione di interventi. Tuttavia le sfide inerenti la gestione di tali organi reticolari non sono banali: si tratta di transitare da un modello competitivo a un modello collaborativo e, allo stesso tempo, di cimentarsi nell'impegnativa opera di coordinamento tra soggetti non solo di natura giuridica diversa ma anche differenti per mandato, per cultura professionale e organizzativa, per la *vision* del problema sociale, per metodi e strategie di lavoro. Riguardo a ciò, proprio per la numerosità degli attori che appartengono al territorio biellese e per la complessità di questi processi multistakeholder, emerge la necessità di creare luoghi di scambio, confronto e riflessione rispetto al tema (eventualmente ripristinando tavoli di lavoro), al fine di favorire non solo la coprogettazione di sperimentazioni innovative ma anche una coprogrammazione condivisa di lavoro.

In questa direzione - proprio per rispondere alla complessità delle reti - diverse esperienze nazionali stanno ultimamente sperimentando il coinvolgimento di professionisti (facilitatori, *case manager*, ecc.) in grado di gestire le relazioni tra i soggetti, facilitare l'interazione, gestire le dinamiche di rete e orientare le risorse verso programmi, progetti e sperimentazioni che possano dirsi innovativi in termini sia di processo sia di risultati ottenuti a livello locale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ◆ Arlotti M., Sabatinelli S. (2020), Una nuova geografia della cittadinanza sociale? Lo sviluppo territoriale dei servizi sociali a vent'anni dalla legge quadro 328/00, in "Social Policies", 7(3), pp.357-374.
- ◆ Bartoli S., Ferro S., De Palma R. (2012), Le cure intermedie come soluzione per affrontare le malattie croniche: il programma Stoke Care, in "Italian Journal of Medicine", n.6, pp.139-143.
- ◆ Bissolo G., Fazzi L. (a cura di) (2005), Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi, Carocci editore, Roma.
- ◆ Boccacin L. (a cura di) (2009), Terzo settore e partnership sociali: buone pratiche di welfare sussidiario, Vita e pensiero, Milano.
- ◆ Cappellato V. (2022), Ripensare la non autosufficienza. Logiche di cura a confronto, Carocci editore, Roma.
- ◆ Chiatti C., Barbabella F., Lamura G., Gori C. (2011), La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati, in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- ◆ Cibinel E., Maino F., Manfreda F., 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.
- ◆ Costa G. (2011), Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme, in "La rivista delle politiche sociali", n.4.
- ◆ Da Roit B., Sabatinelli S. (2013), Nothing on the move or just going private? Understanding the freeze on child-and eldercare policies and the development of care markets in Italy, in "Social Politics", 20(3), pp.430-453.
- ◆ Eurostat (2021), Population structure and ageing, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- ◆ Fosti G., Notarnicola E., Longo F., Pirazzoli A. (2015), I Punti Unici di Accesso (PUA) nel settore socio-sanitario: una riflessione teorica e una proposta per la progettazione dei PUA, in "Mecosan: management ed economia sanitaria", FrancoAngeli, Milano.
- ◆ Fried L.P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J.D., Andersen G. (2004), Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care, in "Journal Gerontol A Biol Sci Med Sci", 59, pp.255-263.
- ◆ Giunco F., Gori C., Guerrini G., Tidoli R. (2011), Uno sguardo d'insieme, in C. Gori (a cura di), Come cambia il welfare lombardo, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- ◆ Gobbens R.J., Luijckx K.G., Wijnen-Sponselee M.T., Schols J.M. (2010), In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts, in "Journal of the American Medical Directors Association", 11(5), pp.338-343.
- ◆ Gori C., Ghetti V., Rusmini G., Tidoli R. (2014), Il welfare sociale in Italia, realtà e prospettive, Carocci editore, Roma.
- ◆ Gori C., Trabucchi M. (2021), Cosa abbiamo imparato dal Covid, in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- ◆ Gori C. (2021), Introduzione, in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- ◆ Guaita A. (2021), I servizi residenziali (I), in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

- ◆ Istat (2019), Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, anno 2019, Roma, <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>
- ◆ Kubitschke I., Cullen K. (a cura di) (2010), ICT & Ageing. European Study on Users, Markets and Technologies, European Union - www.ifap.ru/library/book400.pdf
- ◆ Livingston G. et al. (2017), Dementia prevention, intervention, and care, in "Lancet", 390, 10113, pp.2673-2734.
- ◆ Maino F., De Tommaso C.V. (2023), Riforma non autosufficienza: i contenuti della Legge Delega approvata dal Parlamento, in "Percorsi di secondo welfare", 22 marzo 2023.
- ◆ Melis R.J., Olde Rikkert M.G., Parker S.G., Van Eijken M.L. (2004), What is intermediate care?, in "British Medical Journal", n.329, pp.360-361.
- ◆ Motta M. (2015), Dalle assistenti familiari a un sistema delle cure, in P.M. Torroni (a cura di), Sportelli e servizi per l'assistenza familiare. Sperimentazioni e prospettive di welfare mix nella provincia di Torino, Torino, Celid.
- ◆ Naldini M., Saraceno C. (2009), Le politiche della famiglia in Europa: tra convergenza e diversificazione, in "Stato e mercato", 29(1), pp.3-30.
- ◆ Noli M. (2021), I servizi domiciliari, in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- ◆ Pasquinelli S., Rusmini G. (2013), Badare non basta. Il Lavoro di Cura: Attori, Progetti, Politiche. Ediesse, Roma.
- ◆ Pasquinelli S., Rusmini G. (2020), Le assistenti familiari e il lavoro privato di cura, in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di) (2020), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- ◆ Pavolini E., Ranci C. (2008), Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries, in "Journal of European Social Policy", 18(3), pp.246-25.
- ◆ Pesaresi F., Brizioli E. (2009), I servizi residenziali, in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 1° Rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- ◆ Pesaresi F. (2014), Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie, in E. Brizioli e M. Trabucchi (a cura di), Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- ◆ Pesaresi F. (2015), Focus: i centri diurni, in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 5° Rapporto, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- ◆ Pesaresi F. (2019), Le tariffe delle residenze sanitarie assistenziali, in www.luoghicura.it
- ◆ Ranci C. (2010), Social vulnerability in Europe. In Social Vulnerability in Europe, Palgrave Macmillan, London, pp.3-24.
- ◆ Ranci C., Pavolini E. (2015), Le politiche di welfare, Il Mulino, Bologna.
- ◆ Razetti F., Maino F. (2019), Attori e risorse, tra primo e secondo welfare, in F. Maino (a cura di), Nuove Alleanze per un welfare che cambia. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia 2019, Torino, Giappichelli, pp.49-88.
- ◆ Saraceno C. (a cura di) (2008), Families, ageing and social policy: Intergenerational solidarity in European welfare states, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- ◆ Saraceno C., Naldini M. (2013), Sociologia della famiglia, Il Mulino, Bologna.
- ◆ Sarti R. (2010), Lavoro domestico e di cura: quali diritti?, Ediesse, Roma.
- ◆ Taylor-Gooby P. (2004), New risks, new welfare: the transformation of the European welfare state, OUP, Oxford.
- ◆ Tidoli R. (2016), Il SAD anziani. Un servizio da ripensare? - 1 parte, in www.lombardia-sociale.it.
- ◆ Torroni P.M. (a cura di) (2015), Sportelli e servizi per l'assistenza familiare. Sperimentazioni e prospettive di welfare mix nella provincia di Torino, Celid, Torino.



WWW.OSSERVABIELLA.IT

Fondazione Cassa di Risparmio di Biella

Via Garibaldi, 17 - 13900 Biella (BI)

Telefono 015 2520432

Email info@fondazionecrbiella.it