

Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa

Franco Pesaresi¹, Cristiano Gori²

1. Introduzione

Nel 2030 gli anziani (con 65 anni e più) costituiranno un quarto della popolazione complessiva degli attuali paesi dell'Unione Europea. Già nel 2000 gli anziani costituivano il 15,6% (media non ponderata) della popolazione. Cresce costantemente la popolazione anziana e cresce soprattutto la quota degli ultrasessantacinquenni i cui livelli di disabilità richiedono la realizzazione di una rete adeguata di servizi assistenziali socio-sanitari. Dal 2000 al 2010, nell'Unione Europea, gli anziani ultrasessantacinquenni dovrebbero passare da 27.287.000 a 33.722.000 con una crescita del 24%. In alcuni paesi come l'Italia essi costituiranno il 14% della popolazione nel 2030 (Cfr. Tab. 1).

Tab. 1 – Quota di popolazione anziana nell'Unione Europea. Dati e proiezioni.

Paesi	65+ anni	65+ anni	75+ anni	75+ anni	75+anni	75+ anni
	%	%	%	%	V.a. (migliaia)	V.a. (migliaia)
	anno 2000	2030*	2000	2030*	2000	2010*
Italia	18,1	28,1	7,9	14,1	4.566	5.892
Grecia	17,3	25,4	6,7	12,7	712	1.037
Svezia	17,3	25,1	8,9	13,4	790	800
Spagna	17,1	25,3	7,3	9,5	2.937	3.868
Belgio	16,8	25,4	7,2	12,2	741	928
Germania	16,2	25,8	6,9	12,0	5.757	7.364
Francia	16,0	24,0	7,3	12,3	4.316	5.458
Regno Unito	15,7	23,5	7,4	11,2	4.391	4.725
Portogallo	15,5	22,8	6,1	7,8	615	797
Austria	15,4	25,2	7,0	12,5	572	659
Danimarca	14,9	23,0	7,1	11,4	379	394
Finlandia	14,9	23,9	6,5	7,8	335	407
Lussemburgo	14,0	19,8	5,7	9,0	25	33
Olanda	13,8	23,9	6,1	6,9	964	1.142
Irlanda	11,4	18,7	4,9	5,2	187	218
media**/totale	15,6	24,0	6,9	10,5	27.287	33.722

Note: * proiezioni. **media non ponderata

Fonte: nostra elaborazione su dati Kinsella (2001) e U.S. Bureau of the Census, sito internet.

Questo positivo fenomeno di costante aumento della popolazione anziana ha per conseguenza quella di accrescere la proporzione di individui suscettibili di trovarsi in uno stato di non autosufficienza. In effetti, la nozione di non autosufficienza, che rinvia all'idea di un bisogno di cure sanitarie ma anche di assistenza nelle attività della vita quotidiana, è

¹ Comune di Ancona;

² Politecnico Milano, Università di Milano Bicocca, Istituto per la ricerca sociale (IRS).

fortemente legato all'età. La frequenza della non autosufficienza aumenta con l'elevarsi dell'età.

Jacobzone (1999) ha cercato di stimare la disabilità tra gli anziani considerando solo la "disabilità severa" includendo cioè solo quegli individui con almeno una restrizione ADL (*Activity daily living*). Questa può essere associata con la necessità di aiuto per la cura personale sia a casa che nelle strutture residenziali. Questa classificazione, sovente usata a livello internazionale, non è da tutti condivisa; in Italia ad esempio per disabilità severa, in genere, si intende la condizione di completa dipendenza da assistenza. Il criterio assunto garantisce comunque la comparabilità internazionale dei dati dal momento che la disabilità severa così misurata dalle ADL garantisce una minore eterogeneità dei dati attraverso le varie nazioni.

L'autore citato ritiene che la disabilità severa può essere un ragionevole indicatore, seppur molto approssimato, per le necessità di cure di lungo periodo tenuto conto che essa costituisce una ragione obiettiva per ricercare assistenza per le cure personali ed è rappresentativa di una condizione sanitaria in qualche modo misurabile. Le stime prodotte da questo lavoro indicano nel *range* dal 10% al 20% le quote di anziani ultrasessantacinquenni affetti, nel 2000, da disabilità severa. La quota di disabili ovviamente cresce in modo consistente a partire dai 75-80 anni; tra gli ultraottantenni era del 6,4% in Francia (1994), del 17,8% nel Regno Unito (1994), del 26,1% nella ex Germania ovest (1995), del 39,7% in Olanda mentre tra gli ultraottantacinquenni svedesi era del 36,6%. Le stime proiettate al 2020 indicano che la prevalenza della disabilità tende alla stabilità o alla leggera riduzione.

I non autosufficienti hanno bisogno contemporaneamente di assistenza nella vita quotidiana e di cure sanitarie. Assistenza che è soprattutto domiciliare o residenziale. Questi bisogni sono di pertinenza dei servizi sociali e dei servizi sanitari e non sono indipendenti gli uni dagli altri. Così la presa in carico della non autosufficienza si dovrebbe esercitare in modo concomitante ed integrato. Distinguere ciò che è competenza dell'uno o dell'altro settore non è sempre facile così come non è facile l'integrazione e il coordinamento dei due settori perché spesso sono diverse le modalità di finanziamento e perché diversi sono i soggetti e gli enti che partecipano, nei vari paesi, alla presa in carico della non autosufficienza.

I sistemi e l'organizzazione assistenziale presentano significative differenze nei vari paesi dell'Unione Europea sia per i modelli sanitari e sociali adottati sia per il modo in cui gli stessi si integrano e si coordinano. Al di là di queste divergenze, tutti i paesi devono comunque affrontare le questioni essenziali che si pongono nella presa in carico della non autosufficienza che sono costituite dall'esistenza di una offerta sufficientemente ampia di servizi alle persone anziane non autosufficienti, dall'esistenza di dispositivi miranti a sostenere l'assistenza informale e dalla determinazione del livello di prestazioni per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Il presente lavoro si concentra sul primo aspetto illustrando il panorama europeo dell'offerta di servizi domiciliari e residenziali per gli anziani con problemi di non autosufficienza.

2. I servizi domiciliari sociali e sanitari.

L'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti è, oggi, la modalità assistenziale privilegiata da tutti i governi sia per contrastare il rischio di istituzionalizzazione sia per garantire agli anziani una migliore qualità della vita. Se questo è sicuramente vero, assai più difficile è studiare l'evoluzione di questo fenomeno per l'estrema difficoltà di ottenere dati affidabili e comparabili sull'assistenza a domicilio. Il tutto è complicato dal fatto che il

generico termine di assistenza a domicilio ricomprende a livello europeo un'ampia serie di servizi di assistenza professionale, accessibili nel territorio o assicurati presso l'utente la cui qualità e durata variano enormemente. Ai nostri fini, occorre inoltre rammentare che l'assistenza domiciliare, escluse alcune positive realtà che vedremo, è in genere erogata, con obiettivi e modalità diverse, da più soggetti all'interno di ogni singolo paese. Queste nazioni infatti dispongono delle seguenti grandi tipologie dei servizi domiciliari (*home care*):

1. **assistenza domiciliare** (che prende il nome di *aide à domicile* in Francia, di *service d'aide à domicile aux familles et aux personnes âgées* in Belgio, di *heimhilfe* in Austria, di "servizio di assistenza domiciliare-SAD" in Italia, di *home help services* in Gran Bretagna, di *ayuda a domicilio* in Spagna ecc.) mirante ad aiutare l'anziano non autosufficiente nelle attività della vita quotidiana e che viene erogata dai comuni;
2. **cura domiciliare** (che prende il nome di *soins à domicile* in Francia e Belgio, di *hauskrankenpflege* in Austria, di *home nursing* o *district nursing* in Gran Bretagna, di *atención asistida* in Spagna, di "assistenza domiciliare integrata-ADI" in Italia, di *home nursing care*, ecc.) che garantisce soprattutto assistenza infermieristica e riabilitativa erogata dalla organizzazione sanitaria preposta. Alcuni paesi come la Francia considerano in modo autonomo anche la modalità della **ospedalizzazione a domicilio** che preferiamo considerare come una variante delle cure domiciliari con la caratteristica della maggiore intensità delle cure erogate.

L'opinione prevalente in Europa considera l'assistenza a domicilio come un mezzo per migliorare la qualità della vita degli anziani al fine di permettere loro di partecipare ad una vita sociale "normale" nei limiti del possibile. Ma ci sono anche altri orientamenti più o meno espliciti. Sono infatti almeno tre gli obiettivi adottati dai vari paesi in relazione alla promozione dei servizi domiciliari, quali:

1. migliorare la qualità della vita degli anziani e alleviare le famiglie di parte del carico assistenziale;
2. realizzare delle economie di spesa;
3. sostituire con l'assistenza domiciliare altre modalità e luoghi di cura (ospedale, strutture residenziali) (OCDE, 1996).

La diffusione dei servizi domiciliari nei confronti degli anziani è comunque assai diversificata nei vari paesi europei; da una parte troviamo soprattutto i paesi del nord Europa (Danimarca, Finlandia, Olanda e Norvegia) che assistono oltre il 10% degli anziani mentre al livello più basso troviamo i paesi del sud d'Europa e l'Austria che assistono a domicilio meno del 3% degli anziani (Cfr. Tab. 2). In mezzo tutti gli altri paesi dell'Unione Europea.

La **Danimarca** è il paese in cui più sviluppata è l'assistenza domiciliare integrata che raggiunge il 24,6% degli anziani (quasi 172.000 anziani nel 2000). Di norma il team di assistenza domiciliare funziona 24 ore al giorno e vede la presenza di tre figure professionali: l'infermiere professionale, l'assistente sociale e l'assistente di base (Schoop, 2002). Taluni meccanismi economici l'hanno resa anche la più tempestiva d'Europa. Le norme danesi infatti prevedono che i comuni devono attivare l'intervento domiciliare per un utente che ne ha bisogno entro tre giorni dalla data di dimissione stabilita dall'ospedale (che è gestito dalle Contee). Se il Comune non è in grado di rispettare tale termine, l'utente non viene dimesso, rimane in ospedale fino a che il comune non si attrezza e la gran parte dei costi ospedalieri aggiuntivi per l'ulteriore degenza sono posti a carico del comune. In questo modo i comuni sono fortemente motivati a garantire tempestivamente l'assistenza domiciliare. Un meccanismo simile funziona anche per il trasferimento dell'utente dall'ospedale ad una struttura residenziale (Munday, 2001; NOMESCO, 2002).

Tab. 2 –Percentuale di anziani assistiti formalmente a domicilio in alcuni paesi europei.

Nazione	anziani assistiti a domicilio	
	anno	%
Danimarca	2000	24,6
Islanda	2000	18,9
Norvegia	2000	15,7
Olanda	1996	12,0
Svizzera	1992	12,0
Finlandia	2000	10,7
Germania	1996	9,6
Svezia	2000	8,2
Francia	1998	7,9
Regno Unito	1999	7,1
Belgio	1996	4,5
Irlanda	1996	3,5
Austria	1991	3,0
Italia	1999	3,0*
Spagna	1999	1,8
Portogallo	1992	1,0
Grecia	1998	0,3

Note : *nostra stima sulla base dei dati dell'Istat per tutta l'assistenza domiciliare (3%), del Ministero della Sanità per l'ADI (1,8%) e dei comuni della provincia di Bolzano (3,4%), dei comuni veneti (3,1%), lombardi (1,7%), dell'Emilia Romagna (1,3%) e toscani (0,6%) per il SAD.

Fonte: Jacobzone S. et al. (1999a), European Observatory (2001, 2000c), DREES (1999), Ministry of Health and social affaire of Sweden (2001), Pavolini E. (2001), Ministero della Sanità (2001), OCDE (1996), Du Pasquier JN., Gilgen R. (1995), Kyriakidou E. et al. (2000), Pacolet (2000), Regione Toscana (2001), regione Veneto (2001), provincia autonoma di Bolzano (2001), regione Emilia Romagna (2001), Nordic social-statistical committee (2002), IMSERSO (2002), Istat (2002b).

Dopo la Danimarca e l'Islanda, il paese in cui si registra il maggior numero di anziani assistiti a domicilio è la **Norvegia**. La maggior parte dei comuni (80%) fornisce un'assistenza domiciliare 24 ore su 24. I servizi di *home care* includono la pulizia, gli acquisti, la cucina, la lavanderia e l'igiene personale per chi non può affrontarli nella propria casa. I servizi di cure includono anche le cure di sollievo, i servizi di fisioterapia, l'attività di educazione (*training*) per le attività della vita quotidiana e di assistenza personale. Si registra anche un consistente aumento dell'uso delle tecnologie informatiche, promosso dalle politiche pubbliche, per migliorare la sicurezza e l'indipendenza dell'anziano al proprio domicilio. Circa 96.500 anziani ricevevano servizi di *home care* nel 2000, una cifra in costante crescita (European Observatory, 2000b; NOMESCO, 2002).

Anche la **Svezia** fornisce, attraverso i comuni, servizi domiciliari che funzionano 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana. Addirittura il 32% degli assistiti, nel 1997, ricevevano un intervento di assistenza o cura domiciliare di sera o di notte (Thorslund, 2000). I compiti del servizio includono per esempio pulizia e lavanderia, aiuto per fare gli acquisti, commissioni all'ufficio postale ed in banca e preparazione dei pasti. La cura personale, che è quella che attualmente impegna il 50-80% del tempo di assistenza, può includere l'assistenza per mangiare e bere, l'assistenza per vestirsi, l'igiene personale e l'aiuto negli spostamenti. Per coloro che ne hanno la necessità sono disponibili dei sistemi di telecontrollo che sono collegati a delle centrali dove del personale risponde alle richieste o agli allarmi ricevuti. Nel 2000, circa l'8,2% delle persone con più di 65 anni (pari a 125.300 unità) riceveva assistenza domiciliare da parte dei comuni (NOMESCO, 2002). La percentuale saliva al 20% se si considerano solo le persone con 80 anni e più. In questi

ultimi anni si è registrata una riduzione del numero degli assistiti a domicilio (così come in Finlandia). Questo fenomeno è in gran parte attribuibile ad una serie di cambiamenti nelle politiche degli enti locali che hanno concentrato le risorse sugli anziani più impegnativi e ridotto le risorse per le prestazioni "domestiche" (pulizia e gestione della casa). Per cui, in sostanza, la spesa per l'assistenza domiciliare ha continuato a crescere anche se il numero degli assistiti è diminuito (Bergmark, 1997). Gli anziani ricevono mediamente quasi 30 ore di assistenza al mese anche se la distribuzione delle ore è molto disomogenea tanto che la maggioranza degli assistiti riceve meno di 26 ore di assistenza alla settimana. Durante gli anni '90 è diventata sempre più diffusa l'assistenza al domicilio anche per persone che avevano bisogno di cure estensive. Per cui si sono sviluppati servizi che erogano al domicilio cure infermieristiche e mediche, anche a pazienti terminali. Circa un terzo delle persone che ricevono assistenza domiciliare ricevono anche cure domiciliari. L'aspetto importante è che circa metà dei comuni svedesi hanno optato per assumere il controllo e la responsabilità dell'assistenza infermieristica che, senza questa assunzione di responsabilità, spetterebbe invece alle Contee. E così i servizi domiciliari sociali e sanitari vengono forniti in modo unitario ed integrato.

Esiste poi un altro tipo di cure domiciliari gestite direttamente dall'ospedale che effettua al domicilio dell'assistito un'attività tipicamente ospedaliera con il proprio personale medico ed infermieristico. Con questa modalità, si assistono in seguito alla dimissione dall'ospedale, i malati terminali che hanno bisogno di terapie antidolorifiche continue, i pazienti con malattie respiratorie che necessitano di aspirazione e di ossigenoterapia e gli asmatici che hanno bisogno di un ciclo di terapia endovena per un riacutizzarsi della patologia broncospastica.

A questo 8% di anziani complessivamente assistiti a domicilio si aggiunge poi un altro 3% di anziani che, nel 1998, venivano assistiti con servizi semiresidenziali diurni (*daytime activities*). La cifra è sicuramente significativa e va sottolineata perché nessun altro paese raggiunge tale risultato. I servizi semiresidenziali diurni forniscono trattamenti e riabilitazione durante il giorno per persone sofferenti per esempio di demenza senile, per persone con problemi mentali ed altri anziani con necessità di trattamenti riabilitativi. Questi ultimi servizi non possono dirsi domiciliari nonostante vista la loro dimensione sicuramente influiscono sul numero di assistiti al domicilio.

I servizi domiciliari sono molto sviluppati in **Olanda**. In particolare si segnala oltre all'assistenza domiciliare infermieristica che prevede fino ad un massimo di 2-3 visite al giorno anche l'assistenza domiciliare intensiva che prevede l'assistenza infermieristica anche di notte per un periodo che può arrivare fino a tre mesi. L'accesso alle cure domiciliari viene stabilito dal Comitato di valutazione indipendente che provvede a quantificare il bisogno di assistenza di cui necessita ogni anziano. Il finanziamento di tale attività sanitaria è garantito dal governo centrale ma è piuttosto limitato per cui di solito le persone ricevono soltanto una parte dell'assistenza di cui hanno bisogno (di solito vengono ridotte le ore di assistenza rispetto a quelle necessarie). La stessa organizzazione è prevista per l'assistenza domiciliare di tipo sociale.

Nel gruppo di nazioni intermedie per diffusione dell'assistenza domiciliare una di quelle che hanno sviluppato le esperienze più innovative è sicuramente il **Regno Unito**. Questo paese ha cambiato notevolmente l'organizzazione dei propri servizi sociali e di quelli per gli anziani attraverso l'introduzione di un modello di funzionamento della produzione dei servizi sociali ispirato ai meccanismi di mercato. Con la riforma del 1990 – "*NHS and Community Care ACT*" – poi implementata fino a metà circa del 1993, si sono sostanzialmente introdotti i mercati sociali nel Regno Unito. La nuova organizzazione ha prodotto dei sensibili mutamenti. L'assistenza domiciliare sociale dal 1993 al 1999 ha ridotto il numero dei beneficiari passando da 514.000 a 447.000 persone, di cui il 92%

circa anziani. In sostanza gli anziani assistiti erano 7,1 per ogni 100 complessivi. La riduzione degli assistiti si è però associata ad un aumento del numero dei casi che richiedono una assistenza domiciliare intensiva, in grado cioè di assorbire una quantità superiore di risorse (in sostanza meno casi ma più gravi). Questa fase è stata gestita con l'introduzione di un'altra innovazione, quella del “*case management*” una modalità organizzativa atta proprio ad assicurare le prestazioni in funzione dei bisogni e a superare gli ostacoli strutturali che esistono o che possono prodursi quando esistono differenti fornitori. Le innovazioni non sono però riuscite a superare i problemi legati alla diversità e separazione dei servizi sanitari e di quelli sociali sia nella organizzazione che nel finanziamento.

Anche la **Francia**, vive una esperienza di scarsa integrazione fra i servizi domiciliari sociali e sanitari, anche se i servizi, complessivamente intesi, sono piuttosto estesi. Nel 1998 infatti, circa 700.000 anziani hanno beneficiato dell'assistenza domiciliare (*aide à domicile*) finanziata dalle casse pensioni, dai Dipartimenti (più o meno le nostre province) nella forma dell'assistenza domestica (per le persone meno dipendenti) o con la “Prestazione specifica di dipendenza – PSD” (programma di sostegno per i non autosufficienti più gravi). L'assistenza domiciliare, che in Francia è stata avviata addirittura nel 1950 provvede a prendere in carico i lavori domestici (pulizie, acquisti, pasti) erogando mediamente 21 ore mensili di assistenza ad ogni anziano. Esso è gestito soprattutto da associazioni, talvolta da comuni e, da poco ed in piccolissima parte, anche da società commerciali. I servizi di cure infermieristiche a domicilio (*soins à domicile - SSAD*) erogate dalle autorità sanitarie, nel 1996, hanno invece assistito 56.560 anziani. Più del 90% di questi presentava una dipendenza fisica grave. Il servizio, che è partito nel 1980, è organizzato in piccole unità operative con un'infermiera coordinatrice e degli “aiutanti di cura” che effettuano un'attività di nursing al domicilio degli anziani non autosufficienti. L'ospedalizzazione a domicilio resta invece poco diffusa, visto che nel 1999 solo 68 ospedali offrivano circa 4000 posti ma molto concentrati in determinate aree geografiche (DREES, 1999).

Nel caso di anziano da assistere al domicilio l'equipe medico-sociale che ha il compito di valutare le necessità definisce il piano di assistenza. La Francia, dal 1° gennaio 2002 si è data un nuovo programma di assistenza agli anziani denominato *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) che serve a finanziare tutte le spese previste nel piano che, una volta messe in opera permetteranno al beneficiario dell'APA di continuare a vivere nella sua casa. Il piano di assistenza può prevedere ore di aiuto domestico o di “custodia” a domicilio (di giorno come di notte) effettuate da una terza persona, le spese di accoglienza temporanea in una struttura residenziale, un servizio di pasti a domicilio, il teleallarme da installare, dei lavori di adattamento dell'alloggio, di un servizio di lavanderia a domicilio, di un servizio di trasporto, di riparazione e di piccoli lavori. Il piano di assistenza può prevedere anche degli aiuti tecnici come una sedia a rotelle, dei bastoni da passeggio, un deambulatore, un letto articolato, un sollevatore per malati, del materiale monouso per incontinenti (per la parte di questa spesa non coperta dall'assicurazione di malattia) (Ministère de l'emploi et de la solidarité République Française, 2001).

La tendenza generale è comunque quella di una intensificazione delle prestazioni domiciliari sia di tipo sociale che sanitario rivolta agli anziani per evitare o per rinviare il rischio di ricovero nelle strutture residenziali od ospedaliere (Danimarca, Francia, Germania, Italia). Le prestazioni crescono anche laddove (Inghilterra, Svezia, Finlandia) diminuisce il numero degli anziani assistiti dai comuni perché si è scelta la strada di seguire le persone più bisognose di assistenza. In questi casi si assistono meno persone ma si fornisce loro un maggior numero di ore settimanali di assistenza. Mentre i servizi domiciliari crescono cambiano anche i loro contenuti. In questi ultimi anni si sono

fortemente ridimensionate le mansioni di pulizia della casa da parte del servizio domiciliare mentre sono fortemente aumentate le attenzioni per la cura della persona (Rostgaard, 2001). Molto vario è anche il numero di ore medie settimanali che vengono erogate; in Germania e Inghilterra sono 5, in Svezia sono 6, in Francia sono 5-7, in Olanda sono 4, in Finlandia solo una. (Rostgaard, 2001).

In sintesi si definiscono con nettezza le tendenze in atto che sono però vissute in modo assai differenziato nelle nazioni europee. Da una parte troviamo le nazioni del nord d'Europa che assistono al domicilio un alto e crescente numero di anziani, con servizi di qualità che prevedono prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate 24 ore su 24, e con l'utilizzo delle moderne tecnologie telematiche ed informatiche. Ad un livello intermedio troviamo molti e grandi paesi come il Regno Unito, la Francia e la Germania che assistono un discreto numero di anziani compreso fra il 3 e il 10% interessate, in questa fase, a dare efficienza e qualità al settore attraverso la costruzione di mercati sociali pur senza essere ancora riusciti ad integrare il settore sociale con il sanitario. I paesi del sud d'Europa invece presentano tutti una bassa percentuale di anziani assistiti al domicilio che non supera il 3%, anche se tutti hanno approvato, in questi ultimi anni, programmi che ne prevedono lo sviluppo. Il governo spagnolo, per esempio, ha previsto nel suo Piano gerontologico nazionale di assistere almeno il 6% degli anziani a domicilio entro il 2006 e, successivamente di raggiungere la quota dell'8%.

L'integrazione fra il settore sociale e sanitario è nulla o assai scarsa.

3. L'assistenza residenziale

Le comparazioni internazionali relative alle strutture residenziali sono rese difficili dall'assenza di dati omogenei e dal fatto che denominazioni simili utilizzate da nazioni diverse possono invece rappresentare delle situazioni differenti. Premesso questo e dato atto che ipotesi rigorose di classificazione sono destinate ad essere sopraffatte dalle innumerevoli variabili, occorre riconoscere che esistono due grandi famiglie di strutture residenziali, una ad orientamento socio-assistenziale e l'altra ad orientamento sanitario, che chiameremo, utilizzando la terminologia italiana, residenze assistenziali (RA) e residenze sanitarie assistenziali (RSA) ma che nelle varie nazioni assumono le più varie terminologie, come evidenziato nella Tab. 3.

La forma, la dimensione e il finanziamento dell'offerta delle cure residenziali di lunga durata variano molto; alcuni paesi dispongono di programmi di cure assai completi e finanziati dai poteri pubblici, altri non dispongono che di servizi molto limitati e frammentati.

Il paese che ha sperimentato una delle iniziative più interessanti è la **Danimarca**. Dal 1° gennaio 1988, per scelta politica, non si sono più costruite RSA (*Plekehjem*) e case protette, salvo situazioni eccezionali. La scelta fu davvero innovativa; il Parlamento decise che le strutture residenziali tradizionali dovevano essere sostituite con abitazioni adeguate agli anziani e servizi flessibili adatti alle loro esigenze. Lo slogan era "un habitat adatto ai grandi anziani". Così non solo non si costruirono più nuove strutture ma si riconvertirono alcune di quelle esistenti in abitazioni per anziani. Le strutture residenziali che nel 1988 erano 1250 passarono a 923 nel 1995. Si tenga conto che le strutture residenziali della Danimarca erano e restano tra le migliori d'Europa. Le linee guida sugli standard strutturali del 1967 (!) sono di gran lunga più esigenti di quelle italiane approvate trenta anni dopo, nel 1997. Non a caso, nel 1996 le RSA (*Plekehjem*) della Danimarca avevano le seguenti caratteristiche effettive:

- il 98,5% delle stanze prevedevano un solo ospite (in Italia fino a 4 ospiti);

- il 75% delle stanze aveva una dimensione di almeno mq.15 (in Italia lo standard è di mq.12);
- il 75% delle stanze aveva il bagno annesso (in Italia lo standard prevede almeno un bagno ogni due stanze).
- L'80% delle stanze era accessibile, senza aiuto, da anziani in carrozzella.

Tab. 3 – Tipologie di strutture residenziali in Europa.

Tipologia di residenza	definizione	Nazione	denominazione
RESIDENZA ASSISTENZIALE	Struttura residenziale per anziani sostanzialmente autosufficienti o con disabilità lievi dove la componente assistenziale fondamentale è fornita da operatori sociali mentre la componente infermieristica e medica è assente o assai modesta. Sono strutture che, in genere, sono poste sotto il controllo dei comuni.	Austria	<i>Altenheim, seniorenheim, pensionistenheim</i>
		Finlandia	<i>vanhainkoti</i>
		Belgio	<i>maison de repos</i>
		Svezia	<i>Alderdomshem</i>
		Germania	<i>Altenheim</i>
		Grecia	<i>Gyrokomia</i>
		Irlanda	<i>Health board welfare homes</i>
		Lussemburgo	<i>Maisons de retraite</i>
		Olanda	<i>verzorgingshuizen</i>
		Portogallo	<i>Lares para idosos</i>
		Regno Unito	<i>residential care homes, Old people's homes, Sheltered houses</i>
		Svizzera	<i>Respite facilities</i>
		Francia	<i>Maison de retraite</i>
		Spagna	<i>Residencias de válidos</i>
Italia	Casa di riposo, Casa albergo		
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE	struttura residenziale per anziani non autosufficienti che si caratterizza per un intervento integrato socio-sanitario dove la componente sanitaria risulta di elevata intensità o comunque adeguata alle necessità degli ospiti. La componente assistenziale fondamentale è data dalla figura dell'infermiere. Sono in genere previsti anche interventi riabilitativo/occupazionali. Sono strutture sanitarie che, nella maggioranza dei casi, dipendono dagli enti sanitari e, in alcuni casi, dipendono dai comuni.	Austria	<i>Altenpflegeheim</i>
		Belgio	<i>maison de repos et de soins</i>
		Finlandia	<i>Terveyskeskuksen</i>
		Norvegia	<i>Nursing homes</i>
		Svezia	<i>Sjukhem</i>
		Danimarca	<i>Plejhjem</i>
		Germania	<i>(Alten)pflegeheime</i>
		Irlanda	<i>Nursing homes</i>
		Lussemburgo	<i>Maisons de soins</i>
		Olanda	<i>verpleeghuizen</i>
		Portogallo	<i>Lares da 3° idade</i>
		Regno Unito	<i>Nursing homes</i>
		Spagna	<i>Residencias asistidas</i>
		Svizzera	<i>Nursing homes</i>
Italia	Residenze sanitarie assistenziali		
Francia	<i>Logement-foyer (section de cure médical), Service de soins de longue durée.</i>		

Fonte : bibliografia.

Sempre nel 1996, il Parlamento danese, nel confermare la sua politica ha rimodulato di nuovo il settore delle RSA stabilendo che:

- nel decennio 1996-2005 metà delle *Plejhjem* (residenze sanitarie) esistenti dovranno essere sostituite da nuove abitazioni per anziani;

- i servizi per le case per anziani dovranno essere forniti da uno staff permanente; le abitazioni con servizi di area e personale permanente sono denominate “abitazioni con assistenza” (*nursing dwellings*) (Morini, 1998).

Tutto questo ha significato realizzare o adattare alloggi singoli o gruppi di alloggi con servizi adeguati alle esigenze delle età più avanzate. Il tutto ovviamente associato ad un grande potenziamento dei servizi domiciliari in funzione del bisogno degli interessati. Nel contempo la legge ha stabilito le caratteristiche che devono essere soddisfatte dagli alloggi per anziani. Si tratta sostanzialmente di un alloggio autonomo ed indipendente (denominato Casa per anziani) ubicato, di preferenza, nel quartiere ove l'anziano ha sempre abitato e con i seguenti requisiti fondamentali:

- i nuovi alloggi devono soddisfare le esigenze dell'utenza anziana o disabile, ivi compresa quelle delle persone che possono muoversi soltanto su una sedia a rotelle;
- ogni alloggio deve disporre di un sistema di telesoccorso (funzionante 24 ore al giorno);
- l'accessibilità deve essere garantita anche a quanti hanno difficoltà a spostarsi (ascensore, ecc.);
- la dimensione lorda degli alloggi non deve di norma superare i 67 metri quadrati; il rispetto di questa norma dev'essere assicurato con riferimento all'intero intervento programmato e non al singolo alloggio;
- negli edifici dove sono ubicati alloggi per anziani è possibile anche realizzare alcuni spazi complementari quali, ad esempio, soggiorni comuni, cucine, stanze per gli hobby;
- in alcuni casi molto particolari possono essere realizzati degli alloggi privi di cucina, e quindi assimilabili alle strutture residenziali, a patto che venga adottato ogni possibile accorgimento che possa eliminare l'atmosfera di tali strutture (D'Innocenzo, Continenza, 1995).

I cambiamenti sono stati recepiti nella gran parte degli enti locali che hanno avviato la nuova politica realizzando dei servizi unitari ed integrati fra il sociale e il sanitario e mettendo a disposizione servizi domiciliari spesso funzionanti con équipe pluridisciplinari 24 ore su 24. Questa politica ha avuto sostanzialmente successo pur in presenza di spinte contrastanti e di recenti rallentamenti; infatti si sono fatte sentire sia le voci di quella parte dell'opinione pubblica restia ad abbandonare l'idea della disponibilità di residenze collettive che, in Danimarca, sono spesso di alta qualità sia nelle strutture che nella organizzazione sia le voci di un'altra parte dell'opinione pubblica che ha valutato come troppo elevati i costi di tali strutture. Gli effetti di queste politiche hanno comunque portato ad una riduzione sensibile del numero delle persone alloggiate nelle tradizionali strutture residenziali per anziani mentre è cresciuto quello degli anziani collocati negli alloggi adattati alle loro necessità. Infatti, i posti letto, nel periodo che va dal 1987 al 1996 sono passati da 50.000 a 36.500 mentre aumentava l'assistenza domiciliare (European Observatory, 2001). Molte di queste nuove soluzioni abitative sono molto vicine a quelle delle strutture residenziali dal punto di vista delle installazioni materiali offerte e del numero dei servizi disponibili in caso di bisogno, ma l'autonomia e la qualità della vita degli anziani ospitati sono di gran lunga superiori. Per il futuro la Danimarca prevede una ulteriore riduzione del numero delle persone che vivono nelle tradizionali strutture residenziali ed un aumento invece di quelle che vivono negli alloggi adattati agli anziani e soprattutto dell'assistenza domiciliare agli ultraottantenni.

In definitiva, dunque, le caratteristiche significative dell'esperienza danese sono state quelle dell'implementazione di politiche innovative degli alloggi (compreso un sostanziale blocco della costruzione di nuove strutture tradizionali) unitamente ad grandissimo potenziamento dei servizi a domicilio (OCDE, 1996).

Anche in **Norvegia**, dalla fine degli anni '80, si è sviluppata una politica di contrasto dell'istituzionalizzazione da realizzare attraverso la realizzazione di "alloggi adeguati" per gli anziani. La posizione del Governo, in quegli anni, sosteneva la volontà di dare l'opportunità agli anziani che lo volevano di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico il più a lungo possibile fornendo loro una abitazione adeguata, i servizi e l'assistenza necessari a raggiungere l'obiettivo del mantenimento a domicilio. Si invertiva in questo modo una politica che in precedenza promuoveva il ricovero in strutture residenziali. Il tema centrale diventava così quello della progettazione degli "alloggi adeguati" per gli anziani che perdono autonomia e di come realizzarli fornendo standard migliori. La discussione coinvolse anche gli aspetti progettuali delle nuove strutture residenziali che si andavano a realizzare e portò ad affermare che la struttura ideale doveva assomigliare ad un appartamento tradizionale. Si sono così sviluppate varie tipologie abitative per anziani che prevedevano la possibilità di poter usufruire di servizi assistenziali e sanitari forniti da personale permanente o per alcune ore. I nuovi orientamenti sono stati finanziati dalla *Norwegian State Housing Bank* che ha sostenuto, in modo quasi integrale, la realizzazione dei nuovi alloggi a condizione che gli stessi seguissero talune indicazioni costruttive che è utile riportare per comprendere appieno il modello abitativo-assistenziale per anziani che si prospettava allora e che sono validi ancora oggi. I criteri da rispettare sia per gli alloggi per anziani che per le *nursing homes* sono i seguenti:

- accessibilità ed usabilità per persone con qualunque tipo di disabilità;
- un servizio di assistenza nelle 24 ore, (staff fisso o a richiesta);
- le funzioni abitative complementari sono fornite dalle strutture comunali per le unità individuali inferiori a mq.55.

Le strutture da realizzare possono essere le seguenti:

- Abitazioni singole: hanno una superficie minima di mq.55 ed una articolazione in ingresso, cucina, stanza da letto e bagno; il soggiorno/pranzo può anche essere facoltativo.
- Abitazioni con spazi comuni: hanno una dimensione compresa fra mq. 40 e 55. L'unità individuale è molto simile a quella delle abitazioni singole con qualche sacrificio di spazio per la cucina e, in misura minore, per il bagno. Pertanto sono questi ultimi gli spazi che vanno compensati con gli spazi comuni. In questi casi la progettazione prevede per i pazienti che necessitano di aiuto domestico, spazi per il pranzo per più persone, una cucina in comune ed uno spazio soggiorno, oltre ad un bagno accessibile ai disabili motori.
- Abitazioni collettive: le unità individuali hanno una dimensione inferiore ai mq. 40. In sostanza, sono quasi identiche a quelle delle *nursing homes*, comprendendo un ingresso, un bagno ed una stanza soggiorno/letto. Gli spazi comuni dovrebbero garantire lo stesso standard dell'alloggio auto nomo.
- Nursing home: si tratta della tradizionale struttura residenziale collettiva per anziani non autosufficienti, seppur di grande qualità. Gli standard abitativi non differiscono molto dalle abitazioni collettive anche se rispetto a queste la dimensione degli spazi individuali potrebbero essere minori.

Non sono più previste le case di riposo (per autosufficienti), che quindi non si dovrebbero più realizzare. Le abitazioni, in genere, sono acquistate dagli anziani o ottenute in affitto dal comune (Morini, 1998). Anche in questo caso gli sforzi sono stati premiati e nel corso degli anni '90 la quota dei letti nelle strutture residenziali sono diminuiti rispetto al numero complessivo degli anziani (European Observatory, 2000b) mentre, a metà degli anni novanta, gli anziani che abitavano negli alloggi protetti erano arrivati al 4,6% del totale complessivo (degli anziani).

La **Svezia** è stata il primo paese scandinavo, all'inizio degli anni '80, ad avviare un cambiamento nelle politiche assistenziali per gli anziani abbandonando la priorità delle strutture residenziali per privilegiare invece il mantenimento dell'anziano al suo domicilio. Anche per questo è stata tra i pochi e primissimi paesi a ridurre i letti delle strutture residenziali sin dagli anni '80, trend che però si è invertito nell'ultimo decennio, a differenza della maggioranza degli altri paesi del nord Europa (Cfr. Tab. 6). In questo periodo il numero degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali è addirittura aumentato del 30% circa, un aumento avvenuto soprattutto all'inizio degli anni '90. In Svezia i Comuni hanno la responsabilità di ogni tipo di struttura residenziale per anziani (e per disabili) comprese le residenze sanitarie (*sjukhem*). Quasi il 4% degli anziani vive in *Sheltered accomodation* costituite da appartamenti ordinari con la disponibilità nella struttura di servizi comuni come la ristorazione, l'area attività ed il centro sociale diurno. Un'altra quota di anziani di poco inferiore al 5% vive nelle residenze sanitarie (*sjukhem*) ed in altre strutture (*group living arrangement, homes for the aged, old people's home*) che al di là delle differenti terminologie tendono ad omogeneizzare la loro organizzazione (Thorslund, 2000). Le cure erogate nelle strutture residenziali sono generalmente considerate adeguate e di buona qualità. Anche qui, come in Danimarca, la maggior parte degli ospiti (80%) delle residenze sanitarie (*sjukhem*) ha, per esempio, la sua stanza singola con il bagno (European Observatory, 2001; Thorslund, 2000). Gli anni '90 hanno fatto emergere con grande drammaticità il problema della demenza senile da cui sono affetti circa 150.000 svedesi, di cui 2/3 in modo grave. La Svezia ha cercato di misurarsi con questo problema sperimentando dei nuovi e specifici modelli abitativi ed assistenziali. (Morini, 1998). I nuovi modelli si chiamano "dimore di gruppo" per 6-12 pazienti (soprattutto dementi) che vivono insieme con una supervisione di 24 ore al giorno. Nel 1995 erano disponibili 5.000-10.000 letti di queste strutture mentre altri paesi come la Germania appaiono in difficoltà di fronte all'avanzare di questa patologia.

In **Olanda**, fino agli anni '80, il sistema dell'assistenza residenziale per gli anziani era definito entro rigidi schemi che prevedevano quattro fasi possibili delle necessità assistenziali e, di conseguenza, le seguenti quattro diverse risposte abitative:

1. quando gli anziani sono indipendenti o per i quali è sufficiente l'assistenza domiciliare possono abitare in una appartamento adattato ai bisogni dell'anziano;
2. quando le necessità assistenziali diventano più continue l'anziano può trasferirsi in una struttura abitativa assistenziale intermedia (*verzorgingshuizen*);
3. quando le condizioni dell'anziano peggiorano e l'assistenza diventa più continua e specializzata l'anziano può essere trasferito in una "Casa per anziani (*Senior home*)";
4. quando l'anziano diventa quasi totalmente non autosufficiente deve essere collocato nelle verpleeghuizen (RSA).

Questo sistema è stato sottoposto a forti critiche perché costringeva l'anziano a più passaggi man mano che la sua autonomia si restringeva, perché era troppo medicalizzato e costoso. Questo ha portato ad una serie di cambiamenti nel campo dell'edilizia residenziale e dell'assistenza agli anziani al fine di garantire una maggiore qualità della vita e un contenimento dei costi. In particolare l'Olanda ha cercato una dimensione abitativa più amichevole che sostituisse le strutture residenziali con veri e propri alloggi dove ogni anziano possa ritrovare il proprio percorso di vita, anche nel bisogno. Si è realizzato così un salto strategico nella logica assistenziale passando dal focus del *luogo dell'assistenza* a cui inviare l'anziano bisognoso alla *funzione dell'assistenza* da garantire all'anziano. Valorizzando questa concezione culturale si è arrivati al punto che oggi l'anziano può ricevere assistenza nel luogo di sua scelta, compatibilmente con il tipo di assistenza necessario.

Negli anni '90 il cambiamento nel clima culturale ha prodotto un grande impegno nel miglioramento della qualità delle strutture abitative, già di alto livello nel panorama europeo. Si è realizzata una vera e propria campagna per realizzare ambienti residenziali ed urbani adatti agli anziani attraverso la costruzione o l'adattamento di abitazioni secondo criteri (di *lifespan*) che tengano conto della posizione e della disponibilità dei servizi essenziali (negozi, trasporti pubblici ecc.). Ma la cosa più interessante è che si sono previsti interventi di adeguamento degli alloggi per evitare alle persone che stanno diventando non autosufficienti di dover cambiare abitazione. Le soglie e i dislivelli vengono eliminati, le cucine adattate. Mezzi di trasporto gratuiti e personalizzati sono assicurati a coloro che non possono guidare e non possono usare i mezzi di trasporto pubblici. Inoltre vengono fornite sedie a rotelle elettriche, letti speciali ed altri ausili. Il Comitato di valutazione indipendente valuta le necessità dell'anziano e decide quali facilitazioni dare e come garantirle. Sono i comuni poi che provvedono a garantire queste facilitazioni con l'aiuto di un finanziamento parziale del governo centrale. L'Olanda è il paese che, in assoluto, si è impegnato di più nella realizzazione di alloggi protetti per anziani che perdono autonomia tanto che, a metà degli anni novanta, ben l'11% degli anziani vivevano in questi alloggi.

Nel settore delle residenze assistenziali l'Olanda offre le *Senior homes* (case per anziani). Si tratta di appartamenti in strutture realizzate secondo criteri speciali che tengono conto delle necessità di cura. L'ammissione a queste strutture e alle residenze sanitarie è sempre condizionata dalla valutazione del Comitato indipendente. Negli ultimi anni si sono aumentati gli spazi minimi delle unità abitative che sono passate dai 15-20 mq. a 26 mq.. Ad un aumento degli spazi si sta pensando anche per le strutture abitative intermedie la cui unità abitativa è di circa 55 mq. per portarla a mq. 65. Anche le RSA (*verpleeghuizen*) hanno assunto una struttura ed un aspetto più amichevoli aumentando il rapporto superficie/posti letto a 65 mq. per letto in modo tale da realizzare esclusivamente stanze con uno o due letti. Il numero dei letti delle residenze sanitarie (*verpleeghuizen*) è fissato dal governo centrale e dalla provincia ma l'offerta così stabilita non è in grado di soddisfare tutta la richiesta per cui si creano delle lunghe liste d'attesa.

Occorre sottolineare che le politiche assistenziali di questo ultimo decennio hanno privilegiato e finanziato il miglioramento e l'allargamento dell'assistenza ai livelli più bassi del percorso che abbiamo indicato al fine mantenere gli anziani il più a lungo possibile in alloggi. Migliorando la qualità delle sistemazioni abitative e rendendo più flessibile l'offerta di assistenza si pensa di poter ridurre il numero degli ospiti delle RSA, di consentire una riduzione della spesa e di garantire agli anziani una migliore qualità della vita.

Tutte queste innovazioni hanno portato ad una nuova situazione in cui la distinzione in quattro fasi e la loro rispettiva corrispondenza con quattro diverse condizioni abitative sta perdendo la rigidità originaria. Una assistenza di tipo intensivo può essere fornita anche a casa mentre le "*Senior homes*" comprendono spesso anche moduli di RSA per il trattamento temporaneo o anche permanente di anziani completamente dipendenti, evitando o ritardando un loro ulteriore trasferimento. Inoltre, le "Case per anziani" e le RSA possono anche includere nuclei abitativi adatti ai bisogni della terza età per uno stile di vita indipendente. In realtà, oggi, si stanno creando strutture atte soprattutto ad accogliere anziani con diversi livelli di bisogno di assistenza. Si va dunque verso un sistema contraddistinto da due modalità: abitare indipendenti e abitare assistiti (Caso, 2000).

Queste politiche sono state, sostanzialmente, efficaci. Complessivamente il numero degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali è costantemente diminuito negli anni '80 e '90 ma la riduzione è stata contenuta dall'aumento dei ricoveri nelle residenze sanitarie. In

sostanza, gli anziani ricoverati nelle strutture residenziali sono in numero minore ma con problemi di dipendenza più gravi anche in virtù di norme di accesso che prevedono il ricovero solo di individui fortemente dipendenti.

Le politiche dei paesi scandinavi hanno influenzato anche la **Germania** che oggi può contare su un considerevole numero di appartamenti adattati alle necessità degli anziani e che costituiscono lo strumento più importante per permettere agli anziani di condurre una vita autosufficiente ed evitare l'istituzionalizzazione. Essi vengono offerti con la modalità che ha assunto il nome di "abitare assistito" il che significa fornire un appartamento senza barriere architettoniche e a misura di anziano insieme a servizi domiciliari (assistenza e aiuto nei lavori di casa) e un servizio di chiamata d'emergenza. Tali appartamenti vengono costruiti sia nell'ambito dell'edilizia residenziale pubblica che in quella privata ma anche la recente assicurazione sui rischi di non autosufficienza prevede risorse per l'adattamento degli appartamenti.

In **Francia** circa 700.000 persone vivono nei diversi istituti residenziali francesi. Le strutture principali sono le seguenti:

- Case di riposo (*Maison de retraite*), prevalentemente per non autosufficienti, medicalizzate e non. All'inizio ospitavano solo anziani autosufficienti poi con il tempo sono state attivate speciali "sezioni di cure mediche" anche per i non autosufficienti. Nel 1998 in Francia vi erano 5.700 case di riposo che ospitavano circa 400.000 anziani.
- Piccole "unità di vita", al massimo per 20 persone, integrate in un quartiere. Sono ispirate ad un modello di vita familiare e possono ospitare anche persone non autosufficienti. Tali unità consentono di mantenere l'anziano all'interno del proprio contesto, offrendogli al tempo stesso maggiore sicurezza per i collegamenti attivati con i servizi esistenti (aiuto a domicilio, cura ecc.);
- Unità "*cantou*" (angolo del focolare) al massimo di 12 persone. Si tratta di piccole unità di accoglienza con gestione familiare per anziani dipendenti "disorientati";
- *Logement foyers*, case albergo, con alloggi autonomi e servizi collettivi, di uso facoltativo (Morini, 1998). I *logement foyers*, sono nati per le persone autosufficienti ma non è più così. Sono stati autorizzati ad aprire delle "sezioni per le cure mediche" per gli anziani con patologie stabilizzate che hanno bisogno di cure sanitarie (aiuto nelle attività della vita quotidiana, che hanno bisogno di sorveglianza medica e di trattamenti infermieristici, anche per evitare ospedalizzazioni). Oggi la maggior parte degli anziani sono ospitati nelle sezioni per le cure mediche.
- I *services de soins de longue durée* (unità di cura di lunga durata) sono i servizi più medicalizzati ed accolgono le persone più dipendenti (circa 77.000). Tali strutture sono collegate agli ospedali, hanno standard assistenziali più elevati delle altre strutture (un operatore ogni due ospiti) e i loro costi sono totalmente a carico dell'assicurazione di malattia.

La volontà di trovare strutture alternative alla tradizionale istituzionalizzazione ha portato la Francia a realizzare 2.800 "Case appartamento" che dispongono di 153.000 posti. Queste strutture ospitano persone anziane, in genere autonome, in alloggi indipendenti. I residenti pagano generalmente un affitto, come in qualsiasi altro appartamento ma godono di prestazioni specifiche come la mensa, il cambio biancheria ed altri aiuti che sono pagati dal beneficiario a parte. In sostanza, in queste strutture ogni persona ha un suo spazio privato. L'affitto mensile per una sistemazione di questo tipo varia tra i 382 e i 534 • per persona, a cui contribuisce anche la cassa "indennità familiare".

Nel **Regno Unito**, dal 1993 – anno dell'avvio della riforma dei servizi sociali - i comuni sono i principali responsabili dell'assistenza residenziale venendo anche ad assumere la

responsabilità delle strutture socio-sanitarie, che in precedenza dipendevano dal *NHS*. Nell'ultimo decennio gli anziani ospitati nelle strutture residenziali sono diminuiti anche per il supporto di una rete importante di alloggi protetti per anziani.

In **Austria**, nel 1997, c'erano 64.800 posti letto nelle strutture residenziali per anziani sociali e sanitarie. Di questi 29.400 erano collocati nelle *nursing homes* e 33.500 nelle strutture residenziali assistenziali. Complessivamente rappresentavano il 5,5% del totale degli anziani. L'Austria si attende un ulteriore aumento delle necessità in questo settore soprattutto per quel che riguarda le residenze assistenziali (European Observatory, 2001), proseguendo così lo stesso trend realizzato negli anni '90. La recente introduzione del pagamento per l'assistenza ha sensibilmente ridotto le liste d'attesa per il setting residenziale. Allo stesso tempo la proporzione di coloro che hanno disabilità più severe sono aumentati nelle strutture residenziali.

Il **Belgio** può disporre di due tipologie di strutture per le persone con più di 60 anni: le *maison de repos* e le *maison de repos et de soins (MRS)*. La differenza sta nel fatto che queste ultime possono fornire cure infermieristiche più intensive. Nel 1997 c'erano 19.856 letti disponibili nelle *maison de repos et de soins* e 105.330 letti nelle *maison de repos* che appartengono al settore della residenzialità socio-assistenziale. Per il futuro il Belgio si attende un surplus di offerta nel settore delle residenze assistenziali ed invece una carenza di offerta nel settore delle *maison de repos et de soins* per l'ovvia ragione che l'anziano tende a vivere nella propria abitazione fino a quando il livello di non autosufficienza non richiede una assistenza diversa ed impegnativa. A questo proposito un accordo fra le Autorità federali, le Regioni e le Comunità prevede un piano di incremento di 25.000 posti letto nelle *maison de repos et de soins* entro il 2005. Per queste stesse strutture residenziali sanitarie il Belgio aveva stabilito, in precedenza, l'obiettivo di 17 letti per mille anziani (European Observatory, 2000).

Abbastanza rappresentativa della realtà del sud d'Europa è la **Spagna**. In questo paese i servizi sociali comunali sono i responsabili della assistenza residenziale per gli anziani. Il numero dei posti letto, nel 1999, era pari a 3,2 per ogni 100 anziani. L'offerta totale era di 198.358 posti letto (in 3.720 strutture), soprattutto privati (78.000 pubblici e 120.350 privati) ed (IMSERSO, 2002) in aumento rispetto al 1994 quando si registravano 163.338 letti. Nel 1988 erano invece 100.00 circa. La crescita del settore dell'assistenza residenziale è sostenuta dal governo che nel Piano gerontologico nazionale prevede di assistere il 4% degli anziani in strutture residenziali entro il 2006. L'assistenza in queste strutture non è considerata ancora adeguata soprattutto in quelle private anche perché non ci sono ancora criteri uniformi di accreditamento, non si utilizzano strumenti per la valutazione del grado di dipendenza e non ci sono trattamenti personalizzati rispetto alle necessità dei pazienti (European Observatory, 2000c).

In conclusione si può affermare che nell'Unione Europea la media non ponderata degli anziani ospitati nelle strutture residenziali è del 5,0% del totale complessivo degli anziani. Si registra però una tendenza dei paesi del nord Europa (Svezia, Norvegia, Finlandia, Olanda, ecc.) a collocarsi al di sopra del 6% ed una corrispondente tendenza dei paesi del sud d'Europa (Grecia, Spagna, Portogallo, Italia) a collocarsi ad un livello basso di sviluppo della residenzialità collettiva per anziani, inferiore al 3% (Cfr. Tab. 4 e 6).

Tab. 4 –Percentuale di anziani assistiti nelle strutture residenziali in alcuni paesi europei.

Nazione	Anziani assistiti nelle strutture residenziali	
	Anno	%
Islanda	2000	9,4
Olanda	1998	7,9
Belgio	1997	7,7
Svezia	1998	7,7
Svizzera	1998	7,2
Lussemburgo	1995	6,8
Finlandia	1995	6,2
Francia	1996	6,1
Norvegia	1999	6,1
Austria	1997	5,5
Germania	1996	5,2
Regno Unito	1998	5,4
Irlanda	1996	4,7
Danimarca	2001	3,9
Spagna	1999	3,2
Italia	1999	2,7
Portogallo	1992	2,0
Grecia	1991	1,0

Note : In alcuni casi sono utilizzati i dati dei posti letto come proxy degli anziani ricoverati nelle strutture per anziani. Il dato degli anziani in strutture residenziali della Grecia è stimato sulla base dei dati di Du Pasquier et al..

Fonte: Jacobzone S. et al. (1999a), Pesaresi F., Simoncelli M. (2001), European Observatory (2001, 2000c), DREES (1999), Ministry of Health and social affairs of Sweden (2001), Pavolini E. (2001), Ministero della Sanità (2001), OCDE (1996), Du Pasquier JN., Gilgen R. (1995), Kyriakidou E. et al. (2000), Pacolet (2000), Regione Toscana (2001), regione Veneto (2001), Provincia di Bolzano (2001), ISTAT (2002), Nordic social-statistical committee (2002), IMSERSO (2002), Office of fair trading (1998), Schoop (2002).

I dati a disposizione ci suggeriscono una inversione di tendenza negli anni '90 circa l'andamento degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali. Mentre per tutti gli anni '80 essi hanno continuato a crescere con l'eccezione di soli tre paesi, negli anni '90 la maggioranza dei paesi dell'Unione Europea sembrano aver ridotto la quota degli anziani collocati in istituzione. Il fenomeno, che va verificato con dati più aggiornati, è assai significativo perché non era mai accaduto prima (Cfr. Tab. 5) ed è comunque il frutto di politiche specifiche portate avanti, prima degli altri, soprattutto dai paesi del nord Europa.

Tab. 5 – Trend della percentuale di anziani ricoverati in strutture residenziali in alcuni paesi europei. Decenni '80 e '90.

Nazione	Trend anni '80	Trend anni '90
Austria	+	+
Belgio	+	+
Italia	+	+
Spagna	+	+
Svezia	-	+
Islanda	+	+
Grecia	+	n.d.
Portogallo	+	n.d.
Danimarca	-	-
Olanda	-	-
Irlanda	+	-
Germania	+	-
Norvegia	+	-
Regno Unito	+	-
Francia	+	-
Finlandia	=	-
Svizzera	+	=

Fonte: OCDE (1996), Pesaresi (2000), Tab. 4.

Questi dati ed in particolare quelli esposti nella Tab. 6 evidenziano che molti dei paesi che mettono l'accento sull'accoglienza degli anziani in istituzione sono anche quelli nei quali è più sviluppata anche l'assistenza a domicilio. La stessa tabella dimostra anche che quasi tutti i paesi che offrono il livello più basso di residenzialità sono anche gli stessi che coprono la quota più bassa di anziani assistiti a domicilio. In questi dati non c'è completa univocità ma la tendenza appare indiscutibile, anche se negli ultimi anni è meno netta. I dati empirici sembrano dunque dimostrare un possibile fallimento di politiche di sostituzione dell'assistenza residenziale con l'assistenza a domiciliare dato che quest'ultima non sembra compensare la mancanza di strutture di accoglienza residenziale. I due servizi sembrano invece procedere tendenzialmente in modo parallelo seguendo lo sviluppo delle politiche e delle risorse liberate dai singoli paesi per l'assistenza.

Nella maggior parte dei paesi le residenze assistenziali superano, per disponibilità di posti letto, le residenze sanitarie. In un terzo circa dei paesi sono invece prevalenti i letti delle residenze sanitarie come accade in Norvegia, in Austria, in Lussemburgo, in Danimarca. La dimensione media delle strutture residenziali è compresa fra i 50 e i 100 ospiti nella maggior parte dei paesi europei; solo in alcune tipologie di strutture dell'Irlanda, del Portogallo e dell'Italia (case di riposo, dimensione media di 46 posti letto) si registra una dimensione media inferiore. Le RSA italiane hanno invece una dimensione media di 56 letti (OCDE, 1996, Pesaresi, 2000).

Tab. 6 – Livello di sviluppo dell’assistenza domiciliare e residenziale agli anziani in alcuni paesi europei.

ELEVATO		INTERMEDIO		BASSO	
DOMICILIARE 10%+	RESIDENZIALE 6%+	DOMICILIARE 3,1%-10%	RESIDENZIALE 3,1%-6%	DOMICILIARE 0%-3%	RESIDENZIALE 0%-3%
Norvegia	Norvegia	Germania	Germania	Grecia	Grecia
Olanda	Olanda	Regno Unito	Regno Unito	Portogallo	Portogallo
Svizzera	Svizzera	Irlanda	Irlanda	Italia	Italia
Finlandia	Finlandia	Svezia	Austria	Spagna	
Islanda	Islanda	Francia	Danimarca	Austria	
Danimarca	Belgio	Belgio	Spagna		
	Lussemburgo				
	Svezia				
	Francia				

Fonte: Tabb. 2 e 4.

Molti paesi stanno concentrando la loro attenzione sul miglioramento della qualità dell’ambiente strutturale e delle prestazioni all’interno delle strutture residenziali assumendo il principio dell’adattamento dell’assistenza residenziale ai bisogni degli anziani per far sparire gli aspetti più spiacevoli della vita in collettività come l’assenza di intimità, l’assenza di cure personalizzate, l’assenza del rispetto dei ritmi normali della vita quotidiana anche attraverso procedure di accreditamento delle strutture stesse per elevarne la qualità strutturale ed organizzativa.

L’anziano ricoverato nelle strutture residenziali europee è in genere una donna con 85 anni e più. Gli anziani della fascia di età 65-74 anni all’inizio degli anni ‘90 rappresentavano in media una percentuale inferiore al 2% del totale della popolazione anziana di quella fascia di età. Superata quella soglia di età il rischio di ricovero aumenta rapidamente al crescere degli anni. Sempre nei primi anni ‘90, il 18% degli ultraottantacinquenni era ricoverato in Austria, il 24% in Danimarca, il 22% nel Regno Unito, il 23% in Svezia e addirittura il 51% in Norvegia (OCDE, 1996). La tendenza delle strutture residenziali europee è quella di ospitare sempre più anziani in condizioni di grave non autosufficienza ed anche i criteri di accesso, in questo senso, tendono a diventare sempre più rigidi.

Strettamente collegata alla politica di contrasto e di riduzione della istituzionalizzazione, numerosi paesi hanno sviluppato l’offerta di alloggi protetti per anziani dove gli stessi possano vivere autonomamente con l’aiuto dell’assistenza domiciliare e con la garanzia di una maggiore sicurezza che può derivare da un collegamento ad un sistema di telesoccorso o teleassistenza. Si tratta di alloggi adattati alle esigenze degli anziani che perdono autonomia che spesso derivano dalla trasformazione delle tradizionali residenze collettive. In Olanda, nel 1996, ben l’11% degli anziani erano ospitati in alloggi protetti ma una offerta importante – fra il 3% e il 6% degli anziani - era ravvisabile anche in altri paesi come la Svezia, l’Inghilterra, la Norvegia e la Danimarca (Cfr. Tab. 7).

Negli ultimi anni, inoltre, hanno cominciato a diffondersi sempre più le politiche per la diffusione delle **tecnologie** applicate agli alloggi per anziani. Le nuove tecnologie non comprendono solo le tecnologie informatiche o telematiche ma anche strumenti automatizzati di ausilio allo svolgimento delle attività quotidiane all’interno dell’abitazione, come l’apertura o chiusura delle serrande con telecomando o lo spostamento con sistema automatizzato del piano di lavoro della cucina. Il mercato per tali prodotti e le politiche nazionali sono ancora poco sviluppate ma le sperimentazioni non mancano e lasciano intravedere gli sviluppi per il futuro. In Danimarca (*Sophie House*), in Norvegia (progetto Besta), in Olanda ed anche in Italia sono stati realizzati dei prototipi

specifici di abitazione per anziani provvista di numerosissimi supporti tecnologici innovativi in grado di aiutare un anziano non autosufficiente a vivere nella propria abitazione.

Tab. 7. Percentuale di anziani che vivono negli alloggi protetti in alcuni paesi europei.

Nazione	Anno	% di anziani
Olanda	1996	11,0
Inghilterra	1996	6,5
Danimarca	2001	5,3
Norvegia	1995	4,6
Svezia	1996	3,0
Finlandia	1996	2,0
Francia	1996	2,0
Belgio	1993	2,0
Austria	1993	0,04
Spagna	1993	0,03

Fonte: nostra elaborazione su dati Rostgaard (2001b), Pacolet (2000), Schoop (2002).

In Danimarca sono i poteri pubblici che sostengono l'utilizzo delle nuove tecnologie. In questo paese i supporti tecnici sono concessi a tutti coloro che hanno necessità particolari, senza una verifica delle possibilità economiche. Se un anziano ha bisogno di un supporto (ad esempio, del meccanismo di apertura a distanza della porta o di un allarme per la sicurezza personale) il reparto comunale dei "supporti tecnici" provvede a pagarlo, installarlo e mantenerlo in funzione. Ma non basta. Migliaia di persone anziane hanno attualmente un sistema di allarme trasmittente/ricevente che li mette in connessione con il dipartimento del servizio sociale di giorno e i servizi di emergenza di notte (Morini, 1998). In Spagna è un organismo governativo, l'IMSERSO, che sostiene direttamente il 65% del costo di installazione del servizio di teleassistenza domiciliare così che in pochi anni il servizio aveva raggiunto, nel 2001, 40.289 utenti ma conta di arrivare a 150.000 anziani entro il 2006 (IMSERSO, 2002).

4. I fornitori di prestazioni domiciliari e residenziali

Se la programmazione dei servizi spetta al pubblico, un ruolo molto importante nel campo dell'offerta dei servizi è stato conquistato dal settore privato, sia dagli enti senza scopo di lucro - spesso di emanazione confessionale o caritativa - sia dalle imprese commerciali. In sostanza, i fornitori privati con e senza scopo di lucro, in questi ultimi anni, stanno assumendo un ruolo di crescente importanza, mentre l'ente pubblico si dedica sempre meno all'erogazione diretta di prestazioni e sempre più a finanziare, regolare e coordinare le prestazioni erogate dai fornitori privati e pubblici (Rostgaard, 2001a). Con livelli assai diversi nelle varie nazioni, sono stati introdotti alcuni elementi di mercato nei servizi sociali puntando soprattutto sulla separazione fra le funzioni di acquisto e di controllo in capo al pubblico, in particolare agli enti locali, ed assegnando le funzioni di erogazione delle prestazioni soprattutto a soggetti privati commerciali o non-profit.

La prima significativa esperienza di introduzione dei mercati sociali è sicuramente quella dell'**Olanda** che, soprattutto a seguito di difficoltà di bilancio, ha avviato sin dagli anni '70 lo sviluppo dell'economia mista dei servizi sociali caratterizzata non più dalla netta prevalenza del pubblico ma da una pluralità di attori impegnati nell'erogazione di prestazioni. Su questa linea si è mossa prima di ogni altro paese europeo influenzando l'esperienza della Gran Bretagna e di molti altri paesi. Oggi, la maggior parte dei servizi

sociali domiciliari e residenziali sono forniti da agenzie non-profit indipendenti molte delle quali di estrazione religiosa che traggono le loro risorse dai finanziamenti pubblici. L'Olanda sostenendo i principi della sussidiarietà, così come la Germania, ha ridotto sensibilmente il ruolo pubblico nell'offerta diretta dei servizi pubblici preferendo sostenere l'iniziativa delle organizzazioni indipendenti che forniscono servizi sociali. Naturalmente nel tempo è cambiata anche la forma del finanziamento di queste organizzazioni che inizialmente ricevevano contributi importanti ed oggi invece vengono finanziati sulla base di progetti (Munday, 2001). Negli ultimi anni il governo olandese, che in precedenza aveva sempre sostenuto esclusivamente le organizzazioni non profit, ha modificato i propri orientamenti avviando una politica di incentivazione dei fornitori privati commerciali. Dal 1998, infatti, sono stati introdotti sussidi per le imprese con fine di lucro che erogano assistenza domiciliare.

La **Gran Bretagna** ha modificato l'organizzazione dei propri servizi sociali e di quelli per gli anziani attraverso l'introduzione di un modello di funzionamento della produzione dei servizi sociali ispirato ai meccanismi di mercato. Con la riforma del 1990 – “*NHS and Community Care Act*” – poi implementata nel 1993, si sono sostanzialmente introdotti i mercati sociali nel Regno Unito (Pavolini, 2001). Nella nuova organizzazione l'ente locale valuta le condizioni dei richiedenti e, per quelli che rientrano nelle condizioni dell'assistenza, acquista i pacchetti di prestazioni necessari, ma senza avere la gestione diretta della fornitura. Le nuove norme introdotte prevedono che l'85% delle risorse trasferite ai comuni dovevano essere utilizzate, in tutti i nuovi casi di assistenza, a prestazioni acquisite dal settore privato.

Il nuovo sistema ha prodotto dei sensibili mutamenti tanto che nel periodo 1993-1999 l'attività pubblica di erogazione diretta di assistenza domiciliare (dedicata complessivamente per il 92% agli anziani) si è ridotta del 21% mentre quella privata *for profit* è aumentata enormemente passando da una quota di mercato pari al 2% a quella del 51% (con prevalenza di interventi presso quei soggetti che richiedono una assistenza più intensiva). In particolare sono cresciuti i servizi domiciliari più flessibili per cui sono aumentate le prestazioni erogate nei fine settimana e fuori dagli orari consueti.

La stessa cosa è avvenuta per l'assistenza residenziale per gli anziani. Dal 1993 i comuni sono i principali responsabili dell'assistenza residenziale venendo anche ad assumere la responsabilità delle strutture socio-sanitarie, che in precedenza dipendevano dal Servizio sanitario nazionale (Pavolini, 2001). Nel 1980 erano prevalenti le strutture pubbliche, mentre nel 1998 solo il 22% delle strutture continuavano ad essere gestite dal settore pubblico. Le amministrazioni locali avevano venduto o trasferito al settore privato la gestione di tutte le altre (Knapp, 2001), soprattutto alle aziende con scopo di lucro che alla fine degli anni novanta rappresentavano la quota maggiore dei posti letto residenziali.

Con l'esternalizzazione, dal 1992 al 1998, si è registrato un aumento del 52% delle ore di assistenza domiciliare a cui ha corrisposto una riduzione dell'assistenza residenziale con una evidente sostituzione, assai rara a vedersi in questo settore, dei servizi residenziali con quelli domiciliari.

In precedenza, negli anni settanta ed ottanta, l'offerta di assistenza residenziale era alimentata da piccole imprese soprattutto a conduzione familiare e da fornitori non organizzati in reti del settore non profit. Con il passare degli anni il mercato ha attirato grandi operatori economici che hanno concentrato l'offerta in un numero più ridotto di fornitori. All'inizio del 2000, solo 18 grandi società, per la maggior parte quotate in borsa, gestivano complessivamente 1.360 strutture per anziani pari al 22% di tutta l'offerta privata di residenze per anziani del Regno Unito (Knapp, 2001).

L'assistenza domiciliare è invece fornita da piccoli fornitori locali ma anche in questo campo si registrano tendenze di concentrazioni e rafforzamenti aziendali attraverso fusioni ed acquisizioni (Hardy, 1999).

Naturalmente il coinvolgimento di soggetti privati nella gestione di servizi richiede una grande attenzione nel definire e verificare standard di qualità adeguati ed omogenei delle prestazioni sociali. Nei primi anni '90 si era data una prima risposta con l'elaborazione e l'applicazione di contratti di grande dettaglio e rigidità mentre più recentemente, nel 2000, il governo Blair, ha approvato un provvedimento organico, il *Care Standard Act 2000* che ha istituito una vera e propria struttura nazionale per la qualità sociale costituita da più organismi legati da un disegno unitario. Il loro compito è quello di tutelare gli utenti (soggetti deboli e/o vulnerabili) dei servizi sociali con:

- la definizione degli standard assistenziali, affinché beneficiari e i fornitori sappiano che cosa devono aspettarsi e che cosa garantire;
- la registrazione dei fornitori delle prestazioni di assistenza (compresi quelli individuali);
- lo sviluppo e la diffusione delle linee guida sulle "migliori pratiche" nei servizi sociali.

Il *Care Standard Act 2000* a questo fine ha previsto la costituzione di 5 organismi nazionali, che sono:

- il *National Care Standards Commission (NCSC)*, il cui compito è quello di elaborare per conto del Ministero della Sanità (e dei servizi sociali) gli standard minimi nazionali delle strutture e delle attività del settore sociale come quelle relative all'assistenza domiciliare, alle strutture per anziani e minori, alle agenzie per le adozioni volontarie ecc.
- il *Training organisation for social care (TOPSS)*, il cui compito è quello di determinare le necessità formative degli operatori sociali, di sviluppare ed implementare una strategia formativa nazionale, di pianificare le necessità di forza lavoro per il settore sociale e di sviluppare gli standard nazionali occupazionali per il settore.
- il *General social care council (GSCC)*, che ha il compito di promuovere elevati standard di pratica lavorativa (professionale) e di formazione degli operatori sociali. Si tratta del primo organismo regolatore delle professioni sociali in Inghilterra. Esso ha tre principali funzioni:
 1. elaborare il Codice dell'esercizio professionale, definendo gli standard di comportamento e di pratica degli operatori sociali;
 2. registrare gli operatori sociali. La registrazione del *GSCC* dovrà costituire una sorta di sigillo a garanzia della competenza e dell'affidabilità degli operatori. Il *GSCC* ha dunque un ruolo importante nell'assicurare che una persona inadatta non venga occupato come operatore sociale;
 3. regolare la formazione e il tirocinio degli operatori sociali, approvando i corsi per l'istruzione e il training degli operatori sociali.
- il *Social care institute of excellence (SCIE)*, il cui compito è quello di sviluppare e promuovere la conoscenza circa le migliori pratiche nei servizi sociali attraverso le *reviews* delle evidenze delle ricerche e delle esperienze, il coinvolgimento di tutti gli *stakeholders* all'interno dei servizi sociali (beneficiari, assistenti ed operatori sociali, ricercatori ed operatori dei servizi ispettivi) diffondendo le conoscenze di base attraverso guide alle buone pratiche e librerie elettroniche per i servizi sociali;
- Il *Social services inspectorate (SSI)*, il cui compito è quello di fornire consulenza al Ministro e di monitorare l'implementazione delle politiche governative per il personale dei servizi sociali. Il *SSI* porta avanti un programma nazionale di ispezioni e valuta la qualità dei servizi e le *performance* complessive dei servizi sociali locali. Si tratta

dell'unico organismo dei 5 già preesistente e che è stato confermato dal *Care Standard Act 2000* (Department of Health, sito web).

L'assistenza agli anziani in **Germania** fa capo a due possibilità principali: l'assicurazione contro la non autosufficienza e l'assistenza sociale erogata dai comuni e soggetta a verifica delle possibilità economiche.

La legge tedesca sull'assicurazione contro la dipendenza, in vigore dal 1995, garantisce una copertura specifica per le cure di lunga durata a tutti gli aderenti al sistema di assicurazione pubblico. Il sistema copre anche i familiari degli assicurati così che la copertura raggiunge il 90% della popolazione. Sono considerate non autosufficienti tutte le persone che hanno un bisogno elevato di assistenza per gli "atti essenziali della vita" in modo permanente, (previsto) per almeno 6 mesi. Nel 1999, 1.820.000 persone percepivano delle prestazioni relative all'assicurazione sulla non autosufficienza a cui si aggiungevano altre 70.000 persone assicurate con il regime privato. L'80% dei beneficiari era ultrasessantenne. Le prestazioni non variano secondo i redditi e non dipendono che dal bisogno di assistenza. Solo il 30% delle persone dipendenti beneficiano delle cure all'interno delle strutture residenziali collettive. Circa il 70% riceve dunque una prestazione per cure a domicilio. Gli stessi beneficiari possono scegliere tra prestazioni in natura – e cioè interventi di servizi professionali che hanno concluso un contratto con l'ente assicurativo – o prestazioni in denaro che il beneficiario può utilizzare per remunerare un'assistente. E' anche possibile una combinazione delle due ma le prestazioni in natura sono di un ammontare quasi due volte più elevato di quelle in denaro. In media, i tre quarti dei beneficiari (fuori delle strutture residenziali) optano per le prestazioni in denaro.

L'introduzione della assicurazione ha ovviamente modificato il ruolo dei comuni che hanno ridotto in modo consistente la loro attività in questo settore tanto che la spesa per gli anziani non autosufficienti sostenuta dai comuni è passata dall'80% del 1994 al 21% del 1999 del totale della spesa per gli anziani non autosufficienti ma ha immesso nel sistema dell'assistenza un volume di risorse che è quasi triplicato rispetto a quanto veniva garantito, in precedenza, per i non autosufficienti, anziani in particolare (Pesaresi, Gori, in corso di pubblicazione). Quale tipo di erogatore di prestazioni ha intercettato queste nuove risorse? In Germania, l'intervento pubblico è fortemente condizionato dal principio della sussidiarietà recepito anche nella Costituzione. Secondo tale dottrina le autorità pubbliche devono essere coinvolte nella fornitura dei servizi sociali solo quando siano completamente esaurite le capacità e le risorse che permettono alla famiglia, alla comunità e alle organizzazioni sociali non pubbliche di assistere i propri membri (Anttonen, 2001). Addirittura gli enti pubblici hanno l'obbligo di non attivare propri fornitori di servizi dove già esistono organizzazioni non-profit. Tuttavia, sono gli enti pubblici ad avere la responsabilità della programmazione dei servizi e della verifica che le prestazioni siano fornite nel rispetto della legislazione (Landwehr, Wolff, 1993). Il principio della sussidiarietà si traduce, nel settore sociale, non solo nella prevalenza delle prestazioni monetarie rispetto ai servizi sociali pubblici ma anche nell'attività prevalente di organizzazioni private non profit (sostenute da finanziamenti pubblici) a sostegno della famiglia.

Le molte organizzazioni non-profit presenti sono principalmente di carattere religioso o a matrice ideologica e sono tra di loro associate in sei principali associazioni nazionali, che svolgono una funzione di coordinamento tra i diversi gruppi, rappresentate a loro volta nella Associazione federale delle agenzie volontarie di welfare. Le associazioni centrali dispongono di bilanci assai consistenti, non hanno una specializzazione settoriale ed impiegano molti dipendenti insieme ai volontari. Una delle sei associazioni principali, l'agenzia per i servizi della chiesa protestante tedesca, impiega 86.000 persone nei soli

servizi sociali, a cui poi si aggiungono quelli del settore della sanità e dell'educazione (Munday, 2001).

In questo quadro i fornitori privati di prestazioni assistenziali agli anziani detengono la quota maggioritaria del mercato. Le istituzioni commerciali con scopo di lucro sono in forte crescita, soprattutto in questi ultimi anni a seguito dell'approvazione della legge sulla assicurazione della non autosufficienza, e già oggi coprono quasi la metà (46%) del mercato dei servizi domiciliari. Le organizzazioni non-profit sono invece maggioritarie nei servizi residenziali. Infatti alla fine degli anni '90, la maggior parte delle strutture residenziali appartenevano alle organizzazioni del terzo settore, il 30% alle società commerciali e solo la rimanente quota al settore pubblico (Forder, 2001).

In sostanza il sistema tedesco si basa sull'organizzazione privata dell'assistenza finanziata dal settore pubblico e molto attenta alle esigenze del singolo spesso considerato come acquirente delle prestazioni.

La **Francia** con l'approvazione, nel 1997, della "*Prestation spécifique dépendance*" (PSD), una prestazione specifica riservata agli anziani non autosufficienti ha creato le condizioni per una crescita del settore dei fornitori privati di prestazioni sociali. Anche se tale crescita è stata contenuta perché il sistema prescelto ha favorito soprattutto un consumo familiare del contributo economico o la remunerazione di un assistente anche familiare dell'assistito. La PSD è una prestazione in natura che assume la forma del "buono servizio" a cui possono accedere gli anziani non autosufficienti con almeno 60 anni che hanno bisogno di essere aiutati nello svolgimento degli atti essenziali della vita. L'importo del "buono servizio" dipende dallo stato di bisogno ma anche dalla situazione reddituale e patrimoniale dell'assistito. Chi supera un certo reddito viene escluso dalla PSD. Il diritto alla prestazione e la sua tipologia viene stabilito da una commissione medico-sociale che valuta il grado di non autosufficienza in base ad una "scala di misurazione" (denominata "*AGGIR*") adottata a livello nazionale che prevede sei diversi livelli di autonomia/dipendenza. Con il "buono servizio" assegnato si attribuisce all'anziano non autosufficiente la possibilità di assumere una o più persone (il numero di ore è legato al suo livello di gravità) che prestino aiuto domiciliare. La persona che presta assistenza viene scelta direttamente dall'assistito ma viene pagata direttamente dal Servizio pubblico, anche per combattere il lavoro nero. Se la persona prescelta è un parente questa deve essere disoccupata e non può essere il coniuge o convivente. E' possibile comunque richiedere anche altri servizi domiciliari. Nel caso in cui l'anziano sia ricoverato presso una struttura residenziale la prestazione viene erogata direttamente a questa. Nei primissimi anni di applicazione, gli anziani hanno utilizzato la PSD per assumere un assistente al domicilio nel 38% dei casi, per l'acquisto di servizi presso società nel 31% dei casi, per il pagamento di un familiare nel 22% dei casi e per l'acquisto di servizi di collaborazione domestica nel 9% dei casi (Jenson e Jacobzone, 2000).

L'applicazione della PSD ha suscitato numerose critiche che hanno portato il Governo francese a sostituirla, dal 1° gennaio 2002, con l'"*Allocation personnalisée d'autonomie*" (APA). Il nuovo programma che potremmo tradurre come "indennità personalizzata per l'autonomia" si configura come un perfezionamento della PSD di cui cerca di superare i limiti principali evidenziati nella precedente esperienza. Le principali modifiche che vengono apportate con l'APA sono le seguenti:

- essa ha una applicazione omogenea su tutto il territorio francese;
- non vengono più esclusi coloro che superano una certa soglia di reddito anche se questo determina una loro diversa partecipazione alla spesa;
- l'APA punta a raggiungere 800.000 anziani con problemi di non autosufficienza o parzialmente non autosufficienti rispetto ai 139.000 assistiti con la PSD.

Nel caso di anziano da assistere al domicilio l'equipe medico-sociale definisce il piano di assistenza. L'APA serve a finanziare tutte le spese previste nel piano che, una volta messe in opera permetteranno al beneficiario dell'APA di continuare a vivere nella sua casa. Il piano di assistenza può prevedere ore di aiuto domestico o di "custodia" a domicilio (di giorno come di notte) effettuate da una terza persona, le spese di accoglienza temporanea in una struttura residenziale, un servizio di pasti a domicilio, il teleallarme da installare, dei lavori di adattamento dell'alloggio, di un servizio di lavanderia a domicilio, di un servizio di trasporto, di riparazione e di piccoli lavori. Il piano di assistenza può prevedere anche degli aiuti tecnici come una sedia a rotelle, dei bastoni da passeggio, un deambulatore, un letto articolato, un sollevatore per malati, del materiale monouso per incontinenti (per la parte di questa spesa non coperta dall'assicurazione di malattia). L'ammontare massimo attribuibile dal piano d'assistenza è fissato da un prontuario stabilito a livello nazionale. Per ciascun gruppo iso-risorse (GIR) l'APA è stabilita in una misura variabile che tiene conto, per esempio nell'ipotesi di assistenza domiciliare, del livello di dipendenza e del reddito del beneficiario. Per la fornitura della prestazione domiciliare, il beneficiario dell'APA può assumere regolarmente e direttamente una persona (che non può essere un suo congiunto) oppure può rivolgersi a degli organismi specializzati che vi provvedono e che possono essere i Centri comunali di azione sociale, le associazioni accreditate dallo Stato per gli impieghi familiari o le imprese (Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001; Pesaresi, Gori, in corso di pubblicazione).

Le prestazioni sono poi materialmente erogate principalmente da organizzazioni non-profit (le *associations*), dalle municipalità e da una piccola percentuale di erogatori con fine di lucro. Le organizzazioni del terzo settore hanno un ruolo predominante nell'offerta di assistenza domiciliare sociale (Anttonen & Sipilä, 2001) mentre nell'assistenza residenziale gli erogatori sono pubblici e privati ma in questo caso i fornitori con scopo di lucro svolgono un ruolo più importante.

I rapporti fra il comune che finanzia e il soggetto erogatore delle prestazioni è regolato da un apposito accordo che contiene le condizioni generali per l'erogazione.

Diversamente dai paesi che abbiamo visto sinora ci sono anche paesi dove i servizi domiciliari e le strutture residenziali sono soprattutto pubblici come in Danimarca, in Finlandia ed in Austria (solo le strutture residenziali).

In **Danimarca** anche se si registra una certa crescita del ricorso alla fornitura di servizi erogati da privati (finanziati dagli enti locali) le dimensioni di tale fenomeno sono ancora modeste per cui la competitività tra gli erogatori è molto ridotta e i comuni hanno quasi il monopolio dell'offerta dei servizi (Weekers, Pijl, 1998). Le resistenze all'introduzione di elementi di mercato sono piuttosto diffuse tra quasi tutti i soggetti interessati: sono diffuse tra gli operatori pubblici che temono gli effetti negativi sulle loro condizioni di lavoro, sono diffuse tra i comuni che temono una riduzione del potere di controllo e sono presenti anche tra gli utenti che temono per la qualità delle prestazioni. Comunque, anche in Danimarca le politiche governative hanno previsto alcuni primi meccanismi per stimolare un cauto sviluppo del settore sociale privato attraverso il sovvenzionamento di società ed organizzazioni che erogano assistenza domiciliare e che possono essere liberamente scelte dagli assistiti ma solo per le pulizie di casa.

Anche in **Finlandia** il ruolo principale viene svolto da soggetti pubblici mentre gli erogatori privati di prestazioni domiciliari gestiscono solo il 10% circa dell'offerta complessiva di servizi. In diversi casi queste imprese si limitano a fornire dei servizi di aiuto domestico ed altre prestazioni non specializzate come in Norvegia (Pesaresi, 2000; Pavolini, 2001) o a detenere quote modeste di mercato come in Svezia (solo il 9%) (Thorslund, 2000).

In **Austria** è la maggioranza delle strutture residenziali ad essere di proprietà pubblica mentre un terzo circa delle strutture sono di proprietà di organizzazioni *non profit* e la quota rimanente di società commerciali. Per quel che riguarda l'assistenza domiciliare il ruolo principale, invece, viene svolto dalle organizzazioni *non-profit*.

In **Belgio**, l'offerta di assistenza residenziale e domiciliare è più o meno equamente divisa tra servizi pubblici ed organizzazioni private (Anttonen & Sipila, 2001).

Nei paesi dell'Europa del Sud i principali fornitori di assistenza residenziale agli anziani sono i soggetti privati. In **Grecia** è la Chiesa greco-ortodossa la principale fornitrice di strutture residenziali anche se recentemente sono comparsi anche operatori commerciali mentre in **Spagna**, i due terzi dell'offerta residenziale è fornita da strutture private. L'impegno pubblico è invece più elevato nella fornitura di prestazioni domiciliari sebbene vi sia una crescente presenza di organizzazioni non profit (religiose ed altro) che stipulano accordi contrattuali con gli enti locali (Munday, 2001; Forster, 2001).

In sostanza, i fornitori privati (con e senza scopo di lucro), in questi ultimi anni, stanno assumendo un ruolo di crescente importanza, mentre l'ente pubblico si dedica sempre meno all'erogazione diretta di prestazioni e sempre più a finanziare, regolare e coordinare le prestazioni erogate dai fornitori privati e pubblici.

L'introduzione di meccanismi di mercato è diventata una politica di fondo di numerosi paesi europei anche se in modo e con intensità diversa. Più forte in Inghilterra dove, di fatto, si sta andando verso la privatizzazione di un settore in precedenza a prevalenza pubblica ed in Olanda dove l'innovazione ha effettivamente introdotto diversi meccanismi competitivi. Molto più debole in altri paesi come la Svezia e la Finlandia dove assistiamo a delle esternalizzazioni dei governi locali in presenza di convenienze economiche o in Danimarca dove il ricorso al mercato riguarda un segmento assai limitato (Rostgaard, 2001).

Un'altra tendenza significativa rilevata è relativa alla comparsa o al rafforzamento della presenza di fornitori privati commerciali come in Germania, nel Regno Unito o in Spagna dove svolgono il ruolo principale nei servizi residenziali e, in qualche caso, anche nei servizi domiciliari. Molti paesi dell'Unione Europea (come la Germania, l'Olanda, il Lussemburgo) sostengono da tempo l'economia mista dei servizi sociali mentre altri paesi vi si stanno avvicinando a grandi passi principalmente per problemi di ordine economico. Le contrarietà che pure ci sono state nel passato oggi non si registrano più e c'è invece un ampio consenso sul ruolo centrale che deve assumere il terzo settore e, in misura minore, anche le organizzazioni for profit. Nel dibattito politico europeo l'opinione prevalente ritiene che in effetti forme di mercato e la competizione possano stimolare positivamente il settore offrendo la possibilità di scelta agli utenti e costringendo i fornitori ad avere adeguate attenzioni verso le preferenze dei beneficiari (Munday, 2001).

I fornitori privati non-profit e for profit costituiscono una parte assai importante di molti sistemi di servizi sociali europei ed è evidente la crescita in quasi tutti i paesi dei fornitori privati delle prestazioni sociali. Ci sono differenze fra assistenza residenziale e assistenza domiciliare ma la tendenza in Europa è abbastanza evidente e vede la prevalenza dei fornitori privati nella maggioranza dei paesi dell'Unione e all'interno dei fornitori la prevalenza di quelli non profit anche se si registra una crescita evidente di quelli for profit sostenuti anche da politiche pubbliche (Cfr. Tab. 8).

Questa fase si è accompagnata all'incremento del potere di scelta assegnato agli utenti da esercitare con la diffusione dei contributi economici da utilizzare liberamente o con la diffusione dei buoni-servizio o valorizzandolo nella sua veste di protagonista delle scelte relative alle modalità dell'assistenza. Proprio per questo ma anche per favorire l'autonomia degli anziani alcune nazioni come la Danimarca e l'Olanda hanno fatto in modo che essi partecipino alle decisioni che li riguardano circa le modalità dell'assistenza mentre in

Germania la legge sull'assicurazione sulla non autosufficienza mette in condizione l'assistito di scegliere fra più possibilità di servizi e prestazioni, cosa che in buona parte accade anche in Francia ed in Austria nei relativi programmi di indennizzo per le cure continue.

Tab. 8 – Tipologia degli erogatori dell'assistenza residenziale in alcuni paesi dell'Unione Europea.

nazione	prevalenza fra erogatori pubblici e privati		erogatori privati: tipologia prevalente	
	ass. residenziale	ass. domiciliare	ass. residenziale	ass. domiciliare
Germania	privata	privata	non profit	for profit
Grecia	privata		non profit	
Olanda	privata	privata	non profit	non profit
Regno Unito	privata	privata	for profit	for profit
Spagna	privata	pubblica		non profit
Austria	pubblica	privata	non profit	non profit
Danimarca	pubblica	pubblica		
Finlandia	pubblica	pubblica		
Svezia		pubblica		
Francia	equilibrio	privata	for profit	non profit
Belgio	equilibrio	equilibrio		

Fonte: bibliografia.

5. Conclusioni

Nel 2030 gli anziani costituiranno un quarto dell'intera popolazione dell'Unione Europea ma già oggi gli ultrasessantacinquenni sono oltre 27 milioni. Ed è proprio in questa ultima fascia di età che diventa sensibile il peso della disabilità che richiede una adeguata assistenza sociale e sanitaria.

Per far fronte alle necessità assistenziali degli anziani i paesi dell'Unione Europea hanno scelto l'assistenza domiciliare come asse strategico su cui puntare. Dovunque cresce l'impegno per l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria che in diversi paesi raggiunge più del 10% della popolazione anziana. Crescono le ore di assistenza domiciliare anche laddove, come in Inghilterra, si riduce il numero degli assistiti perché l'attenzione si concentra sempre più verso i casi più impegnativi. Una ulteriore tendenza che si è registrata è relativa alla ricerca di una maggiore flessibilità nell'erogazione dei servizi e di un maggior coordinamento tra le prestazioni erogate per fornire prestazioni sempre più personalizzate e quindi adeguate ai bisogni rappresentati. Si riducono i servizi con prestazioni standardizzate mentre cresce la fornitura di pacchetti di prestazioni costruiti su misura per i singoli utenti e cresce l'utilizzo delle moderne tecnologie telematiche. La flessibilità dei servizi sarà sempre più importante stimolata dall'introduzione di innovazioni nelle prestazioni per rispondere ai nuovi bisogni che derivano dalle politiche di mantenimento a casa dell'anziano (che dunque spesso avrà bisogno di trasporto, di pasti a domicilio, di centri diurni, ricoveri di sollievo, ecc.) e dal presumibile aumento di prestazioni integrate sociali e sanitarie per aumentare l'efficacia degli interventi.

La valutazione dei trends dell'assistenza residenziale appare invece leggermente più complessa. Dopo essere cresciuta per tutti gli anni '80, nello scorso decennio la tendenza sembrerebbe essersi invertita dopo aver comunque raggiunto la quota del 5% di tutti gli anziani dei paesi dell'Unione Europea. Continua invece a crescere l'assistenza residenziale nei paesi dell'Europa del sud dove i livelli di partenza sono oggettivamente piuttosto bassi

mentre nella maggioranza degli altri paesi dell'Unione Europea sono diminuiti gli anziani ospitati nelle strutture residenziali sociali e sanitarie. Le motivazioni sono da ricercare nel duplice interesse che coinvolge pubbliche amministrazioni e anziani di ridurre i costi dell'assistenza e garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio dell'anziano stesso. Questa modificazione culturale e le conseguenti politiche di contrasto del rischio di ricovero in strutture residenziali collettive ha portato allo sviluppo di alloggi protetti per anziani che in paesi come l'Olanda, l'Inghilterra e la Danimarca ospitano più anziani di quanti siano collocati nelle strutture residenziali. Gli alloggi protetti sono appartamenti costruiti od adattati appositamente per le esigenze degli anziani che stanno perdendo autonomia e dove gli stessi possono vivere in modo indipendente con l'aiuto dell'assistenza domiciliare sociale e sanitaria e con la garanzia di una maggiore sicurezza che può, per esempio, derivare da un collegamento di teleassistenza.

Una altra tendenza chiaramente rilevabile nei paesi europei è lo sforzo per migliorare la qualità delle strutture residenziali e la qualità della vita al loro interno attraverso la riproposizione di ambienti e ritmi di tipo familiare, la personalizzazione dell'assistenza, il rispetto della privacy, percorso perseguito soprattutto attraverso procedure di accreditamento delle strutture stesse.

Questa fase è sostenuta da una costante crescita in quasi tutti i paesi europei dei fornitori privati non-profit e for profit di prestazioni sociali domiciliari e residenziali. Ci sono differenze fra assistenza residenziale e assistenza domiciliare ma la tendenza evidenzia la prevalenza dei fornitori privati nella maggioranza dei paesi dell'Unione e all'interno dei fornitori la prevalenza di quelli non profit anche se si registra una crescita evidente di quelli for profit sostenuti anche da politiche pubbliche. In particolare si segnala la comparsa o il rafforzamento della presenza di fornitori privati commerciali come in Germania, nel Regno Unito o in Spagna dove svolgono il ruolo principale nei servizi residenziali e, in qualche caso, anche nei servizi domiciliari. Di conseguenza anche il ruolo dei comuni e degli altri enti locali coinvolti nell'assistenza agli anziani tende a valorizzare la funzione di pianificazione, responsabilità e finanziamento dei servizi piuttosto che la funzione di gestore ed erogatore diretto di servizi (Munday, 2001).

Quasi dovunque si riscontra un impegno notevole per l'assistenza degli anziani con più elevati gradi di disabilità e nella ricerca di maggiori risorse da destinare al settore che quasi dovunque passa attraverso la partecipazione alla spesa da parte dei soggetti fruitori e qualche volta attraverso l'istituzione di assicurazioni/programmi universalistici per la copertura della non autosufficienza.

La comparazione europea presenta dunque una realtà in movimento insieme a delle linee di tendenza abbastanza ben delineate che sarebbe un errore non valutare anche in funzione degli sviluppi che si rendono necessari per adeguare l'assistenza domiciliare e residenziale in Italia.

Bibliografia

- Anttonen A. e Sipilä J., *I modelli di servizi sociali in Europa*, in “I servizi sociali in Europa” a cura di Cristiano Gori, Carocci Editore, Roma, 2001.
- Caso O., 2000, *Abitare assistiti nei Paesi Bassi*, in “AeA informa”, 5, pp. 5 -10.
- Davies, B e Fernandez, J, 2001, *Come attuare un case management di successo. L'esperienza internazionale*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 9, pp. 8 -12.
- Department of Health, *Quality in social care. The national institutional framework*, Sito web: <http://www.doh.gov.uk/scqp/leaflet.htm>
- D'Innocenzo A., Continenza R., *La residenza degli anziani Criteri di programmazione e progettazione*, FrancoAngeli, Milano, 1995.
- DREES, Ministère de l'emploi e de la solidarité, *Les personnes âgées dans les années 90*, Etudes et résultats, n.40, novembre 1999.
- DREES, Ministère de l'emploi e de la solidarité, *La prestation spécifique dépendance*, Etudes et résultats, n.143, novembre 2001.
- Du Pasquier JN., Gilgen R., *Svizzera*, in “L'assistenza continuativa all'anziano nei paesi occidentali”, a cura di Bernabei R., Carbonin P., Fellin R., Consiglio nazionale delle ricerche, Roma, 1995.
- European observatory on health care systems, *Health care systems in transition - Svezia*, Who Europe, Copenhagen, 2001.
- European observatory on health care systems, *Health care systems in transition - Belgio*, Who Europe, Copenhagen, 2000.
- European observatory on health care systems, *Health care systems in transition - Norvegia*, Who Europe, Copenhagen, 2000b.
- European observatory on health care systems, *Health care systems in transition - Spagna*, Who Europe, Copenhagen, 2000c.
- Fernandez J e Davies, B, 2001, *Il case management: ottenere equità ed efficienza nell'allocazione delle risorse*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 9, pp 2 -7.
- Forder J., *Lo sviluppo dei mercati sociali*, in “I servizi sociali in Europa” a cura di Cristiano Gori, Carocci Editore, Roma, 2001.
- Gori, C (a cura di), 2001, *I servizi sociali in Europa*, Roma: Carocci (capitoli 1,3,4)
- Hardy B., Mur-Veemanu I., Steenbergen M., Wistow G., *La collaborazione tra servizi sociali e sanitari*, in “I servizi sociali in Europa” a cura di Cristiano Gori, Carocci Editore, Roma, 2001.
- Hardy B., Wistow G. (1999), *Changes in the private sector*, in Hudson B. (ed.), *The changing role of social care*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- IMSERSO (Istituto de migraciones y servicios sociales), *Observatorio de personas mayores, Las personas mayores en espana – informe 2000*, Madrid, 2002.
- ISTAT, *Annuario statistico italiano*, Istat, Roma, 2002.
- ISTAT, *La cura e il ricorso ai servizi sanitari*, Istat, Roma, 2002b.
- Jacobzone S., 1999, *Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives*, OECD, Labour market and social policy occasional papers n. 38.
- Jacobzone S., Cambois, E., Chaplain, E., Robine, J. M., 1999, “The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?”, OECD, Labour market and social policy occasional papers n. 37.
- Jenson J., Jacobzone, S, 2000, *Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers*, OECD, Labour market and social policy occasional papers n. 41.
- Landwehr R., Wolff R. (1993), *The Federal Republic of Germany*, in Munday B., “European social services” European Institute of social services, University of Kent, Canterbury.
- Knapp M., Forder J., Kendall J., Pickard L., (2001), *Le prestazioni assistenziali nel Regno Unito: la crescita del settore indipendente*, Assistenza sociale, n.4/2001.

- Knapp M., Hardy B., Forder J. (2001). *La riforma inglese dieci anni dopo*, Prospettive sociali e sanitarie, n.14/15.
- Kinsella, K. and V.A. Velkoff, U.S. Census Bureau, series p95/01-1, *An aging world 2001*, U.S. Government printing office, Washington, DC, 2001.
- Kyriakidou E., Kotzabassaki S., Christopoulou I., *Care of the elderly in Greece A family centered approach*, ICU & Nursing, 2000, 8° issue.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité République Française, *L'allocation personnalisée d'autonomie*, Paris, 2001.
- Ministero della Sanità, 2001, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000*, Ministero della Sanità, Roma.
- Ministero del lavoro ed affari sociali austriaco, 1999, *The provision for long-term care in Austria*, Vienna.
- Ministry of Health and social affairs, Sweden, *Policy for the elderly*, Fact sheet n.4 – mars 2001.
- Morini A., *Requisiti per abitazioni degli anziani*, DEI, Roma, 1998.
- Munday B., *I problemi e le prospettive dei servizi sociali europei*, in "I servizi sociali in Europa" a cura di Cristiano Gori, Carocci Editore, Roma, 2001.
- Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO), *Social protection in the nordic countries 2000*, NOSOSCO, Copenhagen, 2002.
- Office of fair trading, *Older people as consumers in care homes*, London, 1998.
- OECD, 1996, *Caring for Frail Elderly People. Policies in Evolution*, Paris, OECD.
- ONU, 1998, *World population prospects: The 1998 revision*, New York, ONU.
- Pacolet, J. et alii, 2000, *Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway*, Aldershot: Ashgate.
- Pesaresi F., "Residenze assistenziali e sanitarie per anziani", in "Prisma" n.17/2000.
- Pesaresi, F, 2001, *Integrazione e continuità delle cure in Europa*, in Falcitelli, N, Trabucchi M e Vanara, F, "Rapporto Sanita' 2001. La continuità assistenziale", Fondazione Smith-Kline, Bologna: Il Mulino, pp 27-101.
- Pesaresi F., Simoncelli M., *Quali sfide per le RSA in Italia*, Prospettive sociali e sanitarie, 2001, n.10: pagg. 1-7.
- Payne M., "Il case management nei servizi o sociale: valutazione dell'esperienza britannica", in Donati P. e Folgheraiter F. (a cura di), *Gli operatori sociali nel welfare mix*, Trento, Centro Studi Erickson, pp 169-200, 1999.
- Pavolini E., 2001, *La riforma dei servizi sociali in Gran Bretagna negli anni '90: fra crescita dei mercati e facoltà di scelta per gli utenti*, in "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa" a cura di Ranci C., Milano, FrancoAngeli.
- Pavolini E., 2001, *La scelta degli utenti nei servizi alle persone non autosufficienti. Il caso del Personal budget in Olanda*, in "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa" a cura di Ranci C., Milano, FrancoAngeli.
- Pavolini, E, 2001, *L'assicurazione di cura in Germania*, in Ranci, C. (a cura di), *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, FrancoAngeli, Milano, pp 57-92.
- Pavolini E. (2001b), *I nuovi modelli regolativi pubblici nel campo degli interventi sociali*, Assistenza sociale, n.4/2001.
- Provincia autonoma di Bolzano, *Relazione sociale 2000*, Bolzano, 2001.
- Rostgaard T., *Come cambiano i servizi sociali in Europa*, in "I servizi sociali in Europa" a cura di Cristiano Gori, Carocci Editore, Roma, 2001.
- Rostgaard T., *L'offerta di servizi sociali e socio-educativi*, in "I servizi sociali in Europa" a cura di Cristiano Gori, Carocci Editore, Roma, 2001.
- Schoop L., *Appartamenti protetti per anziani. Esperienze a confronto*, Ipab Oggi n.5/2002.

Thorslund, M, 2000, *Long-term care for elderly people in Scandinavia*, paper non pubblicato.
Regione Emilia Romagna, *Le politiche sociali in Emilia Romagna*, Regione Emilia Romagna, Bologna, 2001.
Regione Toscana, Deliberazione Consiglio regionale 5 giugno 2001, n. 118: “*Piano integrato sociale regionale per l'anno 2001*”, pag. 25.
Regione Veneto, “*Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto*”, Venezia, 2001.
U.S. Bureau of the Census, *International database*, sito internet.
Weekers S., Pijl M. (1998), *Home care and care allowances in European Union*, NIZW, Utrecht.