



## **Welfare state**

Parte 3

**L'assegno di cura  
in Alto Adige:  
Stato attuale. Sviluppo.  
Prospettive.**

Autore: Josef Untermarzoner

Assistenza e consulenza scientifica:  
Silvia Vogliotti, Werner Pramstrahler

Direzione scientifica e coordinamento  
del progetto: Stefan Perini

Responsabile ai sensi di legge: Toni Serafini

Per una maggiore leggibilità si rinuncia all'uso contemporaneo della forma maschile e femminile. I sostantivi riferiti a persone sono quindi da attribuire ad entrambi i sessi.

Riproduzione parziale o totale del contenuto, diffusione e utilizzazione dei dati, delle informazioni, delle tavole e dei grafici autorizzata soltanto con la citazione della fonte (editore e titolo).

© IPL 2016

Pubblicazione n. 2|2016, giugno

© Immagine di copertina: Provincia Autonoma di Bolzano

IPL | Istituto promozione lavoratori  
Palazzo Provinciale 12  
Via Canonico Michael Gamper, 1  
I – 39100 Bolzano  
T. +39 0471 418 830  
office@afi-ipl.org  
www.afi-ipl.org

# Premessa

Per garantire un'efficace gestione di un sistema di welfare occorre verificare periodicamente l'adeguatezza delle prestazioni sociali, così come di tutte le altre sovvenzioni pubbliche. Una buona governance si basa sempre su una buona base informativa, e questo vale ancora di più per i sistemi di welfare europei, messi a dura prova da processi di invecchiamento, dall'evoluzione della famiglia e dalla drastica riduzione delle risorse pubbliche. Anche l'Alto Adige deve affrontare tali sfide. Questo studio – la valutazione delle prassi adottate in Alto Adige per garantire interventi per la non autosufficienza – è stato effettuato al fine di ottimizzare l'erogazione mirata delle prestazioni sociali. Un approccio all'analisi di tipo scientifico è opportuno anche perché saranno numerose le sfide che l'assegno di cura dovrà affrontare, in quanto capitolo principale di spesa nel settore sociale altoatesino.

Una prestazione sociale è ritenuta mirata se soddisfa lo scopo atteso. Nel caso dell'assegno di cura lo scopo definito dalla legge provinciale sugli interventi per l'assistenza alle persone non au-

tosufficienti è garantire una qualità di cura sostenibile, una vita dignitosa alle persone bisognose e un sostegno nelle prestazioni di base nell'ambito della cura domiciliare.

Obiettivo di questo studio è capire chi sono i beneficiari delle prestazioni e come si articola concretamente la loro situazione di cura. Vengono inoltre analizzati gli effetti previsti o prodotti indirettamente sul mercato del lavoro nonché gli effetti economici e territoriali dell'assegno di cura.

La ricerca si configura come progetto pilota effettuato dall'IPL | Istituto Promozione Lavoratori, in stretta collaborazione con la Ripartizione Politiche sociali della Provincia Autonoma di Bolzano e l'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE).

Si tratta di una collaborazione in rete: la Ripartizione Politiche sociali è l'ente responsabile per gli interventi per la non autosufficienza in Alto Adige mentre l'ASSE è l'ente erogatore. L'IPL | Istituto Promozione Lavoratori – in quanto ente

**Figura 1**  
Collaborazioni all'interno  
del progetto pilota

© IPL 2016



pubblico autonomo – effettua già da tempo ricerche nel campo del welfare sociale, delle politiche sociali e per le famiglie<sup>1</sup>; dispone delle risorse necessarie per valutare statisticamente i dati e applicare metodologie qualitative di ricerca. La Ripartizione Politiche sociali, in qualità di responsabile dell'attuazione delle politiche sociali decise dalla Giunta Provinciale, ha individuato nell'IPL un partner obiettivo e scientificamente esperto.

Il progetto pilota in questione rappresenta una solida base informativa da utilizzare per riflettere sul futuro del settore sociale in Alto Adige, e si propone di incentivare una sinergia tra le forze sociali coinvolte.

L'IPL ringrazia sentitamente tutti coloro che hanno contribuito alla riuscita del progetto. Un grazie particolare va all'assessora provinciale Martha Stocker, alla Ripartizione Politiche sociali della Provincia Autonoma di Bolzano – alla Direzione di Ripartizione, all'Ufficio Persone con disabilità, all'Ufficio Anziani e distretti sociali e all'Area funzionale "Servizio per la valutazione della non autosufficienza" – e all'ASSE per l'ottima collaborazione all'interno del gruppo di lavoro e per l'accesso ai dati grezzi. Ringraziamo inoltre la Ripartizione Lavoro della Provincia Autonoma di Bolzano per il gentile sostegno. Infine un ringraziamento anche a tutti i partner intervistati nei gruppi di esperti e focus group per il loro prezioso contributo.

1: Vedi gli studi recentemente pubblicati dall'IPL: "Welfare state: Parte 1 – Modelli di Welfare state in Europa" (IPL 2014a) e "Welfare state: Parte 2 – Le politiche della famiglia in un confronto europeo" (IPL 2015a).

# Abstract

## L'assegno di cura in Alto Adige

L'assegno di cura in Alto Adige è stato introdotto nel 2008. Hanno diritto alla prestazione tutte le persone con un fabbisogno permanente di assistenza di almeno 60 ore al mese. Scopo dell'assegno di cura è garantire alle persone non autosufficienti un'assistenza adeguata e dignitosa nel proprio ambiente abituale e offrire supporto ai familiari curanti. Nel mese di dicembre 2014 in Alto Adige 14.798 persone hanno percepito un assegno di cura (ca. il 2,8% della popolazione altoatesina complessiva), 10.235 di queste venivano curate a domicilio, mentre il resto dei beneficiari era alloggiato in strutture residenziali e veniva curato lì. Oltre la metà delle persone curate a domicilio appartiene al livello assistenziale 1, quindi quello più basso, e solo il 4,6% al livello 4 (quello più alto), che presuppone un fabbisogno di assistenza di oltre 240 ore al mese. Circa il 70% dei beneficiari ha superato i 70 anni.

## Studio su prassi e futuro della cura

Dopo una prassi di sette anni è arrivato il momento, anche alla luce delle imminenti sfide, di analizzare meglio questa prestazione sociale così importante. La nostra ricerca esamina lo stato dell'arte e gli effetti dell'assegno di cura su famiglia, mercato del lavoro, economia e territorio, considerando sia gli andamenti demografici della società ("invecchiamento"), sia gli sviluppi attesi sul mercato del lavoro.

I dati evidenziano chiaramente che i beneficiari più anziani non hanno necessariamente un maggiore fabbisogno di assistenza dei beneficiari più giovani e che le donne necessitano tendenzialmente di più cure degli uomini. Quanto a chi si occupa di cura a domicilio, lo scenario è prevalentemente femminile: l'84,2% delle persone curanti in famiglia sono donne. I curanti principali sono nel 72,6% dei casi familiari, in particolare figlie e mogli. Il 39,1% dei curanti principali è in pensione, il 21,2% sono casalinghe e circa il 5% dichiara di avere lasciato l'occupazione

per assistere la persona non autosufficiente. Oltre a svolgere l'attività di assistenza, i familiari curanti hanno spesso un'occupazione: il 18,8% lavora a tempo pieno e il 13,5% a part-time.

I familiari curanti soffrono del peso fisico e psicologico, in particolare quando a casa non possono condividere il lavoro di cura con altri. In molti nuclei familiari nei quali è presente una persona non autosufficiente la cura viene (in parte o del tutto) affidata a una badante; ciò vale soprattutto per i livelli assistenziali superiori. In Alto Adige lavorano ca. 4.500 badanti, di cui il 97% è di sesso femminile. Nelle zone rurali l'assistenza viene prevalentemente svolta dalle famiglie, mentre nei centri maggiori si tende ad assumere le badanti; in questo caso i punti critici possono essere il carico di lavoro e le condizioni normative, specie quando le badanti convivono con i propri datori di lavoro. Nel complesso la categoria professionale delle badanti è diventata negli ultimi anni una parte indispensabile del sistema di cura altoatesino, per il quale svolgerà anche un ruolo chiave in futuro.

## **Evoluzione strutturale e crescente fabbisogno – le sfide**

Nel corso dello studio è stato analizzato l'andamento dell'assegno di cura fino a oggi. Dopo i primi assestamenti del sistema (dal 2009 fino a metà 2012) il numero aumenta di poco, ma in modo costante: e questa tendenza proseguirà.

La cura a domicilio incontrerà nel lungo termine degli ostacoli dovuti al cambiamento della famiglia, dei nuclei familiari e dell'adeguamento del tasso di occupazione femminile a quello maschile. In futuro i familiari disponibili e disposti ad assumersi l'attività di assistenza caleranno. Occorreranno pertanto maggiori incentivi, supporti e affiancamenti affinché i familiari possano occuparsi del lavoro di cura.

La domanda di servizi ambulatori, semi-residenziali e residenziali e la domanda di posti in case di riposo e centri di degenza aumenteranno: le cure in questo tipo di struttura non potranno mai essere completamente sostituite dalla cura a domicilio già per il fatto che quest'ultima diventa troppo impegnativa e onerosa con l'aumentare dello stato di non autosufficienza (nonostante il supporto offerto dal servizio di assistenza domiciliare).

Attualmente in Alto Adige le case di riposo e i centri di degenza offrono 8,7 posti ogni 100 abitanti con più di 75 anni. Nelle città con più di 15.000 abitanti sono di meno (7,0); nei Comuni con meno di 15.000 abitanti invece nettamente di più (10,1 posti ogni 100 abitanti di tale fascia d'età).

### **Quali sono gli impegni per il futuro?**

A causa dei cambiamenti che si stanno verificando nella società la copertura del futuro fabbisogno di assistenza diventa una grande sfida:

Anche in futuro il bisogno di assistenza deve essere coperto con una combinazione adeguata di cura informale a do-

micilio, servizi a domicilio, servizi semi-residenziali e strutture residenziali.

Già oggi il lavoro di cura viene svolto da diversi attori: da familiari, da badanti e da operatori di servizi e di strutture residenziali. In futuro anche nuove forme combinate tra cure residenziali e domiciliari potrebbero svolgere un maggiore ruolo. Anche la cura informale (familiare) e l'assistenza formale (professionale) in futuro molto probabilmente saranno ancora più strettamente collegate.

L'offerta di servizi in denaro e non anche in futuro dovrà essere adeguata alle esigenze dei beneficiari. Già oggi una parte dell'assegno di cura viene liquidata in forma di "buoni di servizio" con i quali i beneficiari possono acquistare prestazioni assistenziali adeguate. Un tale "mercato dell'assistenza" potrebbe essere incentivato attraverso una maggiore prescrizione di buoni di servizio, ma deve essere anche soggetto a controlli in modo da offrire solo prestazioni accreditate o qualitativamente adeguate. È importante studiare a fondo la sinergia tra servizi pubblici, prestatori privati e cooperative, persone non autosufficienti e familiari, anche per offrire ai beneficiari dell'assegno di cura il necessario supporto nella scelta delle prestazioni più adatte alla propria situazione.

Nell'ambito della cura a domicilio si pongono diverse domande: Come garantire la qualità della cura nei nuclei familiari? Come verificare l'utilizzo corretto dell'assegno di cura? Come garantire la corretta organizzazione dell'assistenza alle persone non autosufficienti nei nuclei familiari? Un'offerta ampia di possibilità di consulenza, affiancamento e formazione per familiari curanti e per badanti può essere utile per affrontare queste problematiche. Attraverso queste offerte il servizio pubblico acquisisce maggiore conoscenza delle modalità assistenziali e allo stesso tempo può impedire un sovraccarico fisico e psicologico dei familiari curanti e delle badanti. Si potrebbe anche ipotizzare di utilizzare in misura maggiore i buoni

di servizio come incentivo a usufruire di tali offerte. Ogni situazione di non autosufficienza ha le sue peculiarità, ad esempio a causa delle particolari esigenze della persona non autosufficiente o del contesto familiare. In futuro sarà sempre più importante analizzare attentamente ogni singolo caso e trovare la giusta modalità assistenziale in stretta collaborazione con tutte le persone coinvolte.

#### **Un investimento nel futuro**

La spesa complessiva per l'assegno di cura nel 2014 ammontava a 197,5 milioni di euro. L'entità della spesa di per sé dice tuttavia ancora poco; bisogna piuttosto chiedersi se sia possibile con l'assegno di cura raggiungere gli obiettivi prefissati. Se le risorse disponibili vengono impiegate con efficienza e in modo mirato, l'assegno di cura rappresenta sicuramente un investimento giustificato e non solo una pura voce di spesa. Il settore della cura in futuro potrà avere effetti molto positivi sull'intera economia dell'Alto Adige.

#### **Messa in rete e informazione**

Di particolare importanza sono anche una maggiore messa in rete e un'intensa collaborazione di tutti gli attori coinvolti in questo settore. La creazione di "sportelli unici per le informazioni su assistenza e cura" nel territorio è un passo nella direzione giusta, sia per garantire il reciproco coordinamento dei servizi pubblici, sia per creare un'interfaccia tra cura informale e formale. Presupposto necessario per tutte le decisioni importanti per il futuro è disporre di una buona base di informazioni e dati. Inoltre sarebbe sicuramente auspicabile effettuare una costante valutazione delle prestazioni sociali, tra cui l'assegno di cura, ad esempio attraverso un continuo monitoraggio che nel lungo periodo diventerebbe un supporto decisionale prezioso per i responsabili politici.

# Indice

	<b>Introduzione</b>	<b>10</b>
<hr/>		
<b>1</b>	<b>Situazione attuale</b>	<b>16</b>
<hr/>		
1.1	Profilo dei beneficiari dell'assegno di cura: la cura a domicilio	20
<hr/>		
1.2	Profilo dei beneficiari dell'assegno di cura alloggiati in case di riposo e in centri di degenza	20
<hr/>		
1.3	Importo erogato e buoni di servizio prescritti	21
<hr/>		
1.4	Quota di beneficiari dell'assegno di cura sulla popolazione complessiva	25
<hr/>		
<b>2</b>	<b>Andamento</b>	<b>26</b>
<hr/>		
2.1	Numero di beneficiari dell'assegno di cura	26
<hr/>		
2.2	Distribuzione per livelli assistenziali e fasce d'età	27
<hr/>		
2.3	Spesa	30
<hr/>		
<b>3</b>	<b>Focus centrato su ...</b>	<b>32</b>
<hr/>		
3.1	Rete di assistenza e situazione di cura nei nuclei familiari	32
<hr/>		
3.1.1	La situazione abitativa delle persone non autosufficienti	32
<hr/>		
3.1.2	L'assistenza a domicilio nel contesto familiare	32
<hr/>		
3.2	Effetti sul mercato del lavoro e sull'economia	38
<hr/>		
3.2.1	Condizione professionale dei familiari che prestano l'assistenza	39
<hr/>		
3.2.2	Le badanti	40
<hr/>		

3.2.3	Il settore della cura come fattore economico	44
3.2.4	Creare un mercato dell'assistenza	46
3.2.5	Rafforzamento della periferia e impedimento della povertà della terza età	47
3.3	Il territorio	48
3.3.1	Modalità assistenziali nei centri urbani e nelle zone rurali	48
3.3.2	Disponibilità di posti nelle strutture residenziali	50
<b>4</b>	<b>Sfide</b>	<b>56</b>
4.1	Gli andamenti demografici	56
4.2	Andamenti sul mercato del lavoro	57
<b>5</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>60</b>
5.1	Principali risultati	60
5.2	Campi d'azione	62
5.2.1	Copertura del futuro fabbisogno di assistenza	62
5.2.2	L'equilibrio tra prestazioni in denaro e quelle in natura	66
5.2.3	Garanzia e controllo della qualità della cura	66
5.2.4	Consulenza, affiancamento e formazione	71
5.2.5	La finanziabilità degli interventi per la non autosufficienza	71
5.2.6	Creazione di una rete e monitoraggio	74
5.3	Continuazione della ricerca	75
<b>6</b>	<b>Metodo applicato</b>	<b>76</b>
6.1	Elementi quantitativi	76
6.2	Elementi qualitativi	76
	<b>Bibliografia</b>	<b>78</b>

# Introduzione

Questo progetto analizza sotto vari aspetti l'assegno di cura erogato in Alto Adige. L'obiettivo è rilevare lo stato attuale di questa importante prestazione, analizzarne gli effetti e individuare le prossime sfide. Nell'introduzione vengono esposti i motivi che hanno spinto al presente studio, i quesiti e le condizioni essenziali per il funzionamento dell'assegno di cura in Alto Adige.

Dall'introduzione dell'attuale assegno di cura in Alto Adige sono passati ormai più di sette anni. È tempo quindi di tirare le somme e individuare le sfide che gli attori e le istituzioni, i beneficiari e gli erogatori dovranno affrontare in futuro. È importante analizzare, valutare e monitorare le prestazioni di welfare, soprattutto quelle legate alla struttura della popolazione, come nel caso dell'assegno di cura. L'assegno di cura si inserisce in vari processi sociali che incidono sul suo campo d'azione e che sono a loro volta influenzati dallo stesso.

Obiettivo di questo progetto è permettere una discussione sistematica dei vari aspetti dell'assegno di cura e degli sviluppi in ambiti collegati: ciò richiede il rilevamento dello stato attuale dell'assegno di cura in Alto Adige e considerazioni su efficacia ed erogazione mirata dell'assegno di cura e sulle future sfide. Particolare attenzione va rivolta agli effetti attesi e non desiderati dell'assegno di cura nei vari settori. L'interesse per la ricerca e l'orientamento dell'IPL sono

prevalentemente focalizzati su aspetti demografici, effetti sul mercato del lavoro e sull'occupazione, possibili effetti territoriali ed economici e aspetti specifici di genere.

Di seguito illustriamo la struttura del rapporto di ricerca, nel quale osservazioni di merito si alternano a riflessioni di tipo organizzativo-istituzionale (figura 3).

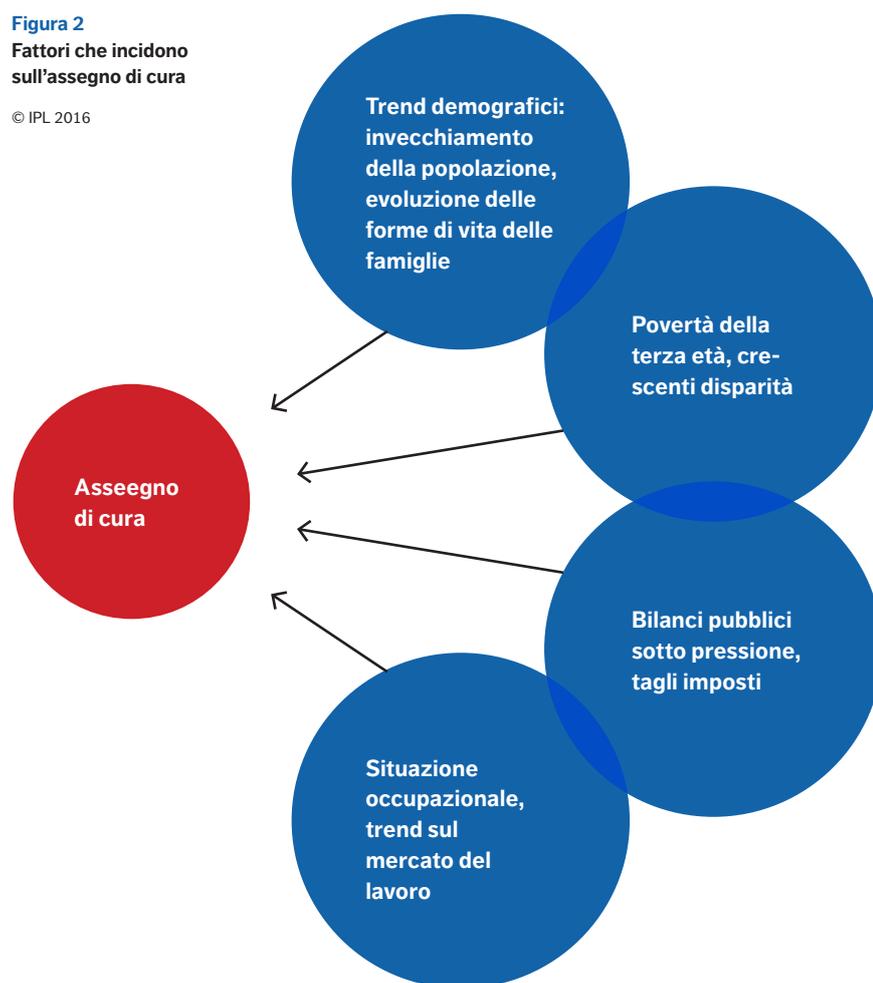
La ricerca parte dall'ipotesi che in futuro il fabbisogno di cura, e quindi di prestazioni quali l'assegno di cura, continuerà a crescere. Ne consegue una serie di sfide per la mano pubblica, i privati e gli attori del terzo settore. L'IPL intende elaborare con il presente studio punti chiave e futuri trend, capire come si posiziona l'Alto Adige, individuare cosa ci aspetta e verificare se siamo pronti per affrontare il futuro.

Ai quesiti principali del progetto, suddivisi in tre moduli, sono state applicate diverse metodologie di ricerca sociale (figura 4).

Il valore aggiunto di questo progetto è la sua ampia prospettiva che permette di analizzare anche aspetti finora trascurati nelle valutazioni e negli studi sull'assegno di cura, ad esempio gli effetti sul mercato del lavoro. Collegando la valutazione dei dati amministrativi con un'analisi del settore della cura e dell'occupazione emerge un quadro generale della situazione. Ciò permette di unire vari tasselli del puzzle e di effettuare quindi una valutazione più ampia di trend a breve e lungo termine. Il collegamento tra dati amministrativi dell'ASSE e dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, reso possibile per la prima volta dal contributo dei nostri partner di progetto, permette un migliore utilizzo dei dati e porta a nuove conoscenze. Questa analisi dei dati amministrativi viene inoltre arricchita dagli input degli esperti di vari settori e regioni. Un ulteriore valore aggiunto è la collaborazione tra tutte le istituzioni coinvolte nel progetto. Lo scambio e le discussioni che ne nascono, sia a livello di contenuto che organizzativo, sono sicuramente un grande

**Figura 2**  
Fattori che incidono  
sull'assegno di cura

© IPL 2016



**Figura 3**  
Struttura dello studio

© IPL 2016

<b>Capitolo 1</b>	<b>Stato attuale</b> – Dati e fatti – Profilo dei beneficiari dell'assegno di cura
<b>Capitolo 2</b>	<b>Sviluppi</b> – Sviluppi dal 2008 a oggi
<b>Capitolo 3</b>	<b>Approfondimenti</b> – Rete di cura e assistenza a domicilio – Effetti sul mercato del lavoro e sull'occupazione – Effetti economici e territoriali dell'assegno di cura
<b>Capitolo 4</b>	<b>Sfide</b> – Andamenti demografici e sul mercato del lavoro
<b>Capitolo 5</b>	<b>Conclusioni</b> – Identificazione dei principali campi d'azione

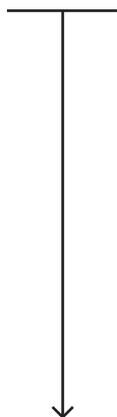
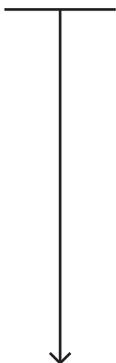
Figura 4  
Moduli del progetto  
e quesiti

© IPL 2016

Analisi di dati amministrativi dell'ASSE e del Servizio di valutazione della non autosufficienza

Interviste a esperti, feedback degli esperti, focus group

Letteratura e studi attuali sul tema



A chi è stato e viene erogato l'assegno di cura?

Come è strutturata la rete di assistenza a domicilio per i beneficiari dell'assegno di cura e chi si fa carico dell'attività di cura?

Quali effetti produce l'assegno di cura sul mercato del lavoro?

Quali effetti territoriali ed economici produce l'assegno di cura?

Qual è il possibile futuro dell'assegno di cura?

Quali sfide si prospettano?

## Intervista agli esperti:

Dalle interviste con esperti: Prima dell'assegno di cura erano previste quattro prestazioni per non autosufficienti, che poi sono state riassunte in un'unica prestazione.

### Figura 5

#### Tavola cronologica dell'assegno di cura in Alto Adige

Fonte: Colloquio con Karl Tragust  
© IPL 2016

#### Fino al 2008

Quattro prestazioni per non autosufficienti:

- Assegno di accompagnamento
- Assegno per l'ospedalizzazione a domicilio
- Finanziamento delle case di riposo
- Finanziamento dell'assistenza a persone disabili



#### 2008

Viene introdotto l'assegno di cura che riunisce le quattro prestazioni.



#### Dal 2014

L'assegno di cura per persone domiciliate in case di cura e di riposo viene erogato direttamente alla rispettiva struttura.

vantaggio per tutte le parti interessate e andranno quindi approfonditi e portati avanti.

Il riordinamento degli interventi a sostegno della non autosufficienza in Alto Adige si basa sulla legge provinciale n. 9 del 12/10/2007 "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti"<sup>2</sup>. I criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza nonché per l'erogazione e la gestione dei mezzi finanziari vengono attualmente regolamentati dalla delibera della Giunta provinciale n. 73 del 28/01/2014<sup>3</sup>. Nella primavera del 2008 è iniziata l'attuazione della nuova normativa con la valutazione delle persone non autosufficienti, mentre i primi assegni sono stati liquidati a luglio 2008.

Scopo dell'assegno di cura è sostenere economicamente le prestazioni essenziali per la cura a domicilio, garantendo così alla persona non autosufficiente più autonomia possibile nella gestione quotidiana, oltre che la qualità della cura. Le persone non autosufficienti devono avere la possibilità di restare il

più a lungo possibile nel loro ambiente familiare, se lo desiderano. L'assegno di cura aiuta le famiglie ovvero i familiari che prestano l'assistenza, a garantire alle persone non autosufficienti, una vita e un invecchiamento dignitosi. I familiari curanti vengono invece sostenuti attraverso servizi professionali e strutture di assistenza. L'obiettivo di questa prestazione è ridurre il carico finanziario degli interessati e dei loro familiari, senza prevedere tuttavia una copertura totale di tutti gli oneri legati alla cura: come succede anche in Austria e nella Provincia Autonoma di Trento, in Alto Adige il sistema degli interventi per la non autosufficienza è inteso come un contributo per ridurre i costi complessivi legati a cura e assistenza.<sup>4</sup>

L'assegno di cura viene finanziato direttamente con i fondi del bilancio provinciale e non prevede alcuna partecipazione diretta dei cittadini in forma di tasse o assicurazioni specifiche. La prestazione consiste di norma in un importo in denaro che viene erogato a fine mese alla persona non autosufficiente

2: [http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/lp-2007-9/legge\\_provinciale12\\_ottobre\\_2007\\_n\\_9.aspx?view=1](http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/lp-2007-9/legge_provinciale12_ottobre_2007_n_9.aspx?view=1)  
3: [http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/198746/delibera\\_28\\_gennaio\\_2014\\_n\\_73.aspx?view=1](http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/198746/delibera_28_gennaio_2014_n_73.aspx?view=1)  
4: Ripartizione Famiglia e Politiche sociali 2013, pag. 194 e 200.

---

## La storia dell'assegno di cura in Alto Adige

---

oppure al suo rappresentante legale (tutore, amministratore di sostegno o genitore). Previa delega sottoscritta dalla persona non autosufficiente, l'assegno di cura può essere liquidato anche ai familiari che prestano l'assistenza o ad altre persone. Una parte dell'importo viene liquidata eventualmente anche in cosiddetti "buoni di servizio", che i beneficiari possono poi riscuotere. L'assegno di cura non è vincolato al reddito o al patrimonio della persona non autosufficiente: la sua entità è legata solamente ai quattro livelli assistenziali. Il livello viene assegnato da un team di valutazione della Ripartizione Politiche sociali in seguito alla domanda di assegno. Il criterio determinante per l'assegnazione del livello è il numero di ore necessarie ogni giorno (o alla settimana) per la cura della persona non autosufficiente. Per avere diritto alla prestazione occorre un fabbisogno di cura (prestata da familiari o altre persone) di almeno due ore al giorno (calcolate su media settimanale per un periodo di almeno sei mesi).<sup>5</sup> Per ottenere l'assegnazione a un livello assistenziale superiore il fabbisogno di cura deve es-

sere almeno di quattro ore per il secondo livello, di almeno sei ore per il terzo livello e di almeno otto ore per il quarto.

Nella [figura 6](#) sono elencati gli attuali criteri applicati per l'assegnazione del livello di cura e gli importi liquidati per i singoli livelli.

L'ultimo aumento dell'assegno di cura risale alla delibera della Giunta provinciale n. 46 del 19/01/2016 e riguardava il primo livello che passò a 555 €. Gli importi degli altri tre livelli assistenziali non sono invece mai stati aumentati. Attualmente le richieste di assegno di cura possono essere presentate in qualsiasi momento nei distretti sociali e nei patronati. La liquidazione dell'assegno compete invece all'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (ASSE).

La legge per la non autosufficienza prevede che l'assegno di cura venga utilizzato soltanto per le finalità rappresentate nella [figura 7](#).<sup>6</sup>

Prima del 2008 il fabbisogno finanziario gestito oggi dall'assegno di cura veniva coperto da quattro prestazioni. La principale era "l'assegno di accompagnamento" che veniva regolamentato dalla legge sulle pensioni di invalidità civile e che inizialmente competeva allo Stato e successivamente alla Provincia. Poi una prestazione mensile per le persone assistite a domicilio, il cosiddetto "assegno di ospedalizzazione a domicilio", che veniva finanziato ed erogato attraverso il fondo sanitario (dall'Azienda sanitaria) sulla base di un sistema a due livelli e di criteri specifici. Con lo stesso fondo venivano finanziate come terza prestazione anche le case di riposo, dopo che la rispettiva competenza era passata alla fine degli anni 80 alla Ripartizione Sanità. Come quarta prestazione, la cura di persone disabili veniva finanziata in parte con il fondo sociale delle Comunità comprensoriali. Questi quattro elementi sono stati poi riuniti nell'assegno di cura in modo da ottenere un unico strumento finanziario a copertura del fabbisogno di cura, delle varie esigenze e dei rispettivi settori interessati.

---

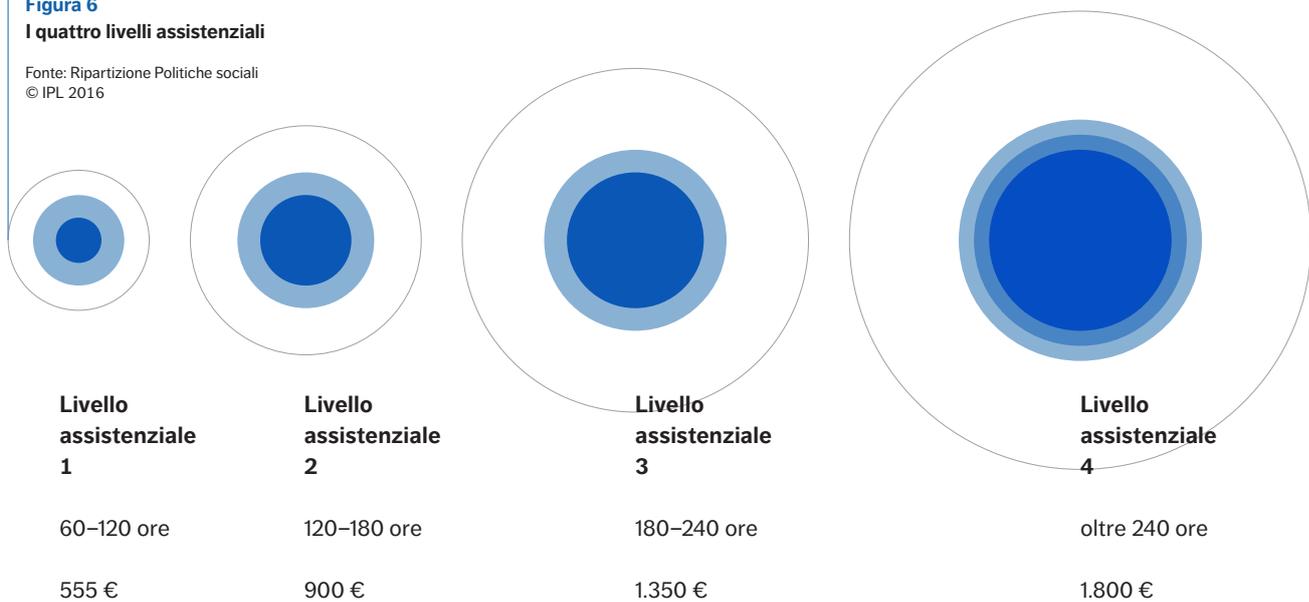
Fonte: Intervista con Karl Tragust

5: L'altro criterio previsto per ottenere la prestazione sono la residenza ininterrotta e la dimora stabile in provincia di Bolzano da almeno cinque anni o in alternativa la residenza storica di 15 anni, di cui almeno uno immediatamente antecedente la richiesta di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. Nel caso di minori o di figli adulti a carico dei genitori tali condizioni devono essere soddisfatte dai genitori.

6: [http://www.retecivica.bz.it/it/servizi/servizi-categorie.asp?bnsvf\\_svid=1009600](http://www.retecivica.bz.it/it/servizi/servizi-categorie.asp?bnsvf_svid=1009600)

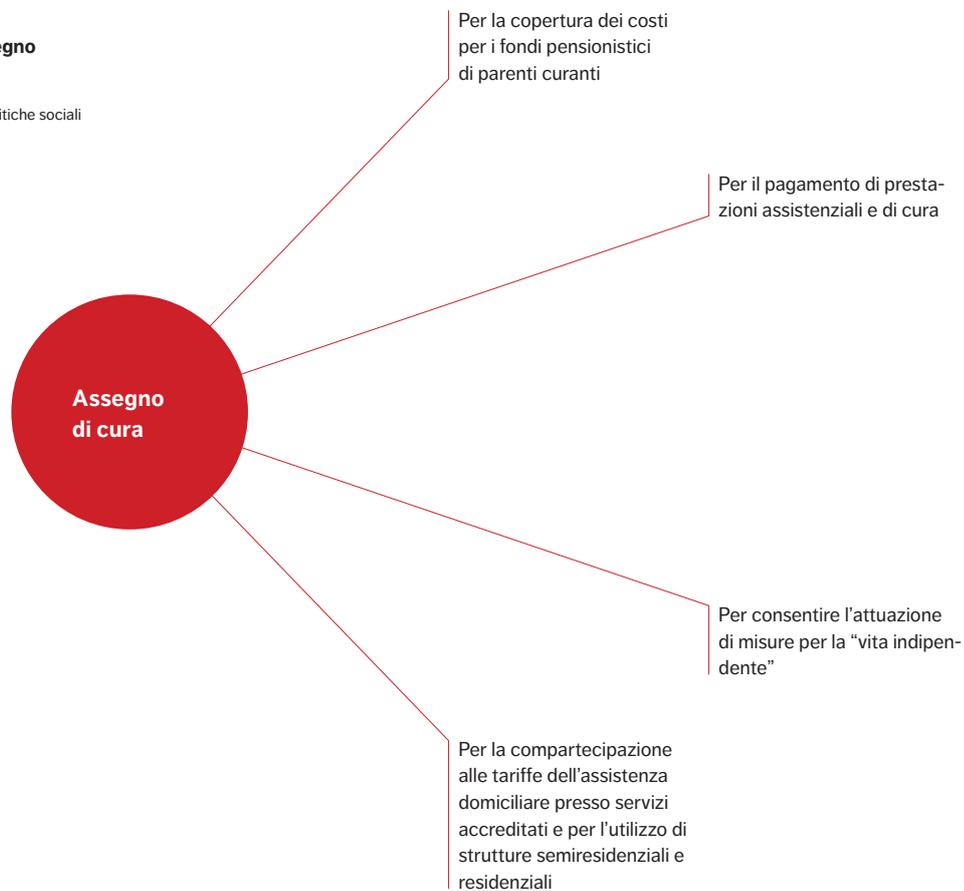
**Figura 6**  
I quattro livelli assistenziali

Fonte: Ripartizione Politiche sociali  
© IPL 2016



**Figura 7**  
Impiego dell'assegno di cura

Fonte: Ripartizione Politiche sociali  
© IPL 2016



# Situazione attuale

Nel mese di dicembre 2014 14.798 persone hanno percepito l'assegno di cura. Di queste 10.235 (69,2%) venivano curate a domicilio, 4.204 (28,4%) permanentemente in case di riposo o in centri di degenza e 359 (2,4%) in altre strutture residenziali (ad esempio in residenze per persone disabili). Questi sono solo alcuni dei risultati tratti dall'analisi del database.

## 1.1 Profilo dei beneficiari dell'assegno di cura: la cura a domicilio

A dicembre 2014 10.235 persone beneficiarie dell'assegno di cura – in conformità alle finalità poste per l'assegno stesso – venivano curate a domicilio.

Dai dati emerge che quasi due terzi dei beneficiari dell'assegno di cura sono donne e solo un terzo uomini. L'età media dei beneficiari è di 71,5 anni. Quest'ultimo dato si rispecchia anche nella distribuzione dei beneficiari per età: il 71,1% dei beneficiari ha più di 70 anni, mentre oltre la metà dei beneficiari ha superato gli 80 anni. Solo il 2,5% dei beneficiari non ha la cittadinanza italiana.<sup>7</sup> Il 4,6% dei beneficiari dell'assegno di cura è assegnato al livello assistenziale 4 (e ha quindi bisogno di più di otto ore di assistenza o cura al giorno). Tra i beneficiari curati a domicilio prevalgono comunque nettamente i livelli inferiori: quasi un terzo dei beneficiari percepisce l'assegno del secondo livello e poco più della metà di tutti i beneficiari si trova attualmente al livello assistenziale 1.

La figura 8 offre un quadro della composizione del gruppo di beneficiari curati a domicilio.

Risalta l'elevata quota di donne sul totale dei beneficiari dell'assegno di cura: essa è dovuta all'aspettativa di vita più lunga delle donne (85,6 anni rispetto agli 80,8 anni degli uomini – dato ASTAT 2015b)<sup>8</sup>. Nelle classi di età dai 40 anni in poi la quota di beneficiari di primo livello è del 50% circa. Nelle fasce d'età inferiori le quote di livelli assistenziali superiori (livelli 3 e 4) sono invece maggiori. Una prima conclusione da trarre è quindi che l'ipotesi "più sale l'età e più sale il livello" non corrisponde al vero. Le più alte percentuali di persone non autosufficienti appartenenti al livello assistenziale 4 (15–20%) non sono attribuibili alle categorie di età superiore, bensì alle fasce dai 10 ai 40 anni. Si tratta di persone con disabilità presenti in gran parte fin dalla nascita, che richiedono più di 8 ore di assistenza al giorno e che hanno quindi diritto all'assegno di cura del quarto livello. Va però considerato che queste fasce, seppure in genere più bisognose

Poco più della metà (51,6%) dei beneficiari assistiti a casa sono assegnati al primo livello, mentre il 4,6% vanta una non autosufficienza del quarto livello.

7: Vedi nota a piè di pagina 5 in merito ai criteri di accesso previsti per l'assegno di cura.

8: Si veda in merito anche capitolo 1.4.

**Figura 8**

**Distribuzione dei beneficiari dell'assegno di cura (cura a domicilio) per sesso, fascia d'età e livello assistenziale – dicembre 2014**

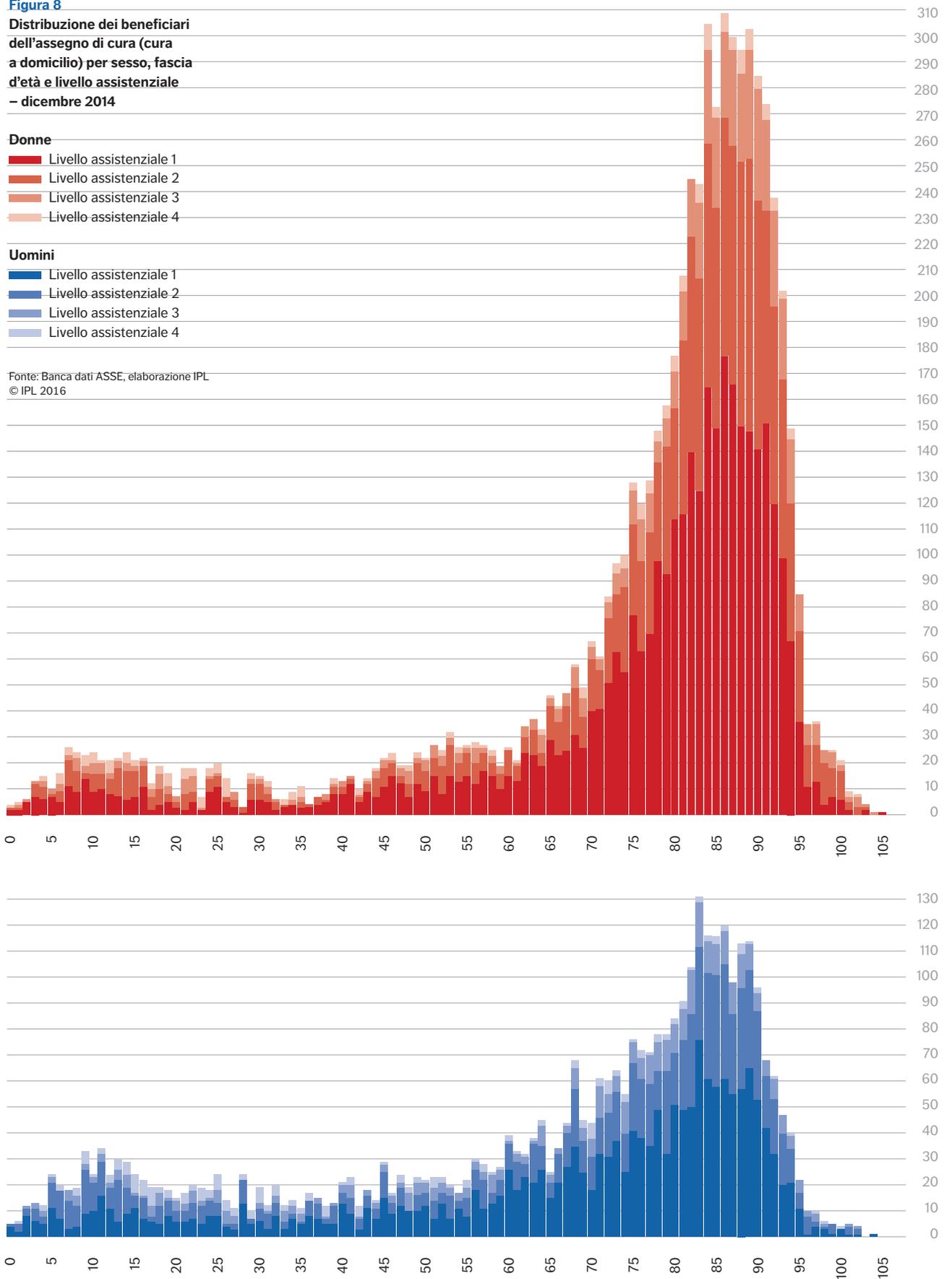
**Donne**

- Livello assistenziale 1
- Livello assistenziale 2
- Livello assistenziale 3
- Livello assistenziale 4

**Uomini**

- Livello assistenziale 1
- Livello assistenziale 2
- Livello assistenziale 3
- Livello assistenziale 4

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016



**Figura 9**

Numero di beneficiari dell'assegno di cura (cura a domicilio) per livelli assistenziali – dicembre 2014

© IPL 2016

Livello assistenziale	Numero di beneficiari dell'assegno di cura	In percentuale
Livello assistenziale 1	5.280	51,6
Livello assistenziale 2	3.205	31,3
Livello assistenziale 3	1.280	12,5
Livello assistenziale 4	470	4,6
<b>Totale</b>	<b>10.235</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

**Figura 10**

Numero di beneficiari dell'assegno di cura (cura a domicilio) per sesso – dicembre 2014

© IPL 2016

Sesso	Numero di beneficiari dell'assegno di cura	In percentuale
Donne	6.547	64,0
Uomini	3.688	36,0
<b>Totale</b>	<b>10.235</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

**Figura 11**

Numero di beneficiari dell'assegno di cura (cura a domicilio) per fascia d'età – dicembre 2014

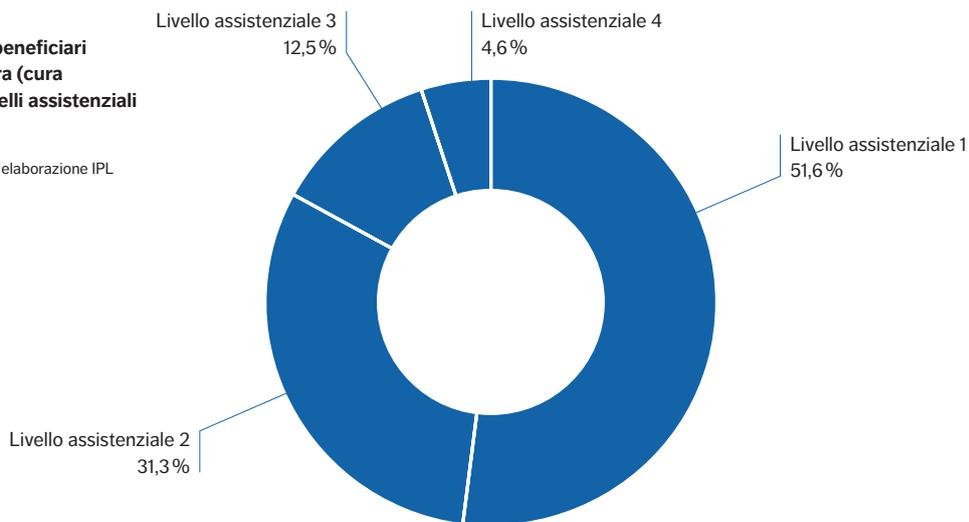
© IPL 2016

Fascia d'età	Numero di beneficiari dell'assegno di cura	In percentuale
0-9 anni	304	3,0
10-19 anni	445	4,3
20-29 anni	305	3,0
30-39 anni	238	2,3
40-49 anni	378	3,7
50-59 anni	495	4,8
60-69 anni	796	7,8
70-79 anni	1.751	17,1
80-89 anni	3.745	36,6
90+	1.778	17,4
<b>Totale</b>	<b>10.235</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

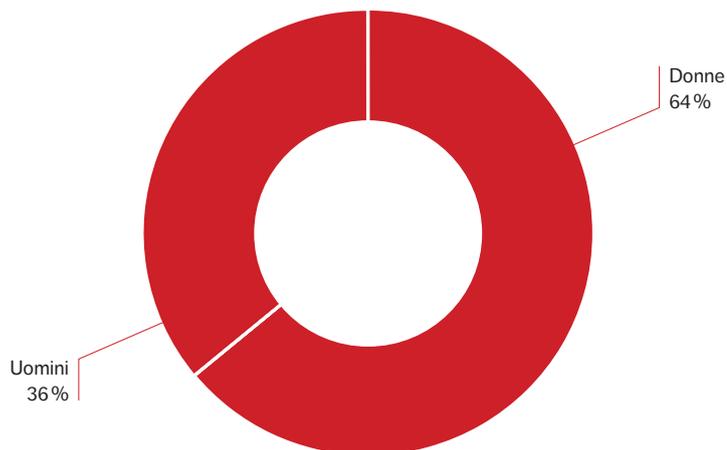
**Figura 12**  
**Distribuzione dei beneficiari dell'assegno di cura (cura a domicilio) per livelli assistenziali – dicembre 2014**

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



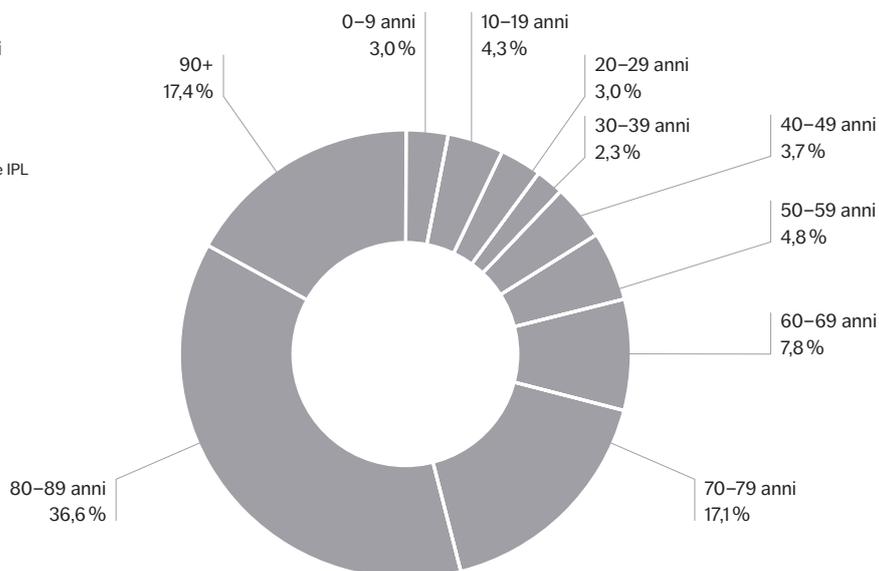
**Figura 13**  
**Distribuzione dei beneficiari dell'assegno di cura (cura a domicilio) per sesso – dicembre 2014**

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



**Figura 14**  
**Distribuzione dei beneficiari dell'assegno di cura (cura a domicilio) per fasce d'età – dicembre 2014**

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



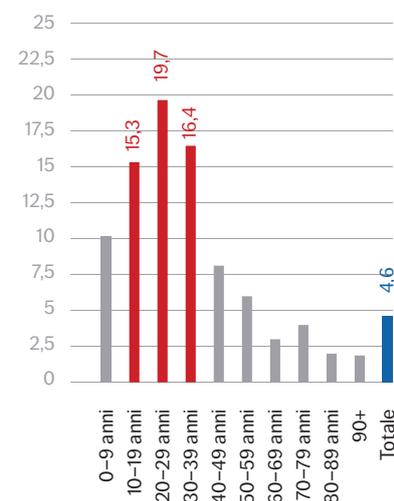
Da un certo grado di non autosufficienza in poi è difficile per i familiari prestare le necessarie prestazioni a casa.

di assistenza, rappresentano numericamente una quota molto piccola dei beneficiari dell'assegno di cura. Questo gruppo di persone relativamente giovani e molto bisognose di cure probabilmente percepirà l'assegno di cura per diversi decenni. Ciò non rappresenta tuttavia nessun problema dal punto finanziario per il sistema, in quanto il numero complessivo di persone di questa categoria resterà sempre basso. La causa dell'elevato numero di beneficiari anziani (di età superiore ai 75 anni) è invece lo stato di non autosufficienza dovuto all'età che può anche subentrare lentamente, in gran parte dei casi però si presenta all'improvviso. Ciò pone le famiglie spesso di fronte a particolari sfide impreviste da risolvere a breve termine (si veda in merito il capitolo 3.1). Negli ultimi anni il numero complessivo dei beneficiari dell'assegno di cura è rimasto pressoché costante, e anche nei prossimi anni dovrebbe salire solo in misura lieve. La fascia delle persone di età superiore ai 75 anni subirà tuttavia un picco di presenze tra 25-30 anni, quando la generazione del baby boom, che oggi ha dai 40 ai

55 anni (si veda in merito il capitolo 4), raggiungerà la terza età. Anche dallo studio effettuato dall'Istituto provinciale di statistica ASTAT nel 2013 sulla terza età in Alto Adige (ASTAT 2014, pag. 107) emerge chiaramente che in generale il bisogno di aiuto degli anziani aumenta significativamente dopo i 74 anni. Mentre in questa ricerca il 92,7% dei sessantacinquenni ha indicato di riuscire "a provvedere completamente a se stesso", tale percentuale scende nella fascia dopo i 75 anni al 76,6% e in quella dopo gli 85 anni al 36,5%. Tra le persone con più di 85 anni il 44% dichiara di avere quotidianamente bisogno di aiuto.

**Figura 15**  
Quota del livello assistenziale 4 per fasce d'età – dicembre 2014 (in percentuale)

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016



## 1.2 Profilo dei beneficiari dell'assegno di cura alloggiati in case di riposo e in centri di degenza

Anche le persone non autosufficienti assistite nelle case di riposo e in centri di degenza rientrano tra i beneficiari dell'assegno di cura, di cui rappresentano circa il 30%<sup>9</sup>. Le loro caratteristiche sono visibili dalle figure 16 a 21.

Le persone assistite in case di riposo o in centri di degenza sono in media più anziane dei beneficiari dell'assegno di cura curati a domicilio. Nelle strutture residenziali prevalgono soprattutto le persone di età superiore agli 80 anni. Per quanto riguarda i livelli assistenziali, viene confermata l'ipotesi che le persone alloggiate in strutture residenziali abbiano maggiore bisogno di cure rispetto a quelle curate a domicilio.

7,6 % delle persone curate a domicilio ricevono una parte dell'assegno di cura in forma di buoni di servizio.

---

### 1.3 Importo erogato e buoni di servizio prescritti

Nel 2014 sono stati liquidati in media 8,33 milioni di euro al mese a persone curate a domicilio. Si aggiungono i pagamenti effettuati direttamente a case di riposo e centri di degenza e le liquidazioni a beneficiari in strutture per disabili. Secondo i dati ASSE nel 2014 la spesa complessiva per l'assegno di cura ammontava quindi a 197,5 milioni di euro<sup>9</sup>, di cui 100 milioni di euro<sup>11</sup> erano destinati a persone curate a domicilio.

Una parte dell'assegno di cura può essere erogata anche in forma di "buoni di servizio". La legge prevede l'erogazione di buoni di servizio nei casi dove una cura adeguata non è garantita, quando ci sono conflitti all'interno della rete di assistenza nel nucleo familiare o se sussistono dubbi sulla destinazione dell'assegno. Per le persone non autosufficienti che vivono da sole e non hanno persone di riferimento, i buoni di servizio sono uno strumento importante per garantire la qualità della cura<sup>12</sup>. Con

questi buoni è possibile usufruire del servizio pubblico di assistenza domiciliare, di strutture private accreditate o di istituzioni accreditate del terzo settore (ad esempio cooperative sociali).

Il 7,6 % dei beneficiari dell'assegno di cura ha ricevuto una parte dell'assegno di cura in forma di buoni di servizio. Secondo le statistiche dell'Ufficio Anziani e distretti in media viene utilizzato circa il 70 % dei buoni.

Nel 2014 sono stati prescritti complessivamente 112.374 buoni di servizio per un valore totale di 1.752.716 €, con una tariffa media di 16,4 €. Alle persone che hanno percepito buoni di servizio sono stati prescritti in media dodici buoni al mese, arrivando in alcuni casi fino a 56 buoni.

9: Le valutazioni effettuate in questo capitolo si basano su dati aggiornati al 31/12/2013. Questa è l'ultima data utile per la quale nella banca dati dell'ASSE risultano dati completi sui beneficiari dell'assegno di cura alloggiati in case di riposo e in centri di degenza. A gennaio 2014 (delibera della Giunta provinciale n. 73 del 28/01/2014, articolo 17.3) è infatti entrata in vigore una nuova normativa: ora le case di riposo e i centri di degenza percepiscono direttamente un importo forfettario mensile per i beneficiari dell'assegno di cura alloggiati nelle loro strutture e quindi non viene più rilevato il livello assistenziale attuale delle persone ricoverate in tali strutture residenziali.

10: Fonte: "Dashboard" sito ASSE

11: Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

12: In merito si veda anche l'articolo 12 della delibera della Giunta provinciale n. 73 del 28/01/2014.

**Figura 16**

Numero di beneficiari dell'assegno di cura (cura in casa di riposo o in centro di degenza) per livello assistenziale – dicembre 2013

© IPL 2016

Livello assistenziale	Numero di beneficiari dell'assegno di cura	In percentuale
Livello assistenziale 1	911	23,6
Livello assistenziale 2	1.323	34,3
Livello assistenziale 3	1.252	32,5
Livello assistenziale 4	371	9,6
<b>Totale</b>	<b>3.857</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

**Figura 17**

Numero di beneficiari dell'assegno di cura (cura in casa di riposo o in centro di degenza) per sesso – dicembre 2013

© IPL 2016

Sesso	Numero di beneficiari dell'assegno di cura	In percentuale
Donne	2.767	71,7
Uomini	1.090	28,3
<b>Totale</b>	<b>3.857</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

**Figura 18**

Numero di beneficiari dell'assegno di cura (in casa di riposo o in centro di degenza) per fascia d'età – dicembre 2013

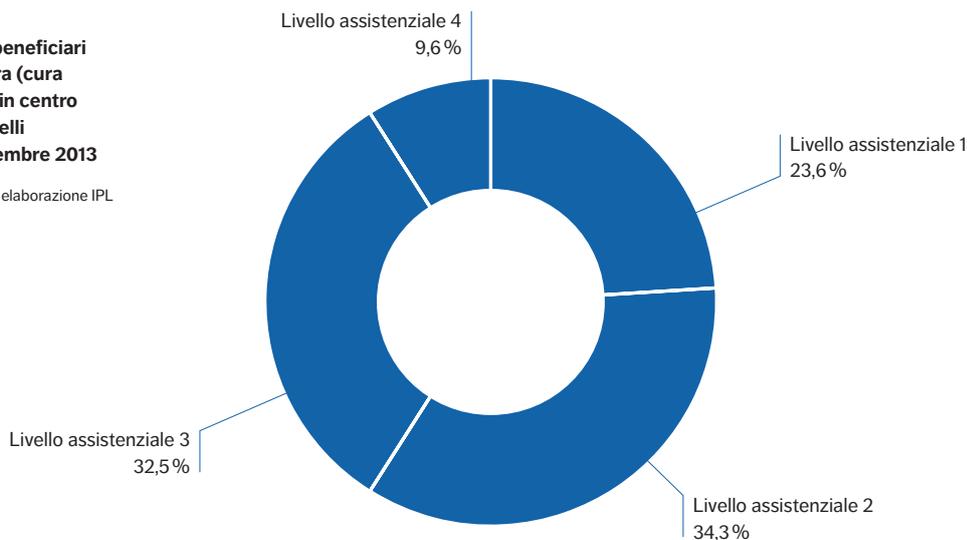
© IPL 2016

Fascia d'età	Numero di beneficiari dell'assegno di cura	In percentuale
20-29 anni	4	0,1
30-39 anni	9	0,2
40-49 anni	28	0,7
50-59 anni	80	2,1
60-69 anni	271	7,0
70-79 anni	733	19,0
80-89 anni	1.711	44,4
90+	1.021	26,5
<b>Totale</b>	<b>3.857</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

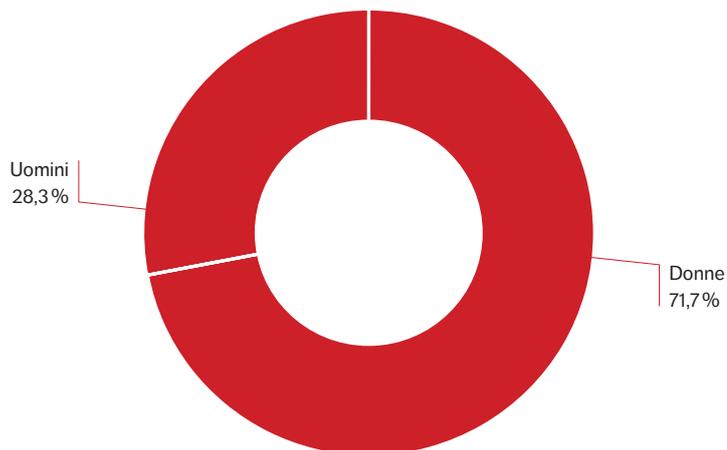
**Figura 19**  
**Distribuzione dei beneficiari dell'assegno di cura (cura in casa di riposo o in centro di degenza) per livelli assistenziali – dicembre 2013**

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



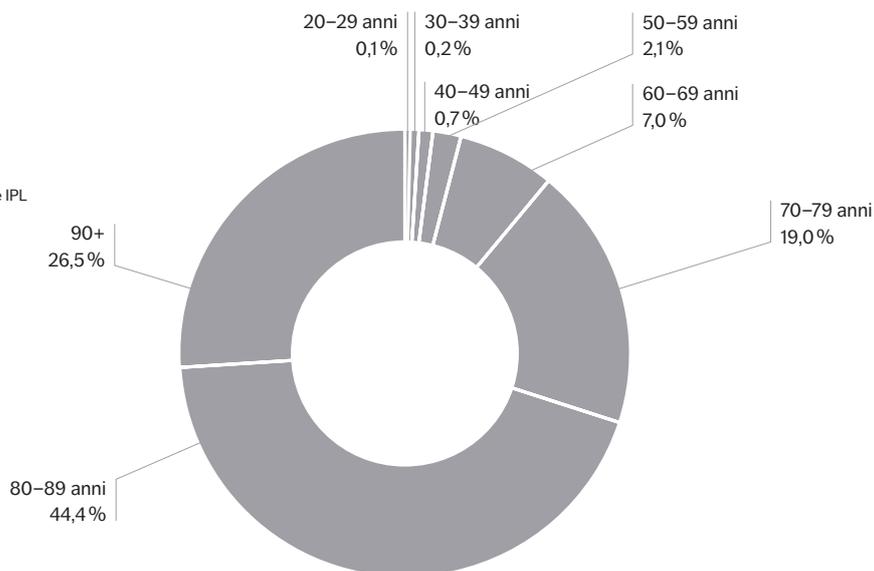
**Figura 20**  
**Distribuzione dei beneficiari dell'assegno di cura (cura in casa di riposo o in centro di degenza) per sesso – dicembre 2013**

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



**Figura 21**  
**Distribuzione dei beneficiari dell'assegno di cura (cura in casa di riposo o in centro di degenza) per fascia d'età – dicembre 2013**

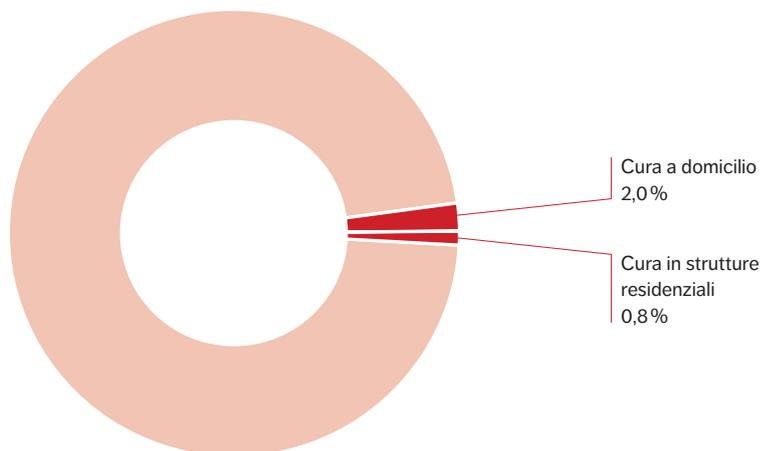
Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



**Figura 22**

**Beneficiari dell'assegno di cura in Alto Adige:  
quota percentuale sulla popolazione  
complessiva – dicembre 2013**

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016

**Figura 23**

**Quota di beneficiari dell'assegno di cura  
sulla popolazione complessiva  
per sesso e fascia d'età (cura a domicilio  
e cura in strutture residenziali)  
– dicembre 2013**

© IPL 2016

Fascia d'età	Donne in percentuale	Uomini in percentuale	Totale in percentuale
0-19 anni	0,6	0,7	0,7
20-39 anni	0,4	0,6	0,5
40-59 anni	0,8	0,8	2,2
60-69 anni	2,0	2,3	0,8
70-79 anni	6,2	5,0	5,7
80-89 anni	27,7	17,4	23,8
90+	63,4	44,3	58,7
<b>Totale</b>	<b>3,6</b>	<b>2,0</b>	<b>2,8</b>

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

A causa della loro maggiore aspettativa di vita, ma anche di fattori di salute, risultano più donne che uomini non autosufficienti.

ASTAT 2015b, pag. 1:

La speranza di vita alla nascita in provincia di Bolzano si attesta nel 2013 a 80,8 anni per i maschi e 85,6 per le femmine.

#### 1.4 Quota di beneficiari dell'assegno di cura sulla popolazione complessiva

La figura 22 riporta la percentuale di persone non autosufficienti sul totale della popolazione altoatesina.<sup>13</sup>

Dalla figura 23 emerge che le percentuali variano per sesso e soprattutto per fascia d'età.

Lo stato di non autosufficienza delle donne: Come illustrato già nel capitolo 1.1, circa due terzi delle persone che percepiscono un assegno di cura sono donne e un terzo sono uomini. Ciò è dovuto in primo luogo alla maggiore aspettativa di vita delle donne (85,6 anni rispetto agli 80,8 anni degli uomini). Dalle quote di popolazione emerge tuttavia che anche nelle singole fasce d'età le donne percepiscono più assegni di cura rispetto agli uomini (nella fascia 80+, ad esempio, il 22% delle donne e solo il 14% degli uomini vengono curati a domicilio). Tale fenomeno si spiega se oltre all'aspettativa di vita si considera anche un secondo indicatore, ovvero i presunti "anni di vita passati in buona

salute". Questo indice esprime gli anni di vita che uomini e donne passeranno probabilmente in buono stato di salute (inteso come assenza di limitazioni funzionali e di disturbi). Dalle statistiche sanitarie emerge che in media le donne soffrono più frequentemente di malattie come l'artrite, l'artrosi e l'osteoporosi. Ciò comporta che il numero di anni passati probabilmente "in buona salute" siano 60,9 per le donne e 61,8 per gli uomini (ASTAT 2015b). Per queste ragioni le donne sono quindi più spesso non autosufficienti, ma non necessariamente bisognose di maggiore assistenza degli uomini: ci sono più donne che percepiscono un assegno di cura che uomini, ma in media le donne non hanno livelli assistenziali più alti degli uomini. Tale trend è confermato anche includendo nell'analisi le persone curate in strutture residenziali.

# Andamento

Dopo la fase iniziale il numero di beneficiari dell'assegno di cura si è assestato. Dal 2012 aumentano lentamente, ma in misura costante sia il numero di beneficiari dell'assegno di cura che la spesa per l'assistenza ai non autosufficienti, in conformità alla curva demografica della società. Il periodo relativamente breve (solo sette anni) di liquidazione dell'assegno di cura non permette tuttavia di trarre precise conclusioni sul futuro andamento dei trend rilevati.

## 2.1 Numero di beneficiari dell'assegno di cura

In *figura 24* è evidenziato l'andamento del numero di beneficiari dell'assegno di cura da gennaio 2009 per tipologia di sistemazione.

Il numero di beneficiari dell'assegno di cura che vengono curati a domicilio sale fortemente fino alla metà del 2010, per assestarsi poi lentamente entro la metà del 2012 e registrare successivamente un lieve, ma costante aumento. Il numero di beneficiari ricoverati in case di riposo o centri di degenza è invece costante fin dall'inizio, con un leggero continuo aumento nel corso degli anni. Questa lieve crescita rispecchia l'aumento annuo di posti disponibili in case di riposo e in centri di degenza. Anche il numero di beneficiari alloggiati in altre strutture (come per esempio centri residenziali per persone disabili) è abbastanza costante e registra un leggero aumento negli ultimi anni.

Il rapido aumento del numero di beneficiari dell'assegno curati a domicilio fino alla metà del 2010 è riconducibile alle procedure iniziali di rilevamento.

Nel 2011 si osserva un salto nel numero di beneficiari dell'assegno di cura, al quale segue inizialmente un aumento e poi di nuovo un calo. Dall'inizio del 2012 i numeri si stabilizzano su un nuovo livello. Dette variazioni sono da ricondurre a vari cambiamenti nei criteri di valutazione e nel processo stesso di valutazione che si sono resi necessari dopo le esperienze maturate nei primi anni di liquidazione dell'assegno di cura in Alto Adige. Nel 2008 sono stati adottati i criteri di valutazione applicati in Germania, integrati con strumenti per il rilevamento del fabbisogno di cura di persone con patologie psichiche. Nel corso della fase attuativa dal 2009 al 2011 l'esperienza quotidiana e gli studi effettuati da due esperti internazionali hanno evidenziato la necessità di apportare dei miglioramenti in alcuni settori. Questo concerneva la valutazione del fabbisogno di aiuto nella gestione domiciliare, le procedure per

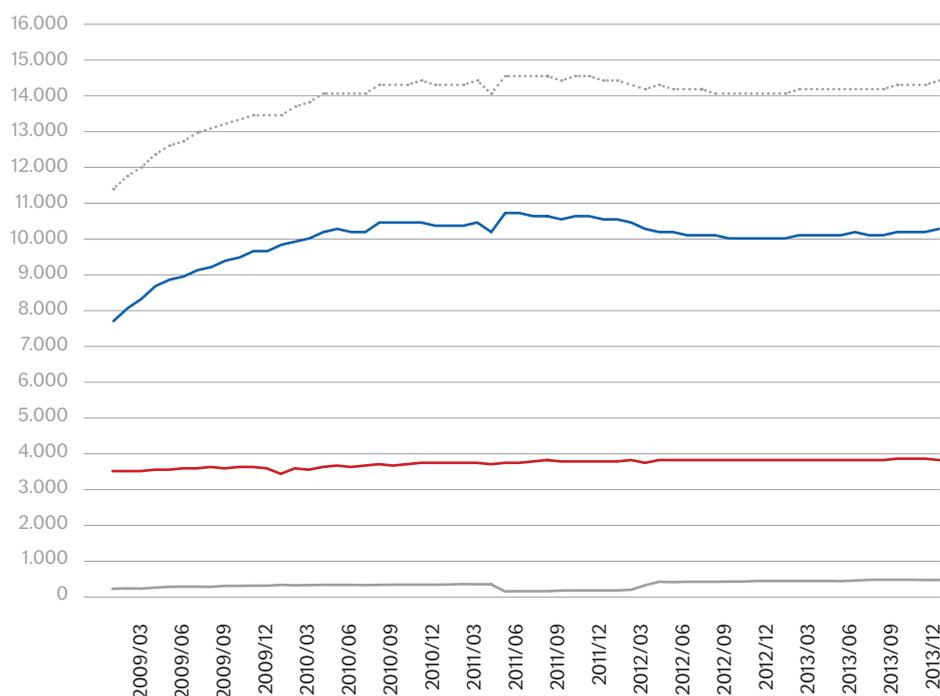
**Il numero complessivo di beneficiari dell'assegno di cura registra un aumento lento, ma costante. Si tratta di un trend di crescita che proseguirà anche nei prossimi anni.**

---

**Figura 24**  
**Andamento del numero di beneficiari dell'assegno di cura in Alto Adige per tipologia di sistemazione – 2009–2013**

..... Totale  
 — Cura a domicilio  
 — Case di riposo e centri di degenza  
 — Altre strutture

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



la valutazione di bambini di età inferiore ai dodici anni e gli strumenti per il rilevamento del fabbisogno in ambito psicosociale. Gli adattamenti tecnici si sono conclusi a fine 2011.

## 2.2 Distribuzione per livelli assistenziali e fasce d'età

In [figura 25](#) è rappresentato l'andamento del numero di beneficiari dell'assegno di cura da gennaio 2009 per livello assistenziale.

Il numero di beneficiari dell'assegno di cura assegnati al livello assistenziale 1 è salito fino a metà 2011, mano a mano che si concludessero le prime valutazioni. La maggior parte dei beneficiari viene infatti curata a domicilio; il lavoro per il primo rilevamento di questo gruppo di persone è stato quindi maggiore rispetto a quello delle persone ricoverate in strutture residenziali. Da allora si osserva un leggero aumento dei beneficiari dell'assegno di cura del livello 1. Il numero dei beneficiari dell'assegno di cura assegnati

al livello assistenziale 2 si è invece stabilizzato più rapidamente rispetto al primo livello. Anche qui si rileva un lieve aumento costante, mentre dal 2011 sta lentamente calando il numero di beneficiari dei livelli assistenziali 3 e 4. Tale calo è meno evidente tra le persone curate a domicilio che tra quelle alloggiate in case di riposo o nei centri di degenza. È quanto emerge da [figura 26](#) e [figura 27](#), dove è rappresentato l'andamento dei livelli assistenziali per luogo di cura.

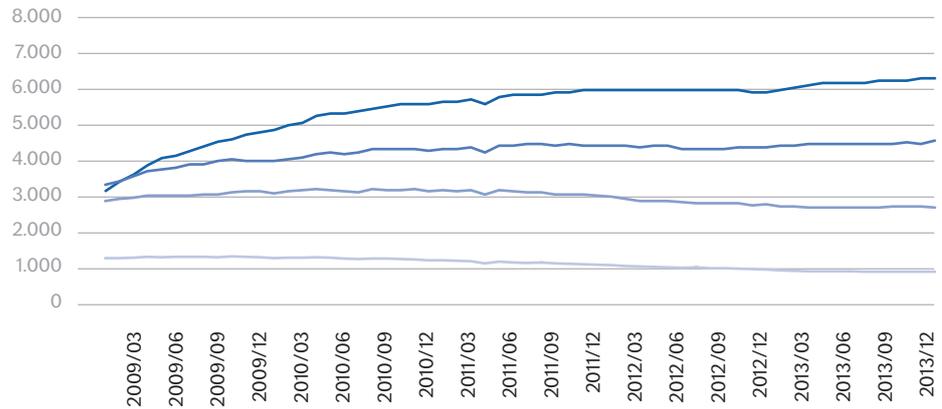
Dal 2011 il numero di beneficiari dell'assegno di cura è relativamente costante in quasi tutte le fasce d'età. La fascia d'età più rappresentata (80–89 anni) fino a quel momento era la più soggetta a oscillazioni. Fanno eccezione le due fasce "10–19 anni" e "90+", dove il numero di beneficiari sale lentamente, ma costantemente dal 2009.

**Figura 25**

**Andamento del numero di beneficiari dell'assegno di cura in Alto Adige per livelli assistenziali – 2009–2013**

- Livello assistenziale 1
- Livello assistenziale 2
- Livello assistenziale 3
- Livello assistenziale 4

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016

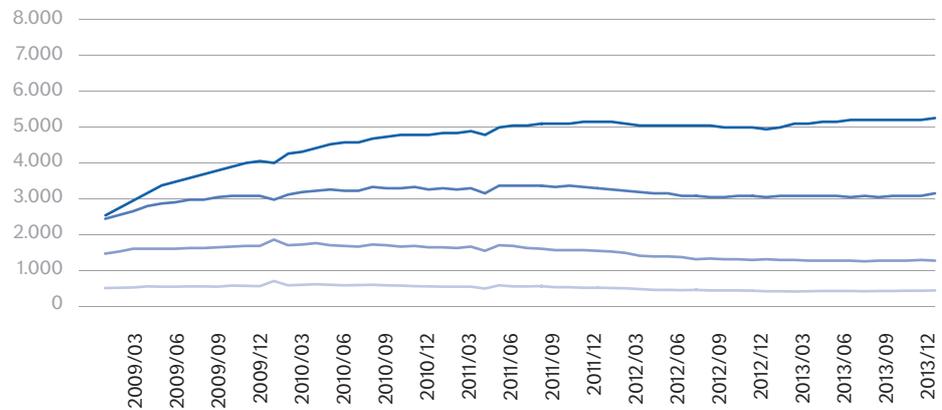


**Figura 26**

**Andamento del numero di beneficiari dell'assegno di cura (curati a domicilio) in Alto Adige per livelli assistenziali – 2009–2013**

- Livello assistenziale 1
- Livello assistenziale 2
- Livello assistenziale 3
- Livello assistenziale 4

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016

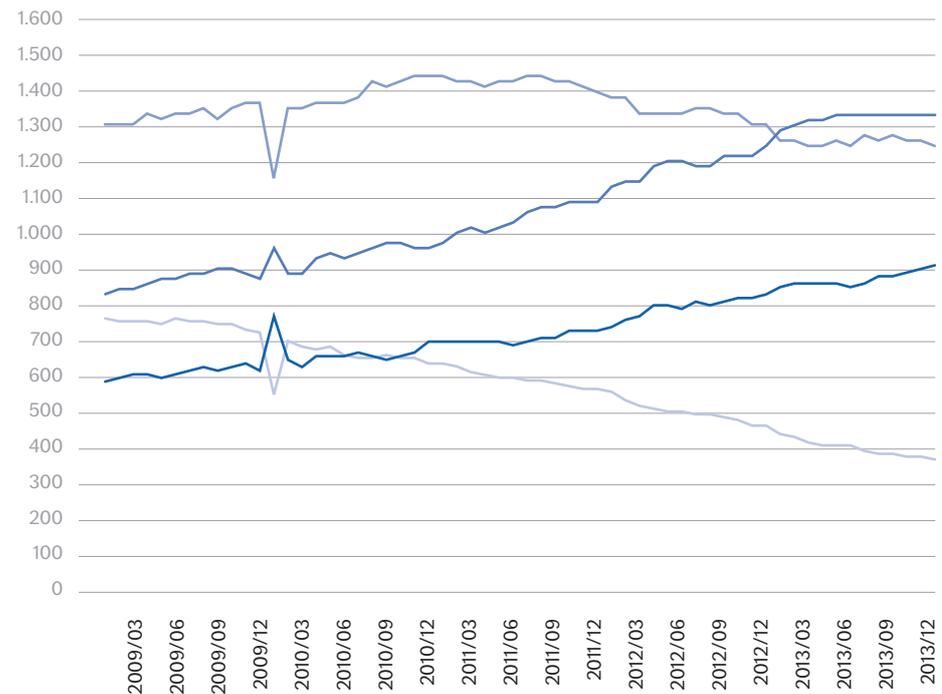


**Figura 27**

**Andamento del numero di beneficiari dell'assegno di cura (alloggiati in case di riposo o centri di degenza) in Alto Adige per livelli assistenziali – 2009–2013**

- Livello assistenziale 1
- Livello assistenziale 2
- Livello assistenziale 3
- Livello assistenziale 4

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016



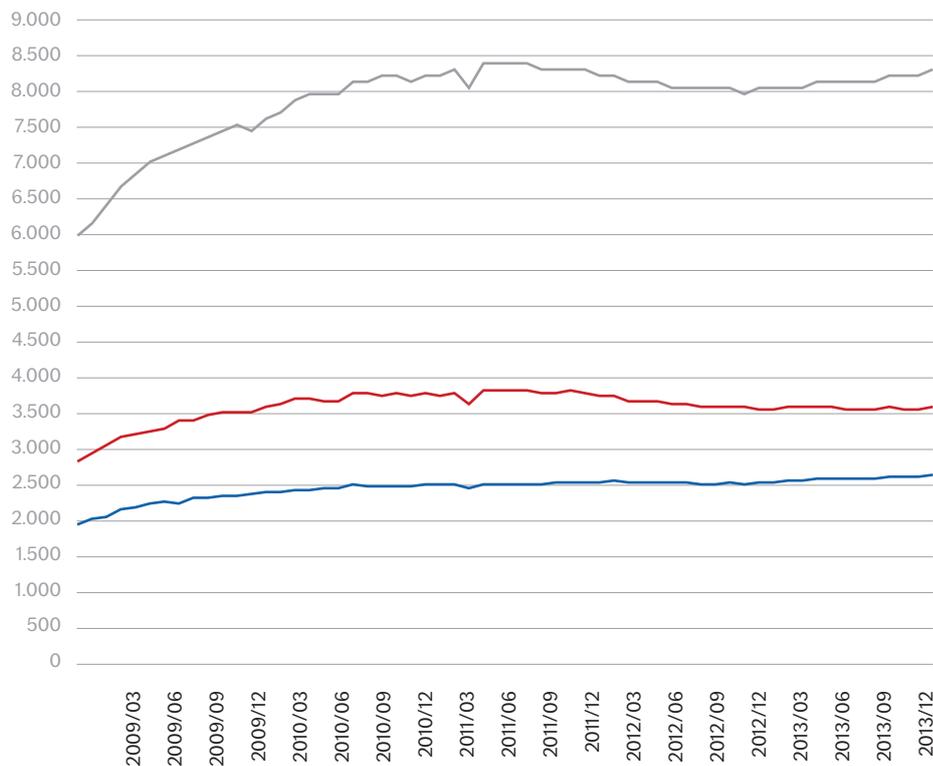
La fascia d'età più numerosa tra i beneficiari dell'assegno di cura e quella da 80 a 89 anni.

Il numero di beneficiari dell'assegno di cura nelle fasce d'età "10-19 anni" e "90+" cresce proporzionalmente più veloce di quello nelle altre fasce d'età.

**Figura 28**  
**Andamento del numero di beneficiari dell'assegno di cura in Alto Adige per fasce d'età - 2009-2013**

- 0-60 anni
- 60-80 anni
- 80+

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL  
 © IPL 2016



Nel 2014 per l'assegno di cura sono stati spesi 197,5 milioni di euro, di cui circa 100 milioni di euro sono stati erogati a persone curate a domicilio, il resto invece a case di riposo e centri di degenza.

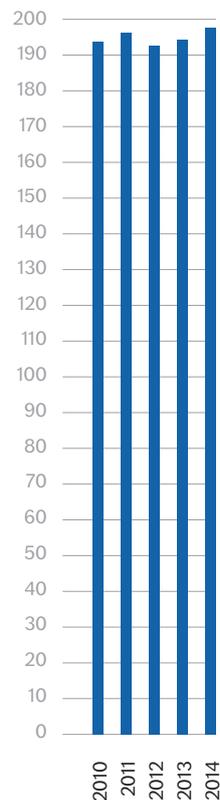
### 2.3 Spesa

Dai dati dell'ASSE emerge che le spese complessive per l'assegno di cura non variano molto, registrando un lieve aumento negli ultimi anni. Nel 2010 è stata superata la soglia di 190 milioni di euro di spesa complessiva e dal 2012 l'importo sale annualmente di 1,5 - 2,5 milioni di euro<sup>14</sup>. Nel 2014 le spese complessive ammontavano a 197,5 milioni di euro. Tale importo comprende i pagamenti alle persone curate a domicilio e quelli corrisposti per le persone ricoverate in strutture residenziali. Dall'01/01/2014 l'assegno di cura per i beneficiari residenti in case di riposo e centri di degenza viene liquidato direttamente alle rispettive strutture.

La valutazione della banca dati permette di analizzare più in dettaglio la composizione di questi importi, seppure i dati siano visibili solo in parte per gli anni 2013 e 2014.

**Figura 29**  
Spesa complessiva per  
l'assegno di cura in  
Alto Adige – 2010–2014

Fonte: ASSE Dashboard  
© IPL 2016



**Figura 30**  
**Spesa per l'assegno di cura**  
**in Alto Adige per tipologia**  
**di sistemazione delle persone non**  
**autosufficienti – 2009–2014**

© IPL 2016

Anno	Cura a domicilio in euro	Centro di degenza o casa di riposo in euro	Altre strutture in euro
2009	97.591.684	81.712.100	3.249.369
2010	108.026.593	79.813.698	3.758.975
2011	108.346.087	80.805.221	2.755.883
2012	100.022.084	81.985.429	4.257.881
2013	98.847.842	54.082.857 *	5.093.983 ***
2014	99.990.747	**	5.160.683 ***

\* Non sono compresi gli importi aggiuntivi liquidati già nel 2013 direttamente ai centri di degenza e alle case di riposo.

\*\* Nel 2014 l'assegno di cura per le persone alloggiate in case di riposo o in centri di degenza è stato liquidato con un importo forfettario erogato direttamente alle strutture stesse.

\*\*\* Tale aumento non è dovuto a un maggiore numero di beneficiari dell'assegno di cura, bensì a correzioni nell'assegnazione, in quanto una parte di queste persone era stata erroneamente attribuita alla categoria "cura a domicilio".

Fonte: Banca dati ASSE, elaborazione IPL

14: Una parte di tali finanziamenti viene liquidata posticipatamente nel mese di febbraio dell'anno successivo (per il 2013 tale quota ammontava a 8 milioni di euro, liquidati a febbraio 2014), ma, se computata correttamente per competenza all'anno 2013, la spesa complessiva per il 2013 ammonta a 194 milioni euro (ASSE 2015).

## Focus centrato su ...

In questo capitolo il focus dello studio è incentrato su alcuni aspetti sostanziali. Le modalità assistenziali scelte nei 10.235 nuclei familiari in cui vengono curate persone non autosufficienti sono molto varie; tuttavia emergono anche alcuni modelli e trend. La categoria professionale delle badanti rappresenta l'interfaccia più diretta tra assegno di cura e mercato del lavoro, motivo per il quale verrà osservata più in dettaglio. Inoltre anche gli effetti economici e territoriali dell'assegno di cura non sono da sottovalutare.

### 3.1 Rete di assistenza e situazione di cura nei nuclei familiari

Per l'analisi dell'assistenza a persone non autosufficienti nei nuclei familiari l'IPL dispone di una serie di dati basati sulle schede di valutazione digitalizzate<sup>15</sup>. In questo capitolo verranno illustrati i principali risultati emersi dall'analisi dei suddetti dati.

#### 3.1.1 La situazione abitativa delle persone non autosufficienti

La valutazione delle schede redatte ha evidenziato che quasi il 65% delle persone non autosufficienti curate a domicilio al momento dell'ultima valutazione conviveva con familiari o con il proprio coniuge o partner. Un altro 21% vive da solo<sup>16</sup> e l'11% convive permanentemente con una badante<sup>17</sup>.

Dall'analisi delle schede di valutazione emerge chiaramente che gli uomini non autosufficienti convivono più frequentemente con coniuge o partner rispet-

to alle donne non autosufficienti che convivono invece più frequentemente con i loro figli o con una badante e vivono anche più spesso da sole. Come è prevedibile, con l'aumentare del livello assistenziale scende la quota di persone che vivono da sole, mentre sale in misura significativa la quota di coloro che convivono permanentemente con una badante. Nei prossimi decenni aumenterà inoltre il numero di nuclei familiari di piccole dimensioni con conseguenti nuove sfide per il sistema assistenziale. Già ora il numero di famiglie unipersonali risulta particolarmente alto tra le donne anziane (ASTAT 2015c).

Solo l'11,3% delle persone non autosufficienti ha indicato di convivere solamente con una badante. Ciò significa che una quota importante di badanti opera in case in cui vivono anche altri familiari. Siccome secondo le stime circa tre quarti delle badanti abitano presso il proprio datore di lavoro, ciò fa capire che in molti casi la badante convive con il nucleo familiare (vedi capitolo 3.2.2).

#### 3.1.2 L'assistenza a domicilio nel contesto familiare

Nel caso dell'assistenza a domicilio, sulla scheda di valutazione viene anche annotato chi sia la persona "curante principale", ovvero la persona che assiste principalmente la persona non autosufficiente e che si assume la maggior parte del lavoro di cura e assistenza. In genere, nell'87,6% dei casi è stata identificata come curante principale una singola persona, il che però non significa che non ci siano anche altre persone a farsi carico di una parte del lavoro.

Dall'analisi dettagliata dei dati relativi al rapporto tra il curante principale e la persona non autosufficiente emergono alcune interessanti informazioni sulle varie caratteristiche (figura 34).

Dalle schede di valutazione emerge che la cura di familiari ("care-giver") è tuttora un'attività prevalentemente femminile. In totale l'84,2% dei curanti principali è di sesso femminile. L'assistenza viene infatti spesso paragonata ai lavori domestici e all'educazione dei figli che

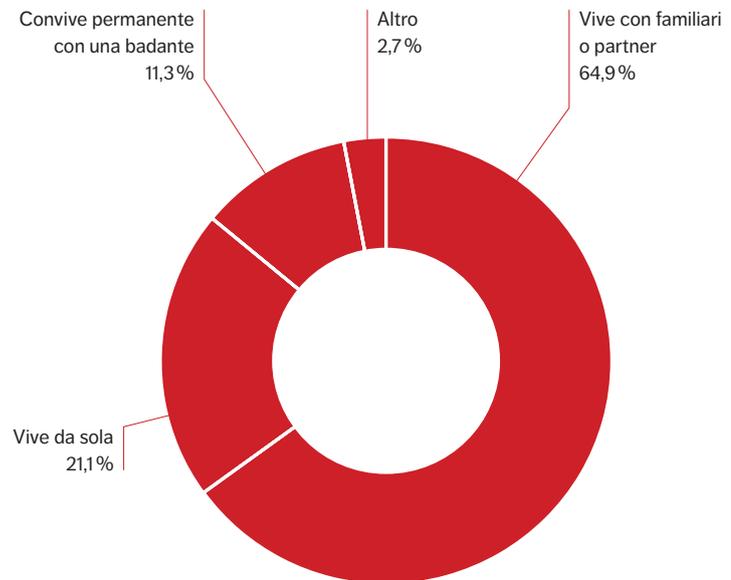
Circa il 65% dei non autosufficienti vive all'interno di un nucleo familiare composto da altri familiari o dal partner.

La cura dei familiari è tuttora un'attività a forte connotazione femminile. Quasi l'85% dei familiari curanti sono donne.

**Figura 31**

**Con chi convivono le persone non autosufficienti? – 2011–2015**

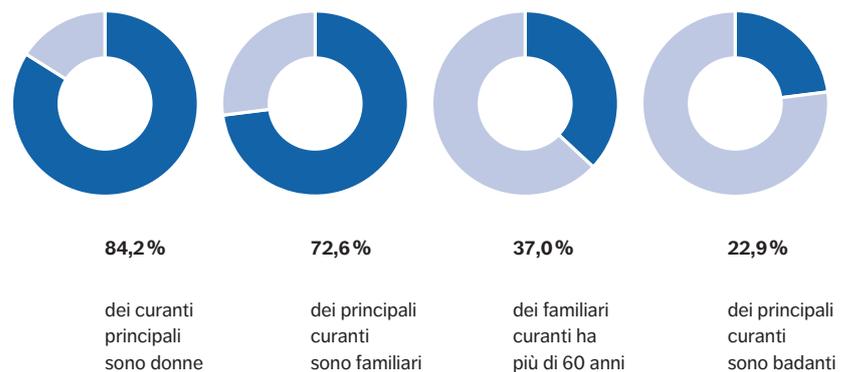
Fonte: Banca dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, elaborazione IPL © IPL 2016



**Figura 32**

**Profilo dei curanti principali: informazioni principali – 2011–2015**

Fonte: Banca dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, elaborazione IPL © IPL 2016



- 15: Le valutazioni da parte del servizio per la valutazione della non autosufficienza avvenivano già dall'inizio dell'anno 2008, però soltanto da marzo 2011 le schede sono state redatte sistematicamente in un database digitale. Le analisi in questo capitolo per questa ragione fanno sempre riferimento a tutte le schede di valutazione compilate dal marzo 2011 fino ad oggi, considerando sempre solo la scheda più recente di ogni beneficiario.
- 16: Ciò significa che il lavoro di cura viene esercitato da persone che non convivono permanentemente con la persona non autosufficiente (dunque da parenti, badanti o persone che vivono in altri nuclei familiari).
- 17: Ovviamente anche le persone non autosufficienti che vivono da sole o con familiari usufruiscono dei servizi delle badanti che possono o meno vivere permanentemente nella casa della persona assistita ("Live-In-Arrangement").

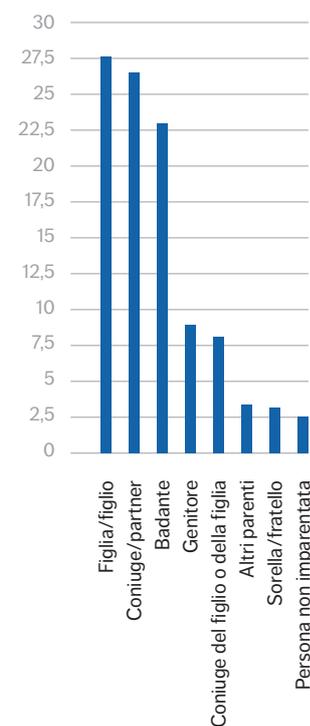
vengono ancora svolti prevalentemente dalla donna. Questo paragone comporta tuttavia diversi problemi: in primo luogo si riproducono così stereotipi che attualmente sono sempre più messi in discussione. In secondo luogo, benché sia vero che il confine tra lavoro domestico e di cura sia spesso vago, è anche vero che l'assistenza denota alcuni aspetti particolari da non trascurare. La componente fisica, medica ed emozionale del lavoro di cura può portare facilmente a un carico eccessivo per i familiari che prestano l'assistenza. Dallo studio ASTAT dedicato alla terza età in Alto Adige (ASTAT 2014, pag. 111) emerge che il 13,5% degli anziani che usufruiscono dell'assistenza dei loro familiari ritiene che l'assistenza sia un impegno eccessivo per la famiglia. Pertanto è importante dare all'interno del sistema massima priorità a supporto, affiancamento e formazione dei familiari curanti, promuovendo sempre di più questi servizi. Dato che lo stato di non autosufficienza subentra spesso all'improvviso, i familiari si ritrovano in molti casi a dover affrontare urgentemente delle nuove sfide. Le decisioni vanno prese in un brevissimo arco di tempo. Questi pas-

saggi sono momenti critici nei quali c'è un forte bisogno di consulenza e affiancamento – sia per decidere chi si debba fare carico del lavoro di cura, sia per l'eventuale scelta della badante da assumere. L'assegno di cura contribuisce in misura determinante a facilitare a tutte le persone coinvolte la cura di familiari nel loro ambiente abituale. Ciò nonostante, è importante proporre iniziative di sollievo per tutte le persone che fanno parte della rete di cura, in modo che non trascurino le proprie esigenze per soddisfare quelle della persona non autosufficiente<sup>18</sup>. Spesso vengono offerte misure di sollievo (ad esempio dai centri di assistenza diurna) che per vari motivi i familiari stentano a sfruttare. Anche in questo caso occorre ridurre ulteriormente il carico che pesa, nonostante tutto, sui familiari curanti e sulle badanti (per quest'ultime si veda anche il [capitolo 3.2.2](#)), in particolare attraverso misure di consulenza e di affiancamento.

**Figura 33**

**Profilo dei curanti principali:  
chi si assume la maggior parte  
del lavoro di assistenza?  
– 2011–2015 (in percentuale)**

Fonte: Banca dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, elaborazione IPL © IPL 2016



Dai focus group:

Di solito c'è sempre un "martire" in famiglia.

I familiari curanti sono esposti a un grande carico psichico e fisico, anche perché nelle famiglie la responsabilità per la cura spesso non viene condivisa.

**Figura 34**

**Profilo della principale persona curante: peculiarità per sesso, livello assistenziale, territorio, età – 2011–2015**

© IPL 2016

Tipologie	Caratteristiche
Sesso dei curanti principali	Circa tre quarti dei figli e coniugi curanti nonché il 95 % dei genitori e dei coniugi dei figli che curano la persona non autosufficiente sono di sesso femminile.
Sesso delle persone non autosufficienti	Le donne vengono curate più spesso dai figli o da badanti rispetto agli uomini. Questi vengono curati spesso da coniugi o partner.
Per livello assistenziale	Con l'aumentare del livello assistenziale scende anche la quota di figli e coniugi curanti e il curante principale diventa la badante. Ciò emerge soprattutto per la fascia d'età degli 80+: il 54,9 % dei curanti principali di persone non autosufficienti con più di 80 anni e inquadrati nel livello assistenziale 4 sono badanti.  Le persone non autosufficienti con meno di 40 anni vengono curate prevalentemente dai loro genitori, anche se inquadrate nei livelli assistenziali più alti; si tratta quasi esclusivamente di persone disabili.
Città–zone rurali	L'analisi per città (>15.000 abitanti) e zone rurali evidenzia che nelle zone rurali, rispetto alle città, sono più spesso i figli o i coniugi dei figli a curare la persona non autosufficiente. La badante è invece più frequentemente in città la curante principale (30,2 % contro 17,3 % nelle zone rurali).
Età del curante principale	I familiari curanti sono in media più anziani delle badanti: circa il 37 % dei familiari curanti hanno più di 60 anni.  Il 68 % delle badanti ha più di 40 e meno di 60 anni.

Fonte: Banca dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, Banca dati ASSE, elaborazione IPL

18: Come rimarcato anche dal convegno del 16 maggio organizzato da Caritas, A.M.A. e dalla Federazione per il Sociale "Dalla cura al prendersi cura senza dimenticare se stessi".

---

## La differenza tra cura informale e formale

---

**Cura informale:** Assistenza prestata da familiari, amici o vicini che non dispongono di apposita formazione. I curanti che prestano assistenza in forma informale non percepiscono un compenso per il lavoro di cura, nonostante l'impegno equivalga spesso come numero di ore a un impiego a tempo pieno o sia addirittura superiore.

**Cura formale:** I curanti che prestano assistenza formale dispongono di competenze e abilità acquisite nel corso di un'apposita formazione. A differenza della cura informale, la cura formale viene svolta in orari prestabiliti e prevede un compenso per chi presta la cura. La cura formale viene prestata ad esempio dagli operatori del servizio di assistenza domiciliare e dal personale di strutture residenziali, ma anche dalle badanti. La cura formale può essere svolta a domicilio o in strutture residenziali (in case di riposo e centri di degenza).

---

Dai focus group:

**Il problema più importante è la fatica. E il non riuscire di riconoscere che anch'io che aiuto ho bisogno di aiuto.**

---

---

## I familiari curanti – una colonna importante del sistema di cura altoatesino

---

Nell'ambito del progetto sono stati organizzati due focus group con persone che seguono da molti anni familiari curanti. Queste persone hanno conosciuto, ad esempio attraverso il coordinamento di gruppi di auto aiuto, numerose situazioni e i problemi che i familiari curanti si trovano ad affrontare giorno per giorno.

I familiari che prestano assistenza sono esposti a elevati carichi psichici e fisici. Le donne (figlie o nuore) vengono spesso obbligate al lavoro di cura, per essere poi abbandonate dagli altri familiari o non trovare il necessario supporto. L'eccessivo carico è quindi il problema principale che devono affrontare i familiari curanti: si sentono spesso sfruttati, ma allo stesso tempo obbligati a svolgere secondo le aspettative generali il ruolo a loro attribuito. Ciò comporta che spesso i familiari curanti non hanno più tempo libero per "staccare". Il carico psichico, combinato con l'obbligo di essere sempre reperibili, si manifesta spesso attraverso uno stato permanente di irrequietezza, tensione e paura di ciò che potrebbe succedere se ci si assenta per un breve momento. Spesso la responsabilità per la cura non viene suddivisa all'interno della famiglia, al punto che a volte le donne non riescono nemmeno a venire agli incontri mensili del gruppo di auto aiuto perché non trovano nessuno che si occupi per due ore della persona non autosufficiente. Inoltre anche le persone non autosufficienti esercitano pressione sui curanti, soprattutto se soffrono di problemi psichici. Tutelarsi diventa ancora più difficile per le nuore curanti che per le figlie, in quanto in questi casi le relazioni di potere sono spesso più radicate e complesse. Nella maggior parte dei casi si ricorre a un aiuto esterno (attraverso un gruppo di auto aiuto o in forma di richieste, ad esempio al servizio di assistenza domiciliare) soltanto quan-

---

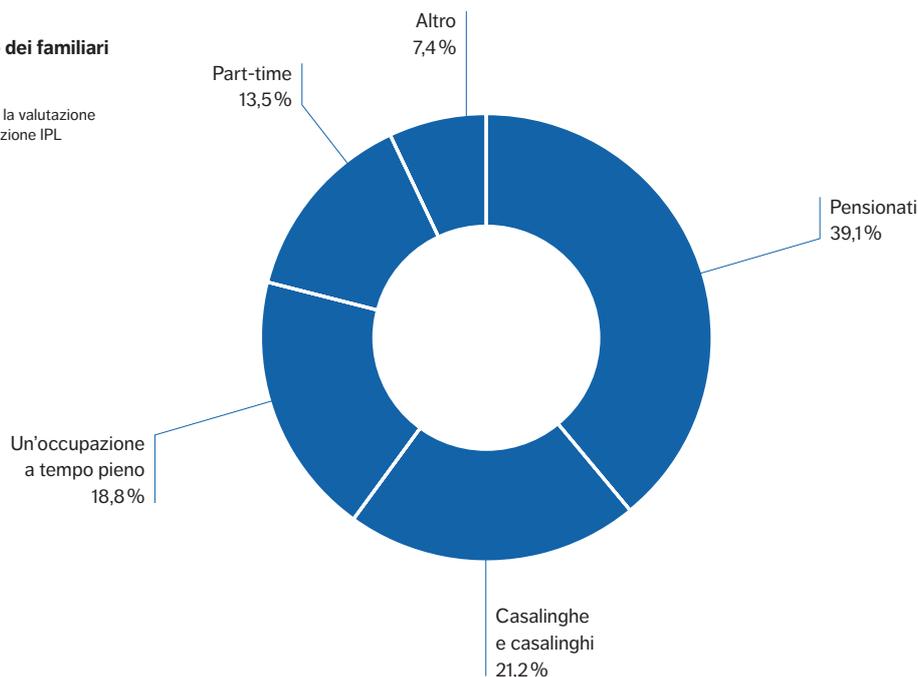
do ormai è già “troppo tardi”. Nel corso degli anni potrebbe formarsi una sorta di “simbiosi” negativa tra la persona curante e quella non autosufficiente che comporta svantaggi per entrambe le parti e dalla quale non sembra esserci via d’uscita. La conseguenza di tutto ciò, è spesso che i familiari curanti dopo il decesso della persona assistita precipitano in una sorta di vuoto e non riescano a riprendere una vita regolare senza assistenza. Anche per questo è importante avere un affiancamento e uno sguardo obiettivo dall’esterno sulla situazione di assistenza: il fatto che la cura venga svolta con grande amore e impegno non significa, infatti, che la situazione sia priva di conflitti e carichi eccessivi. Come non significa automaticamente che la cura sia svolta in modo corretto e professionale. Proprio per questo i gruppi di auto aiuto sono importantissimi per i familiari curanti, soprattutto nei casi in cui non è previsto alcun intervento da parte del servizio di assistenza domiciliare. Ai familiari che prestano assistenza i distretti e le unità di valutazione dovrebbero preventivamente consigliare di frequentare un gruppo di auto aiuto. In generale le prestazioni in natura rappresentano un grande sollievo e aiuto per i familiari curanti, mentre una prestazione economica non sortisce questo effetto. L’esperienza insegna che i familiari curanti inizialmente spesso rifiutano l’aiuto del servizio di assistenza domiciliare, per riconoscere poi che si tratta comunque di una buona idea. Va quindi riflettuto attentamente sull’ipotesi di vincolare la liquidazione dell’assegno di cura ad esempio all’intervento da parte del servizio di assistenza domiciliare per un’ora a settimana. Sicuramente contribuirebbe a evitare determinati problemi e carichi eccessivi. Dall’altra parte bisogna procedere con molta cautela, in modo che i familiari curanti non percepiscano questo intervento come un controllo o un’intrusione. Ovviamente anche le

prestazioni economiche contribuiscono ad alleviare lo stato di non autosufficienza perché il denaro viene spesso realmente utilizzato per coprire le spese di cura. In particolare, nei casi in cui la persona non autosufficiente percepisce solo la pensione minima (ad esempio gli agricoltori), l’assegno di cura diventa indispensabile. Problematici sono tuttavia i casi in cui l’assegno di cura viene utilizzato sì per la cura, ma la persona curante non è sufficientemente coperta o ha lasciato il proprio lavoro per dedicarsi all’assistenza. Dai colloqui con le coordinatrici dei gruppi di auto aiuto è inoltre emerso che in molti casi la cura a domicilio non sarebbe di per sé la soluzione ottimale, ma che si è resa necessaria per mancanza di posti in strutture residenziali o in attesa dell’assegnazione di un posto. Probabilmente la disponibilità di familiari pronti ad assistere la persona non autosufficiente calerà, tuttavia la cura informale da parte di familiari resterà comunque una colonna importante del sistema di cura altoatesino. Sono quindi assolutamente necessarie misure finalizzate a offrire sollievo e a risolvere altri problemi, che devono comprendere anche un maggiore supporto dei familiari curanti attraverso prestazioni domiciliari e l’ampliamento dell’offerta di formazione e sollievo. Molti problemi si evitano anche rilevando e analizzando già fin dall’inizio dell’assistenza prestata dai familiari (o in occasione della prima valutazione) la situazione familiare delle persone non autosufficienti e il contesto in cui vivono. L’obiettivo deve essere quello di trovare una soluzione che consideri e soddisfi sia le esigenze della persona assistita che dell’intera famiglia. La soluzione trovata andrebbe poi supportata e mantenuta con un adeguato mix di prestazioni economiche e in natura.

**Figura 35**

**Condizione professionale dei familiari curanti – dal 2011 al 2015**

Fonte: Banca dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, elaborazione IPL © IPL 2016



**3.2 Effetti sul mercato del lavoro e sull'economia**

Esistono diversi elementi che evidenziano gli effetti della prestazione sociale “assegno di cura” sul mercato del lavoro nonché sull'economia in generale. Nei prossimi capitoli verranno approfonditi i seguenti effetti<sup>19</sup>:

— L'assegno di cura può ripercuotersi sulle biografie lavorative dei familiari curanti che abbandonano temporaneamente o permanentemente il lavoro per dedicarsi alla cura dei familiari. L'assegno di cura può tuttavia permettere anche ai familiari di mantenere (in parte) la propria occupazione coprendo le spese per una badante e delegando alla stessa una parte del lavoro di cura (capitolo 3.2.1).

— La categoria professionale delle badanti si è formata solamente negli ultimi venti/trent'anni. Negli ultimi anni il numero delle badanti è costantemente aumentato. L'orientamento delle prestazioni come l'assegno di cura incide sia sulle condizioni di lavoro delle badanti che sul

lo sviluppo generale della loro categoria professionale (capitolo 3.2.2).

— Circa 5.000 persone lavorano in Alto Adige in case di riposo e centri di degenza, nei servizi di assistenza domiciliare, in centri diurni o in centri di assistenza diurna. Anche in questo caso si tratta di posti di lavoro che dipendono dall'orientamento generale del sistema di cura e indirettamente anche dalla gestione della prestazione “assegno di cura”.

— A seconda della linea seguita dal sistema di cura, nel settore nasce un certo numero di posti di lavoro che richiedono determinati requisiti professionali. Da qui nascono ulteriori effetti economici, in quanto il settore assistenziale può essere nel suo insieme un importante fattore economico e di crescita, nonché un motore dell'occupazione, soprattutto se vengono creati numerosi posti di lavoro per operatori altamente qualificati (capitolo 3.2.3).

— Un effetto importante del sistema di interventi per la non autosufficienza è la creazione di un “mercato dell'assi-

**Dai focus group:**

**Sarebbe giusto che chi assiste a casa sia coperto sotto l'aspetto previdenziale. Dovrebbe percepire anche un salario perché non è proprio una passeggiata. Non è possibile svolgere un lavoro oltre all'assistenza.**

**Figura 36****Condizione professionale dei familiari curanti: analisi dettagliata per caratteristiche – 2011–2015**

© IPL 2016

Tipologie	Caratteristiche
Zone urbane e rurali	In città i curanti principali sono prevalentemente pensionati, nelle zone rurali soprattutto casalinghe. Ciò dipende probabilmente dalle differenze ancora esistenti nelle situazioni familiari e abitative tra città e zone rurali.
Coniugi curanti	Il 73,8% dei coniugi curanti sono pensionati, il 15,5% sono casalinghe e solo il 7,9% lavora a tempo pieno o a part-time.
Nuore e generi	Il 45,1% delle nuore curanti sono casalinghe, il 16,4% dei generi e delle nuore curanti lavorano a tempo pieno e il 23,2% a part-time.
Figli	Le figlie e i figli curanti sono occupati di più rispetto a nuore e generi curanti (33,1% a tempo pieno e il 18,5% a part-time).

Fonte: Banca dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, Banca dati ASSE, elaborazione IPL

stenza”. Le caratteristiche di tale mercato si ripercuotono da un lato sui lavoratori del settore e determinano dall’altro anche gli effetti economici del settore di cura nel suo complesso ([capitolo 3.2.4](#)).

— Infine, le prestazioni economiche come l’assegno di cura, hanno potenzialmente anche effetti sulla situazione economica dei beneficiari, ad esempio per quanto concerne il rischio di povertà degli anziani non autosufficienti che percepiscono una pensione minima nonché effetti sul potere d’acquisto di una determinata regione ([capitolo 3.2.5](#)).

**3.2.1****Condizione professionale dei familiari che prestano l’assistenza**

Quando una persona si assume l’importante compito di curare un familiare o un conoscente, questo può avere effetti sulla sua biografia lavorativa.

Circa il 40% dei curanti principali sono pensionati. In questi casi la presa in carico della cura di un familiare non si ripercuote quindi sulla biografia lavorativa dei curanti. Tuttavia, il 18,8% dei familiari che sono curanti principali indica di svolgere anche un lavoro a tempo pieno oltre all’attività di assistenza informale, mentre il 13,5% lavora a part-time. Dalle schede di valutazione emerge che in questa categoria solo il 5% abbandona il mercato del lavoro in parte o completamente perché si prende carico della cura di un familiare, o per essere più precisi: il 2,5% è in distacco per assistenza, l’1,9% ha dato le dimissioni e lo 0,6% lavora a part-time. In questo punto si osserva quindi definitivamente un effetto (seppure abbastanza ridotto) dell’assegno di cura sul mercato del lavoro. Si presume che anche una parte dei curanti principali che si sono dichiarati “casalinghe” (e che ammontano comunque al 21,2%) non si sarebbe presa carico dell’assistenza se non ci fosse stato l’assegno di cura. Non si sa tuttavia se queste persone, in mancanza dell’assegno di cura, (ri)entrerebbero veramente nel mercato del lavoro o se si tratta piuttosto di “effetti

19: Tutti questi aspetti devono essere considerati ovviamente sempre alla luce dell’andamento previsto in generale per il mercato del lavoro (si vedano in merito [capitolo 4.2](#) e [capitolo 5.2.1](#)).

di trascinamento”. L’assegno di cura ha comunque anche un altro potenziale effetto sull’attività lavorativa dei familiari curanti: permette alle persone che non vogliono – o non possono – prendersi del tutto o in parte cura di un familiare, di restare nel mercato del lavoro. Queste persone possono utilizzare l’assegno di cura per finanziare la badante a cui delegano una parte del lavoro di cura.

### 3.2.2 Le badanti

L’assegno di cura può essere utilizzato anche per pagare la badante in casa. Per le persone che vivono da sole o in quelle situazioni in cui nessun familiare è disponibile per l’assistenza può essere l’unica soluzione possibile. Se i familiari vivono nello stesso nucleo familiare, il lavoro di assistenza può essere diviso in diversi modi tra i familiari e la badante. In ogni caso l’assegno di cura è da considerare sempre solo un contributo alle spese sostenute per l’assistenza. La legge sugli interventi per la non autosufficienza non prevede che l’assegno di cura copra completamente tutti i costi in ogni potenziale situazione di non autosufficienza. Anche in Austria e in Germania l’assegno di cura è inteso come “parziale assicurazione casco”. Nei livelli assistenziali superiori succede spesso che una persona avrebbe in verità bisogno di due badanti a turni per poter coprire completamente il fabbisogno di cura. L’assegno di cura basta tuttavia solo per pagare una badante a tempo pieno. Se non si dispone di ulteriori mezzi finanziari, i familiari dovranno farsi carico di almeno una parte del lavoro di assistenza. Ciò potrebbe succedere anche in parallelo a un lavoro e quindi non avere effetti sul mercato del lavoro, oppure far sì che i familiari siano costretti a lavorare a part-time o ad abbandonare il lavoro. Dalle interviste condotte con gli esperti e dalle schede di valutazione è emerso che è molto frequente la situazione in cui la persona non autosufficiente è assistita sia dai famigliari che da una badante. Anche se la badante si assume spesso una parte significativa del lavoro di as-

sistenza, solo in rari casi la cura viene completamente esternalizzata ovvero delegata alla badante. Ciò corrisponde pienamente allo spirito della legge sugli interventi per la non autosufficienza. La persona non autosufficiente può restare così nel suo ambiente abituale, mentre i familiari possono finanziare una badante con l’assegno di cura per essere sostenuti e sollevati da una parte del lavoro di cura. Per quanto concerne gli effetti sul mercato del lavoro, da queste osservazioni è possibile dedurre che i casi in cui i familiari tornano a tempo pieno nel mercato del lavoro in seguito all’assunzione di una badante, soprattutto nei livelli assistenziali superiori, non rappresentano la norma. Come già precedentemente accennato, bisogna considerare che per una persona assegnata al livello assistenziale 4 (e che quindi necessita di più di otto ore di assistenza al giorno) non basta una sola persona che assista a “tempo pieno”. Nei livelli assistenziali inferiori, tuttavia, l’assunzione di una badante (anche a part-time) potrebbe certamente contribuire a far continuare a lavorare i familiari.

Dalle cifre dell’Ufficio Osservazione mercato del lavoro si rileva che in media il 94% delle badanti nonché l’87% delle colf (collaboratrici familiari) sono di sesso femminile. Circa la metà delle badanti proviene da Paesi UE (soprattutto dalla Romania e dall’Italia), mentre tra le cittadine extracomunitarie prevalgono le persone provenienti dall’Ucraina e dalla Moldavia. Le schede di valutazione del servizio competente evidenziano che l’81% delle badanti che sono curanti principali lavora a tempo pieno e solo il 17% a part-time. Il numero preciso delle badanti effettivamente attive in Alto Adige è solo in parte deducibile dalle cifre ufficiali.

**Numero di badanti in Alto Adige:** Dalle schede di valutazione degli ultimi quattro anni emerge che in media il 22,9% dei curanti principali sono badanti, però una famiglia potrebbe ovviamente anche occupare una badante senza indicarla come curante principale nella scheda di valutazione. La probabilità che venga assunta una badante varia

**Figura 37**  
**Badanti e collaboratrici familiari (COLF) registrate in Alto Adige**

© IPL 2016

Anno	Numero di badanti	Numero di collaboratrici familiari (COLF)
2010	1.668	2.303
2011	1.798	2.210
2012	2.033	2.177
2013	2.445	2.174
2014	2.498	2.165

Fonte: Ufficio Osservazione mercato del lavoro

molto a seconda dell'età e del grado di non autosufficienza. La più alta quota di badanti che diventano curanti principali si trova nella categoria degli anziani non autosufficienti (80+) nei livelli assistenziali elevati (oltre il 50%). Tra i giovani non autosufficienti assegnati a livelli assistenziali alti tale quota è molto bassa, perché vengono spesso curati dai genitori. Questi dati non permettono tuttavia di definire cifre assolute, in quanto le schede di valutazione considerate sono state redatte nell'arco di quattro anni e quindi non rappresentano la situazione complessiva di un dato momento. Definire esattamente il numero delle badanti occupate in Alto Adige non è affatto un'impresa semplice: il numero preciso può essere solo stimato, seppure ci si possa orientare sui dati ufficiali dell'Ufficio Osservazione mercato del lavoro. Questi indicano per il 2014 la presenza di 2.498 badanti in Alto Adige. Altri rilevamenti segnalano un numero reale più alto: lo studio dell'ASTAT sulla terza età in Alto Adige (ASTAT 2014, pag. 111) indica ad esempio che il 3,3% delle persone di età superiore ai 65 anni ricorre all'assistenza permanente di una badante (nella fascia degli 85+ tale percentuale sale al 16%). Ne risulta pertanto un numero di badanti pari a 3.095. In base ai risultati dell'indagine multiscopo sulle famiglie svolta nel 2010 dall'ISTAT, circa il 2% delle famiglie in Alto Adige occupa una badante, cioè ca. 4.000 persone (ASTAT 2011). Il dato ufficiale di 2.498 badanti è quindi da considerarsi solo il limite inferiore assoluto del numero di badanti che lavorano presso delle famiglie. Il dato reale di lavoratori e lavoratrici occupati da persone private e che in qualche modo svolgono lavoro di assistenza nei nuclei familiari oscilla tra 4.000 e 4.500. I motivi che rendono difficoltoso determinarne il numero esatto sono molteplici:

### 1

Non esiste una distinzione netta tra i campi di attività delle badanti e delle cosiddette "colf" (collaboratrici familiari). In molti casi le persone che svolgo-

no almeno in parte anche lavoro di cura vengono assunte come colf. A causa della distinzione poco chiara tra le due attività, non è sempre possibile attribuire in modo preciso l'attività svolta (cfr. Profanter 2014). Soprattutto nel caso di persone non autosufficienti, con un ridotto fabbisogno di assistenza e di età avanzata, le badanti e le collaboratrici familiari svolgono probabilmente entrambe le attività (lavori domestici e assistenza). La figura 37 illustra il numero di badanti registrate ufficialmente in Alto Adige e lo confronta con il numero delle colf registrate.

### 2

Il calcolo esatto del numero di badanti viene anche ostacolato dal fatto che a una famiglia con un componente non autosufficiente che usufruisce regolarmente di aiuto esterno in realtà non può essere sempre attribuita un'unica badante. Una badante può avere anche più datori di lavoro con ridotto fabbisogno di assistenza, mentre altre persone non autosufficienti potrebbero occupare due badanti, in quanto il fabbisogno di assistenza è molto alto e copre un arco di ventiquattro ore.

### 3

Il lavoro nero, fenomeno tuttora esistente in questo settore, ma anche la "zona grigia" dell'aiuto tra vicini, rendono difficile determinare un numero esatto di persone che curano a pagamento.

**Lavoro nero:** Uno studio di recente pubblicazione (Soletterre/IRS 2015) stima che il 56,5% delle badanti in Italia opera senza contratto di lavoro regolare. Probabilmente il lavoro nero in Alto Adige è meno diffuso rispetto ad altre regioni italiane, ma è comunque una realtà. A livello nazionale si sono susseguite negli ultimi anni varie sanatorie che hanno permesso a privati di regolarizzare la posizione di collaboratori a domicilio occupati illegalmente.

Secondo le stime  
in Alto Adige  
operano 4.000–  
4.500 badanti.

---

Dalle interviste con esperti:

Le badanti sono una  
categoria professio-  
nale che venti anni fa  
di fatto non esiste-  
va ancora. [...] Prima  
questo termine non  
esisteva.

---

In occasione della prima sanatoria, in Alto Adige sono state regolarizzate le posizioni di ca. 400 badanti. Con la sanatoria del 2009 sono state registrate in Alto Adige altre 203 badanti (prevalentemente donne) e 435 “colf” (prevalentemente uomini). L'ondata di sanatoria del 2012 è stata quella che ha riscosso meno successo per le badanti; è servita principalmente ad assumere regolarmente uomini come collaboratori domestici, di cui gran parte dopo 16 mesi non risultava più occupata in Alto Adige (Ripartizione Lavoro 2014). In riferimento all'assegno di cura si ipotizza che l'impiego illecito di soldi pubblici per occupare illegalmente manodopera sia un importante deterrente. È sempre possibile ricevere una visita non annunciata del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, anche se lo stesso non verifica esplicitamente il rapporto di lavoro di una badante eventualmente presente. Gli esperti dell'Ufficio Osservazione mercato del lavoro suppongono che le badanti straniere che hanno due o più rapporti di lavoro part-time vengano in verità assunte per uno solo e svolgano quindi illegalmente

il restante lavoro. Un'altra forma diffusa di lavoro nero è l'assistenza prestata dai residenti presso conoscenti o in altre famiglie, soprattutto nelle zone rurali. Questa spesso non viene nemmeno definita o intesa come “lavoro”, bensì come “aiuto tra vicini”, anche se si accettano delle ricompense in denaro. Il “Servizio di contabilità per badanti” del KVW evidenzia comunque che in Alto Adige esiste un'elevata regolarità nei rapporti di lavoro in questo settore: attualmente il Servizio assiste ca. 800 famiglie che occupano una badante e le sostiene nella stipula del contratto del lavoro, nel calcolo del salario e nella gestione contabile dello stesso. In Alto Adige anche alcuni patronati e cooperative sociali offrono servizi di questo tipo. Spesso sono le badanti stesse a proporre ai loro datori di lavori di rivolgersi a questi servizi, perché hanno già fatto esperienze positive o perché ne hanno sentito parlare da conoscenti. L'esperienza dimostra che le badanti si organizzano molto rapidamente in reti informali e che conoscono molto bene le richieste legate a un contratto di lavoro regolare. Ciò nonostante va riflet-

tuto su ulteriori misure per impedire contratti di lavoro irregolari in questo settore e per garantire i diritti sia delle badanti che dei datori di lavoro. Sarebbe opportuno discutere con tutti gli stakeholder coinvolti su come effettuare eventuali controlli e a chi affidarli. Una richiesta più volte formulata è che i beneficiari dell'assegno di cura e le loro famiglie che occupano una badante debbano produrre la prova della legalità del rapporto di lavoro. Questo richiederebbe tuttavia maggiori risorse per il Servizio per la valutazione della non autosufficienza e un chiarimento su responsabilità personali e limiti di libertà dei beneficiari dell'assegno di cura e delle loro famiglie.

## La situazione delle “badanti” in Alto Adige

Negli anni dal 2011 al 2013 Annemarie Profanter, Professoressa presso la Facoltà di Scienze della Formazione della Libera Università di Bolzano, ha coordinato un ampio studio sulla situazione delle badanti in Alto Adige. I risultati sono stati pubblicati nel 2014 in un libro (Profanter 2014). Nel corso di numerose interviste a badanti e ai loro datori di lavoro sono stati individuati diversi punti critici e problemi. Il lavoro di cura come occupazione può comportare per le badanti gli stessi carichi eccessivi come per i familiari curanti nel caso della cura informale; il rischio di sovraccarico psichico e fisico è grande. Ciò è riconducibile in parte anche a una serie di peculiarità dell'area di intervento, ovvero del nucleo familiare (Profanter 2014, pag. 32 e segg.), nella quale le badanti svolgono il loro lavoro. Quando il lavoro viene svolto in un nucleo familiare, il confine tra pubblico e privato si confonde, creando così delle tensioni particolari: tutte le persone coinvolte (datori di lavoro e badanti) devono trovare prima il giusto equilibrio tra vicinanza e distanza. Le badanti devono assumersi un ruolo che oscilla tra “dipendente” e “quasi membro della famiglia”. L'attività delle badanti è da un lato un servizio professionale, dall'altro consiste tuttavia anche in un lavoro “emotivo”. Nel lavoro della badante rientrano infatti sia le attività tecnico-strumentali (che si basano su scopi precisi e sull'effettività) che le attività di comunicazione (che richiedono anche un lavoro emotivo e relazionale). Oltre a questi aspetti determinanti incidono anche le cosiddette soluzioni “live-in” (nelle quali la badante vive permanentemente presso i suoi datori di lavoro), che possono provocare situazioni problematiche e conflitti. La maggior parte delle badanti vive presso il datore di lavoro (quindi con la persona non autosufficiente e i suoi familiari) nello stesso nucleo familiare o nella stessa casa (solo poche badanti vivono esclusivamente con la persona non autosuffi-

ciente). Queste soluzioni possono essere molto impegnative per le badanti perché praticamente non hanno più una vita privata e devono essere spesso “disponibili” ventiquattro ore al giorno. Il pericolo di isolamento, sfruttamento e dipendenza reciproca è particolarmente marcato in queste soluzioni “live-in”, anche perché le aspettative reciproche non sempre vengono espressamente discusse prima di iniziare il rapporto di lavoro. In alcuni casi il coinvolgimento (apparente) nella famiglia può diventare una legittimazione per lo sfruttamento della badante. Ovviamente però anche le badanti dispongono di alcune strategie per esercitare il loro potere: mentre in alcuni casi si può presentare una situazione molto chiara di “sfruttatore” e “sfruttato”, i rapporti di potere nella relazione tra datore di lavoro e badante sono in verità molto più complessi ed evidenziano diverse asimmetrie che in parte si sovrappongono. Per molte badanti anche le condizioni di lavoro generali (sotto l'aspetto del rapporto di lavoro e dell'assicurazione sociale) sono precarie: spesso il salario è troppo basso e gli orari di lavoro non regolamentati o eccessivi, non esistono regolamentazioni precise per il tempo libero e il diritto alle ferie, i termini di preavviso sono troppo brevi e non sussiste sicurezza per il posto di lavoro.

Per quanto concerne l'assegno di cura, Profanter (2014, pag. 48 e segg., 56 e segg.) osserva che il tema “badanti” e le su descritte problematiche nell'attuazione degli interventi per la non autosufficienza in Alto Adige trovano in genere poca considerazione. Le famiglie che assumono una badante sono spesso lasciate sole, sia nella scelta e nell'assunzione delle badanti che nella gestione corrente del rapporto famiglia-badante, e quindi esposte anche a un carico eccessivo che va oltre le loro competenze. Occorrono più orientamento e affiancamento per garantire sia la qualità della

cura che il rispetto dei diritti delle badanti. In concreto Profanter (2014, pag. 196 e segg.) chiede misure socio-strutturali, ma anche di politica della formazione: da un lato la scelta e l'assunzione delle badanti esigono l'esistenza di istituzioni di mediazione che garantiscano una maggiore adeguatezza tra datore di lavoro e badante. Attualmente i processi di selezione si basano in molti casi su ipotesi immotivate, malintesi e soprattutto stereotipi. Inoltre, anche dopo la “fase iniziale” occorrerebbero più continuità nella consulenza, oltre a tutoraggi, supervisioni e controlli. Le condizioni di lavoro delle badanti dovrebbero essere regolamentate in modo vincolante per tutti e controllate. Occorrono anche misure che promuovano a tutti i livelli l'integrazione delle badanti nella nostra società e misure specifiche di formazione per badanti (incentrate su aspetti giuridici, diritto di lavoro, norme fiscali, tecniche di comunicazione e culturali, aspetti sanitari e di scienza della cura, gestione di carichi psichici e fisici e competenze linguistiche).

**Figura 38****Tipologie di sistemi di cura secondo Heintze 2015**

© IPL 2016

Tipologie	Caratteristiche
Sistemi di cura basati sulle famiglie	<p>In questo caso prevale la cura informale (in particolare quella effettuata dai familiari). L'entità del finanziamento pubblico è piuttosto ridotto.</p> <p>Questo tipo di sistema di cura è tipico per il welfare dei Paesi "mediterranei" (secondo Esping-Andersen). Esempio: Italia, senza Alto Adige.</p>
Sistemi di cura orientati verso i servizi	<p>L'obiettivo di questo tipo di sistema di cura è in prima linea l'ampliamento dell'infrastruttura professionale di cura. L'entità del finanziamento pubblico è quindi medio-alta. Questo sistema corrisponde ai principi del welfare "social-democratico" (ampia offerta di servizi, alto tasso di occupazione per uomini e donne). Si trova ad esempio nei Paesi scandinavi.</p>

Fonte: Heintze 2015, elaborazione IPL

### 3.2.3

#### Il settore della cura come fattore economico

L'orientamento di un sistema di cura incide sia sulla tipologia e sul numero di posti di lavoro da creare per coprire il fabbisogno di assistenza, che sugli effetti economici del settore di cura nel suo insieme. L'assegno di cura in questo contesto rappresenta un importante strumento di gestione. Ad aprile 2015 Cornelia Heintze elaborò una perizia per la Friedrich-Ebert-Stiftung, nella quale analizza e confronta i sistemi di cura esistenti in Europa. Nella ricerca l'autrice distingue due tipologie fondamentali di sistemi di cura in Europa (si veda [figura 38](#) e Heintze 2015, pag. 14 e segg.).

Sistemi orientati puramente alla famiglia sono, secondo Heintze, più soggetti alla formazione di un problematico mercato "grigio" per le badanti. Il loro lavoro di cura è spesso soggetto a bassi salari e cattive condizioni di lavoro. Inoltre, tali sistemi sono anche poco resistenti a prossime sfide demografiche e del mercato del lavoro. Sistemi orientati invece puramente ai servizi comportano maggiori spese per la mano pubblica. Ciò è però solo apparentemente uno svantaggio: è infatti sbagliato pensare che le donne che curano gratuitamente i loro familiari "non costino". Da un lato i familiari che prestano una cura informale sono spesso forza lavoro qualificata che manca al mercato del lavoro, dall'altro la mancata copertura previdenziale può causare costi aggiuntivi al welfare. Gli investimenti effettuati in posti di lavoro professionali, qualificati e ben retribuiti possono, invece, contribuire alla crescita generale dell'economia. Il settore dell'assistenza deve essere considerato come parte della catena del valore aggiunto e non come un "fattore di costo". Un'infrastruttura assistenziale professionale e ben organizzata, può inoltre, contribuire ad aumentare la qualità della cura e rappresenta allo stesso tempo un potenziale di innovazione e crescita (Heintze 2015). Anche Weissensteiner/Buxbaum (2014) sottolineano che non va trascurato il ritorno della spesa pubblica effettuata

Il settore della cura va considerato parte del valore aggiunto e non solo “fattore di costo”. Prestazioni come l’assegno di cura sono importanti investimenti sociali, e non solo voci di spesa.

---

per il settore di cura. I ritorni in forma di occupazione, imposte e risparmi in campo sanitario vengono spesso “trascurati” per giustificare tagli in questo ambito. Anche nel contesto dell’accesso dibattito sulla “silver-economy” il settore di cura riveste un ruolo importante. Tale termine descrive la crescente importanza economica che le persone anziane rivestiranno in seguito all’invecchiamento della società sia come consumatori che come beneficiari di servizi. Diversi documenti di organismi dell’UE rimarcano nel contesto del “SIP” della UE (Social Investment Package) anche gli effetti positivi degli investimenti sociali, in particolare nel campo dell’assistenza protratta. Ciò emerge sia da documenti della Commissione europea (2013a, 2013b) che dal rapporto “Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society” (SPC-WG-AGE 2014) del gruppo di lavoro dedicato al tema dell’invecchiamento, formato all’interno del Comitato per la protezione sociale dell’UE.

Il sistema altoatesino per la non autosufficienza contiene elementi di entrambe

le tipologie di sistema di cura. Da un lato la cura informale da parte dei familiari riveste un ruolo importante in Alto Adige e solo una parte piuttosto ridotta dell’assegno di cura viene trasferita come servizio in natura ai beneficiari. Ciò è tipico di un sistema di cura orientato sulla famiglia. Dall’altra parte i beneficiari dell’assegno di cura hanno – se interessati – accesso a un’ampia gamma di servizi professionali a domicilio o presso strutture residenziali o semiresidenziali (pubbliche, private, del terzo settore). Una combinazione di elementi di entrambe le tipologie di sistema può sicuramente funzionare. Nonostante tutti gli argomenti economici a favore di un sistema di cura orientato sui servizi esistono anche buoni motivi per mantenere gli elementi del sistema di cura basato sulla famiglia: grazie al rapporto familiare stretto tra curanti e assistiti la cura effettuata dai familiari comporta una componente emotiva che rappresenta un valore aggiunto particolare per il benessere delle persone non autosufficienti. Tale elemento può essere garantito solo in parte dalla cura professionale. Soprattutto se la persona non autosufficiente o

Sarebbe auspicabile che si formasse un mercato dell'assistenza vario; è importante tuttavia controllarne la nascita e lo sviluppo.

---

i familiari desiderano coprire una parte consistente del lavoro di cura in modo informale, la mano pubblica li dovrebbe sostenere e incentivare. Nelle riflessioni sul futuro del sistema di cura in Alto Adige è tuttavia opportuno ricordare la differenza tra le due tipologie di sistema di cura. La domanda da porsi è con che tipo di lavoro vogliamo coprire in futuro il fabbisogno di assistenza. Fino a che punto dovremmo continuare a puntare sulla cura informale dei familiari e sulle badanti e che ruolo deve rivestire la cura formale, prestata ad esempio dai servizi professionali di assistenza domiciliare? La risposta a questa domanda deve essere un mix tra i due elementi. Vanno offerti supporto, consulenza e affiancamento per i familiari curanti, ma anche i servizi professionali avranno sempre più importanza, soprattutto alla luce delle sfide demografiche e del mercato del lavoro.

### 3.2.4

#### Creare un mercato dell'assistenza

Gli effetti economici dell'orientamento di un sistema di cura dipendono in gran parte anche dal modo e dalla misura con cui il sistema permette la formazione di un "mercato dell'assistenza". Per mercato dell'assistenza si intende la somma di soggetti dai quali le persone non autosufficienti o i loro familiari possono acquistare prestazioni di cura. Nella sua perizia, Heintze (2015) mette in guardia dal fatto che l'eccessiva concentrazione su pure prestazioni in denaro crea in realtà un mercato della cura molto frammentato e poco trasparente. Per il momento non è il caso dell'Alto Adige, dove al contrario l'offerta di alternative ai prestatori pubblici di servizi è piuttosto ridotta. Esistono alcuni prestatori privati accreditati o del terzo settore (cooperative sociali), ma la gamma di offerte è comunque limitata. Un motivo per lo sviluppo titubante in questo settore potrebbe essere la difficoltà per gli operatori del settore di offrire soprattutto nelle zone periferiche servizi adeguati ma comunque reddi-

Soprattutto per chi percepisce una pensione minima l'assegno di cura è fondamentale per prevenire un impoverimento dovuto alla non autosufficienza.

---

tizi. Per creare un mercato vario, ma comunque regolamentato, per i servizi di cura occorreranno sempre un management mirato e il coordinamento del triplice rapporto tra “Pubblica Amministrazione e servizi – privati e terzo settore – persone non autosufficienti e i loro familiari”. Anche il professore universitario Gianfranco Cerea sottolinea l'importanza di un mercato dell'assistenza diversificato, al quale abbiano accesso tutti e sul quale i curanti siano sufficientemente informati, in particolare in sistemi caratterizzati da un'alta quota di prestazioni in denaro. La formazione di tale mercato deve essere tuttavia controllata in modo da garantire qualità e distribuzione territoriale delle offerte. Nella scelta dei servizi più adeguati esistenti sul mercato, i beneficiari dell'assegno di cura e i familiari curanti devono poter ottenere supporto e affiancamento da parte degli enti pubblici. Uno strumento efficace per creare un mercato dell'assistenza sono, secondo Gianfranco Cerea, la maggiore prescrizione e un maggiore uso di buoni di servizio. Per mezzo di tali buoni le persone non autosufficienti e i loro familiari possono acquistare servizi sul mercato (si veda in merito anche la dichiarazione completa di Gianfranco Cerea nel capitolo 5).

### 3.2.5 Rafforzamento della periferia e impedimento della povertà della terza età

Ogni prestazione sociale, e così anche l'assegno di cura, comporta per il territorio in cui viene liquidata effetti economici diretti e indiretti. Ogni anno per l'assegno di cura vengono liquidati importi consistenti che confluiscono anche nei Comuni altoatesini strutturalmente deboli. Nel 2014 circa 53,3 milioni di euro sono stati erogati direttamente a persone che vivono in Comuni con meno di 15.000 abitanti. Molto probabilmente una casa di cura o un centro di degenza comporta per un Comune effetti economici positivi, sia attraverso posti di lavoro, sia attraverso le varie richieste di fornitura da parte della struttura. Tali effetti

non possono tuttavia essere quantificati automaticamente per le somme liquidate in forma di assegno di cura. La decisione su come utilizzare l'assegno di cura spetta esclusivamente ai beneficiari (nel limite delle finalità concesse dalla legge sugli interventi per la non autosufficienza). L'aumento del potere d'acquisto e il rafforzamento della periferia non è quindi l'obiettivo esplicito dell'assegno di cura. Tuttavia, uno degli effetti collaterali di questa prestazione può essere sicuramente la crescita del potere d'acquisto di alcuni nuclei familiari che includono anche dei beneficiari dell'assegno di cura. Ciò è dovuto alla natura della prestazione che viene finanziata completamente attraverso il bilancio provinciale, senza richiedere ai cittadini altoatesini un contributo specifico.

Dall'analisi del reddito degli anziani (il 78,4% dei beneficiari dell'assegno di cura ha più di 60 anni) risulta invece che l'assegno di cura svolge in molti casi una funzione diversa. Come emerso anche dai focus group e dai colloqui con gli esperti, i pensionati non autosufficienti che percepiscono una pensione minima hanno assoluto bisogno dell'assegno di cura per coprire le necessità quotidiane. In questo caso l'assegno di cura assume quindi indirettamente la funzione di impedire, sulla base dello stato di non autosufficienza, la povertà della terza età. Dallo studio sulla terza età in Alto Adige (ASTAT 2014, pag. 115) si evince che il 18,7% degli anziani vanta un reddito inferiore al 60% del reddito equivalente mediano ed è quindi a rischio povertà. Di conseguenza, nello stesso studio (ASTAT 2014, pag. 122) il 12,7% degli ultrasessantacinquenni indica che le prestazioni sociali (come l'assegno di cura o il sussidio casa) rivestono una parte importante del proprio reddito.

**Figura 39**

**Differenze tra centri urbani e zone rurali nelle modalità assistenziali nei nuclei familiari – 2011–2015**

© IPL 2016

Tipologie	Caratteristiche
Città (> 15.000 abitanti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Il 64,5 % dei curanti principali sono familiari</li> <li>– Il 30,2 % dei curanti principali sono badanti</li> <li>– Il 17,6 % dei curanti principali sono casalinghe</li> <li>– Il 29,5 % dei curanti principali ha un lavoro</li> </ul>
Zone rurali (< 15.000 abitanti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Il 78,6 % dei curanti principali sono familiari</li> <li>– Il 17,3 % dei curanti principali sono badanti</li> <li>– Il 23,5 % dei curanti principali sono casalinghe</li> <li>– Il 34,5 % dei curanti principali ha un lavoro</li> </ul>

Fonte: Banca dati del Servizio per la valutazione della non autosufficienza, elaborazione IPL

### 3.3 Il territorio

In genere i beneficiari dell'assegno di cura sono distribuiti in modo relativamente uniforme sui vari Comuni altoatesini. La quota di beneficiari dell'assegno di cura sulla popolazione nei centri urbani (> 15.000 abitanti) è pari al 3,2% e quindi leggermente più alta che nei piccoli Comuni (2,5%). Questo fatto può essere spiegato tuttavia anche con la differente struttura per età<sup>20</sup>. Le città tendono a registrare un maggiore invecchiamento della popolazione, il che significa che rispetto ai comuni piccoli la quota di ultrasettantacinquenni sulla popolazione totale è più elevata. In media il 10,7% degli abitanti delle città altoatesine ha più di 75 anni, nei Comuni rurali solo l'8,4%. Se invece si analizza la quota di beneficiari dell'assegno di cura per fascia d'età, si notano solo poche differenze tra città (> 15.000 abitanti) e zone rurali: nelle città il 20% delle persone di età superiore ai 75 anni non è autosufficiente, nelle zone rurali il 20,3%. Questo significa che gli abitanti delle città non sono "meno autosuffi-

cienti" degli abitanti dei Comuni rurali. Sotto molti altri aspetti si sono osservate invece nette differenze tra "città" e "paese" che saranno discusse nei seguenti due capitoli 3.3.1 e 3.3.2.

#### 3.3.1 Modalità assistenziali nei centri urbani e nelle zone rurali

Dalle schede di valutazione risulta che nelle zone rurali il curante principale è solo nel 17,3% dei casi una badante, in città, invece, nel 30,2% dei casi. Anche dai dati dell'Ufficio Osservazione mercato del lavoro si evince chiaramente che nelle città lavorano molte più badanti che nelle zone rurali. Secondo i dati ufficiali, nelle città (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico) operano in media 7,7 badanti ogni 1.000 abitanti e nei restanti Comuni invece solo 3,2 badanti ogni 1.000 abitanti. Dall'intervista con il responsabile del Servizio contabilità per collaboratori a domicilio del KVW è emerso che il numero di badanti nelle zone rurali è tuttora inferiore a quello nelle città, ma che

Nei Comuni rurali (< 15.000 abitanti) in media e in relazione alla popolazione sono disponibili più posti in strutture residenziali che nelle città.

Nelle zone rurali la cura viene svolta più frequentemente dai familiari, mentre nelle città vengono prevalentemente assunte badanti.

umenta costantemente avvicinandosi sempre di più al livello urbano. La differenza ancora esistente è sicuramente una conseguenza delle strutture familiari differenti tra città e zona rurale, oltre che dei diversi tassi di occupazione femminile. Nelle zone rurali il curante principale è più frequentemente un membro della famiglia (figli, generi e nuore, fratelli, genitori). Soprattutto l'elevata quota di nuore curanti (7,5% nelle zone rurali rispetto al 2,2% nelle città) indica la presenza di differenti situazioni abitative e familiari. Nei Comuni minori la probabilità che i figli (e le loro famiglie) vivano nella stessa casa dei genitori o nonni è più alta e incide sicuramente sulla decisione di chi debba svolgere il lavoro di cura. Si aggiunga che nelle zone rurali i ruoli tradizionali all'interno della famiglia hanno un'influenza maggiore e che viene inteso quasi come logico che sia la nuora a occuparsi della persona non autosufficiente.

Differenze emergono anche in merito alla condizione professionale delle principali persone curanti. Mentre nel-

le città il curante principale è in molti casi un pensionato, nelle zone rurali i curanti principali sono più spesso occupati (a tempo pieno o a part-time) rispetto a quelli nelle città (rispettivamente 34,5% e 29,5%). Questa seppure piccola differenza può indicare che in città la disponibilità di svolgere oltre al proprio lavoro anche il lavoro di assistenza sia minore. Notevole è anche la maggiore quota di casalinghe sul totale dei curanti principali nelle zone rurali (23,5% rispetto al 17,6% nelle città). Il motivo risiede anche nel predominante modello tradizionale di famiglia nelle zone rurali che prevede che sia la donna a occuparsi della casa e che anche dopo la nascita dei bambini rientri solo più tardi o addirittura mai nel mondo del lavoro. Questo fenomeno si rispecchia nel tasso di occupazione delle donne che generalmente è più alto nei centri urbani che nelle zone rurali.

Oltre ai fattori sopra identificati, esistono anche altri elementi che incidono sulle decisioni dei beneficiari dell'assegnazione di cura e dei loro familiari in merito alle modalità assistenziali. Lo hanno

evidenziato le interviste con il KVV e l'Ufficio Osservazione mercato del lavoro. Tali fattori si ripercuotono quindi sul numero di beneficiari dell'assegnazione di cura e delle badanti in una determinata regione. I seguenti fattori possono influire sulla decisione relativa al ricorrere o meno all'assegnazione di cura, al curare la persona non autosufficiente a domicilio o all'assumere una badante:

— modelli culturali che variano da città a città, ma soprattutto da valle a valle, ad esempio la "cultura della domanda di contributo" (ci si aiuta da soli o si è disposti ad accettare l'aiuto della mano pubblica?);

— la disponibilità e la qualità della consulenza sulla cura di enti pubblici e organizzazioni;

— il medico di base: nei casi in cui la non autosufficienza non è certa, consiglia di fare domanda ovv. di richiedere l'assegnazione a un livello assistenziale?

— la quota del settore turistico: in un esercizio turistico una persona assunta

**Figura 40**

**Disponibilità di posti in case di riposo e centri di degenza in Alto Adige ogni 100 abitanti oltre i 75 anni – 2012–2014**

© IPL 2016

Anno	Numeri di abitanti oltre i 75 anni	Posti in case di riposo e centri di degenza	Posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni
2012	45.194	4.112	9,1
2013	46.489	4.149	8,9
2014	48.242	4.204	8,7

Fonte: ASTAT, ASSE, Ripartizione Famiglia e politiche sociali 2013, Ripartizione Politiche sociali 2014, calcolo IPL

L'obiettivo dell'assegno di cura è incentivare la cura a domicilio nel contesto abituale della persona non autosufficiente. Ciò nonostante non si può rinunciare a una rete ben organizzata di strutture residenziali di cura.

come "colf" può anche svolgere attività di assistenza privata;

— singole figure come il consulente del lavoro che consiglia ai propri clienti un determinato comportamento (ad esempio in merito alla denuncia della badante).

### 3.3.2 Disponibilità di posti nelle strutture residenziali

Anche per quanto concerne la sistemazione delle persone non autosufficienti si individuano differenze territoriali. Mentre nei Comuni con oltre 15.000 abitanti il 72,6% delle persone non autosufficienti con più di 75 anni viene curato in casa, nelle zone rurali è mediamente solo il 63,2%. In un primo momento questo dato potrebbe sorprendere, in quanto dalle schede di valutazione per le zone rurali emergeva una maggiore disponibilità dei familiari alla cura delle persone non autosufficienti rispetto alle città (si veda [capitolo 3.3.1](#)). In verità esistono varie spiegazioni per questa differenza:

— Nelle città il lavoro di cura a domicilio viene svolto più frequentemente da badanti che in zone rurali. Questo comporta che in città le persone sono curate più spesso in casa, però non prevalentemente dai familiari.

— L'offerta di servizi di supporto per i familiari curanti (servizio di assistenza domiciliare, cooperative sociali, etc.) è spesso più vario e accessibile nelle città il che permette di curare a casa anche le persone con uno stato di non autosufficienza più elevato.

— La disponibilità di posti nelle strutture residenziali (ovvero in case di riposo e centri di degenza) è minore nelle città.

In molti casi è sicuramente la disponibilità di posti in strutture a incidere principalmente sulla decisione dei beneficiari dell'assegno di cura e dei familiari sull'optare o meno per la cura a domicilio.

Nelle case di riposo e nei centri di degenza altoatesini sono attualmente disponibili 8,7 posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni. L'obiettivo di 8,9 posti ogni

21: I seguenti rispettivi valori sono stati calcolati dall'IPL combinando le informazioni relative ai beneficiari dell'assegno di cura tratte dalla banca dati dell'ASSE con il numero di posti attualmente disponibili in case di riposo e centri di degenza per Comune e con il numero attuale di abitanti dei Comuni.

**Figura 41**  
**Disponibilità di posti in case di riposo**  
**e centri di degenza: obiettivo**  
**per 2015 secondo il Piano sociale**  
**provinciale**

© IPL 2016

<b>Posti previsti ogni 100 abitanti oltre 75 anni</b>	<b>8,9</b> <b>(= 4.210 posti)*</b>
... di cui a lunga degenza	8,6 (= 4.068 posti)
... di cui per breve degenza	0,3 (= 142 posti)

Fonte: Ripartizione Famiglia e Politiche sociali 2008

\* Per raggiungere l'obiettivo prefissato mancano solamente sei posti; va tuttavia tenuto presente che dalla definizione degli obiettivi anche la popolazione altoatesina ha registrato un andamento leggermente diverso da quello previsto. Ne consegue la differenza tra 8,9 (valore prefissato) e 8,7 (valore attuale) nel numero dei posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni.

100 abitanti oltre i 75 anni, prefissato per l'anno 2015 nel Piano sociale provinciale del 2008, è stato quindi quasi raggiunto (Ripartizione Famiglia e Politiche sociali 2008a, pag. 142; Ripartizione Famiglia e Politiche sociali 2013, pag. 88; Ripartizione Politiche sociali 2014, pag. 56). L'Alto Adige si posiziona così solo poco sotto il valore della Provincia di Trento e molto al di sopra della media nazionale.

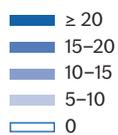
Il numero di posti disponibili in strutture altoatesine ogni 100 abitanti oltre i 75 anni varia tuttavia in misura abbastanza significativa secondo la zona<sup>21</sup>. Nei Comuni rurali (< 15.000 abitanti) sono disponibili in media più posti che nelle città. In Comuni con meno di 15.000 abitanti risultano in media 10,1 posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni, nelle città solamente 7,0, e ciò nonostante che 62 dei 116 Comuni altoatesini non dispongano di una casa di riposo o di un centro di degenza nel proprio territorio comunale. Le persone non autosufficienti residenti in questi Comuni hanno tuttavia la possibilità di alloggiare nei centri dei Comuni limitrofi. Nelle città il numero

di posti scende con l'aumentare del numero di abitanti: per Brunico risultano così 11,1 posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni, a Bolzano invece solo 5,9.

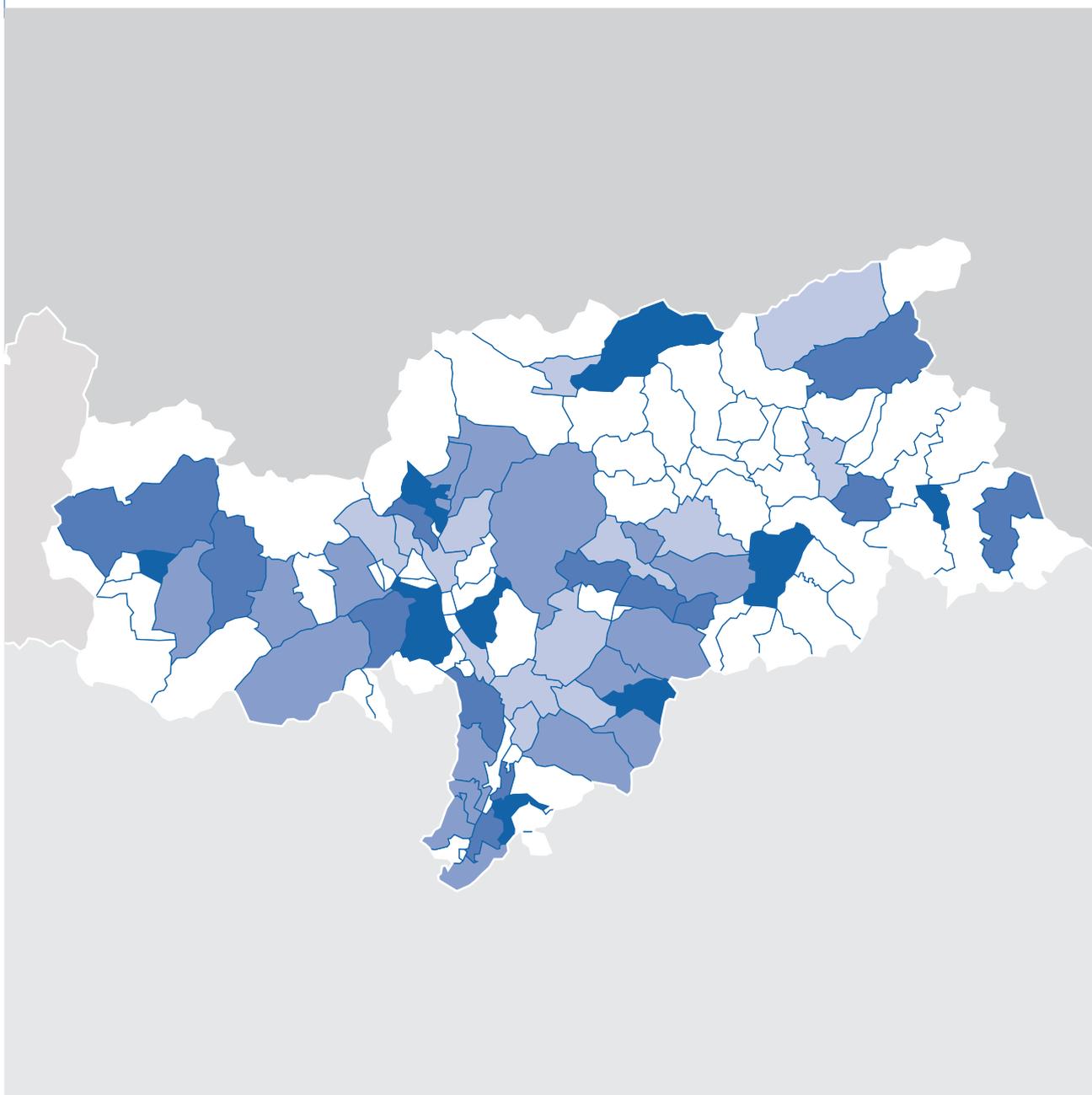
Dalla [figura 42](#) si evince che molti Comuni altoatesini (62 su 116) non dispongono di una casa di riposo o di un centro di degenza. Tuttavia, l'analisi a livello comunale è giustificata solo fino a un certo punto; il fattore cruciale è la disponibilità di posti nei comuni vicini e/o facilmente raggiungibili. All'interno delle piccole zone funzionali molti lavoratori fanno i pendolari per lavorare nei centri locali; allo stesso modo anche le persone di Comuni limitrofi spesso vengono alloggiate nelle strutture di altri Comuni della microregione funzionale. Gli effetti di una casa di riposo o di un centro di degenza (posti disponibili e occasioni di lavoro) non si limitano quindi al Comune della rispettiva sede, ma interessano anche i Comuni limitrofi ovv. l'intera microregione funzionale in cui si trova la struttura. La [figura 43](#) riporta la distribuzione delle case di riposo e dei centri di degenza in Alto Adige a livello di microregione funzionale.

**Figura 42**

**Posti disponibili in strutture residenziali  
ogni 100 abitanti oltre i 75 anni per Comune  
– dati 2015**



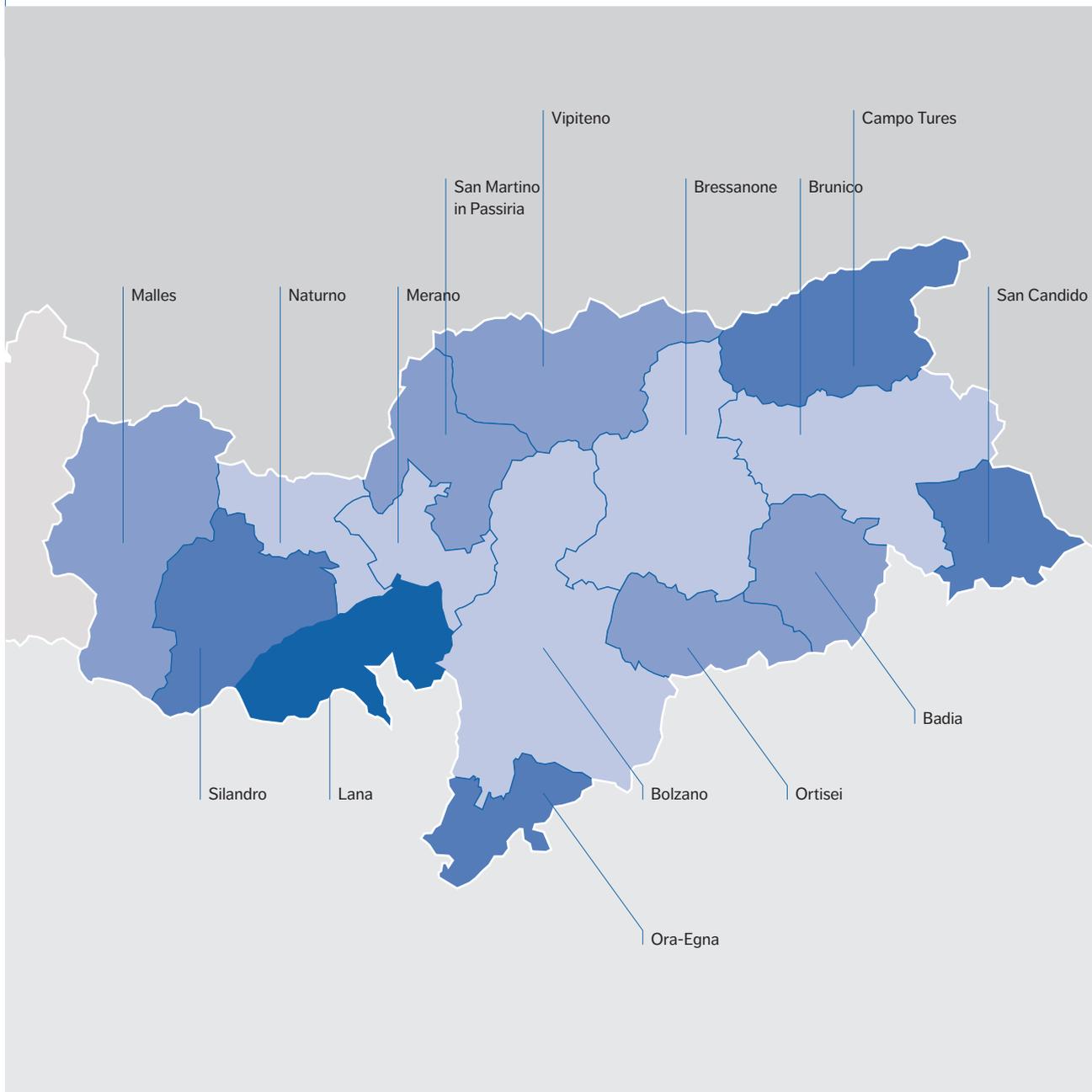
Fonte: ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016



**Figura 43**  
**Posti disponibili ogni 100 abitanti**  
**oltre i 75 anni per microregioni funzionali**  
**– dati 2015**

- ≥ 14
- 11–14
- 8–11
- 5–8

Fonte: ASSE, elaborazione IPL  
© IPL 2016



**Figura 44**  
**Numero di posti in strutture**  
**per microregione funzionale**  
**– dati 2015**

© IPL 2016

Microregione funzionale	Numero abitanti 75+	Numero posti in strutture	Posti in strutture ogni 100 abitanti oltre i 75 anni
Brunico	3.357	187	5,6
Naturno	818	48	5,9
Bressanone	4.228	286	6,8
Merano	6.557	484	7,4
Bolzano	19.590	1.517	7,7
Vipiteno	1.432	125	8,7
Badia	956	89	9,3
Malles	1.366	132	9,7
San Martino in Passiria	713	713	10,2
Ortisei	1.693	184	10,9
Campo Tures	1.115	1.115	11,3
San Candido	968	110	11,4
Ora-Egna	2.247	2.247	12,5
Silandro	1.443	193	13,4
Lana	1.759	1.759	21,0
<b>Totale Alto Adige</b>	<b>48.242</b>	<b>4.204</b>	<b>8,7</b>

Fonte: ASTAT, ASSE, elaborazione IPL

**Figura 45**  
**Numero di posti in strutture**  
**per zone – dati 2015**

© IPL 2016

Zona	Posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni
Quattro città: Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico	6,9
Undici centri maggiori: Badia, San Candido, Lana, Malles, Naturno, Egna, Campo Tures, Silandro, San Martino in Passiria, Ortisei, Vipiteno	16,4
Periferia turistica: 41 Comuni con alta densità di turismo	8,4
Periferia non turistica: 60 Comuni con bassa densità di turismo	8,8
<b>Totale Alto Adige</b>	<b>8,7</b>

Fonte: ASSE, elaborazione IPL

Si osserva che la disponibilità di posti in strutture ovvero la copertura del fabbisogno di posti in strutture nelle zone rurali non è minore, bensì superiore a quella in città.

Questo quadro viene confermato anche adottando un'altra suddivisione che considera ancora meglio le differenze esistenti tra centri urbani e periferie. A tal fine i Comuni altoatesini sono stati suddivisi in quattro categorie (si veda [figura 45](#)).

La maggiore copertura con posti in strutture viene raggiunta negli undici centri maggiori, dove è nettamente superiore a quella in città e nei Comuni periferici. Il numero di posti in strutture residenziali di Comuni periferici rientra comunque nella media altoatesina.

Se ci si chiedesse se anche in futuro (per esempio fra 20 o 30 anni) ci sarà una di-

sponibilità sufficiente di posti residenziali, la risposta sarebbe strettamente connessa alla questione della distribuzione tra “cura a domicilio” e “cura in strutture residenziali”. Al giorno d’oggi non sappiamo ancora come si svilupperà questa distribuzione, però sappiamo già che la distinzione tra queste due forme di cura perderà la sua selettività. Nasceranno nuove forme di cura al di là della “classica” cura a domicilio e della cura permanente in case di riposo e centri di degenza, come per esempio gli alloggi per anziani che diventeranno sempre più importanti. Questo, ovviamente, avrà un effetto sulla richiesta di posti residenziali, che potrebbe diminuire se le strutture residenziali venissero sostituite da altre forme di cura.

# Sfide

Alla luce degli andamenti demografici e dello sviluppo del mercato del lavoro, il crescente fabbisogno di cura rappresenta sicuramente la sfida centrale per il settore della cura. I trend demografici come l'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti che subentrano nelle strutture delle famiglie e dei nuclei familiari e il maggiore coinvolgimento delle donne nel mercato del lavoro, comporteranno una minore disponibilità di familiari per la cura informale.

Il numero di persone non autosufficienti in Alto Adige aumenterà sia nel medio che nel lungo periodo. È quanto emerge chiaramente dagli andamenti demografici e dalle rispettive previsioni. Contemporaneamente crescerà anche la richiesta di forza lavoro (familiari, badanti o operatori professionali del settore della cura). Occorrono pertanto soluzioni e concetti che garantiscano a tutti i cittadini un'adeguata assistenza in caso di non autosufficienza, sia a domicilio che in strutture residenziali. In questo contesto l'assegno di cura assume un ruolo fondamentale: sia le finalità che le tipologie ed entità della prestazione devono infatti corrispondere alle circostanze reali. Su questo incide una serie di sviluppi in vari settori che devono essere assolutamente considerati.

## 4.1 Gli andamenti demografici

La struttura per età della popolazione altoatesina cambierà in seguito all'aumento dell'aspettativa di vita e al tasso di natalità in calo e proseguirà quindi

anche l'invecchiamento della popolazione. Si aggiungeranno inoltre le generazioni del baby boom dal 1960 al 1970 che tra circa 35-40 anni provocheranno un picco temporaneo di persone non autosufficienti. Allo stesso tempo cambiano le strutture delle famiglie e dei nuclei familiari ovv. le forme di vita delle famiglie, con ripercussioni soprattutto sulla dimensione media dei nuclei. L'attuale previsione sullo sviluppo dei nuclei familiari in Alto Adige fino all'anno 2030 (ASTAT 2015c) è chiara: la quota di nuclei composti da una o due persone aumenterà ancora, mentre continuerà a calare il numero di famiglie di dimensione maggiore. Entro il 2030 la dimensione media di un nucleo familiare scenderà dagli attuali 2,4 membri a 2,2. La quota di persone che formano famiglie unipersonali salirà. Questa tendenza interessa in particolare le donne anziane: la quota di donne oltre i 70 anni che vivranno da sole nel 2030 sarà sensibilmente più alta rispetto a quella degli uomini. Ciò è dovuto a diverse cause, tra cui ovviamente anche la maggiore aspettativa di vita delle donne.

Alla luce dell'obiettivo dell'assegno di cura di incentivare la "cura a domicilio", questi andamenti ci pongono di fronte a diverse sfide. È sempre più probabile che nel nucleo familiare in cui vive la persona non autosufficiente non ci siano a disposizione familiari che possano assumersi il carico della cura. Ma anche se fossero disponibili, in un nucleo composto da due persone il pericolo di un carico eccessivo è molto più alto che in un nucleo più grande. In nuclei maggiori il lavoro di assistenza può essere suddiviso su più persone. Ciò significa, da un lato, che per i familiari curanti di piccoli nuclei familiari occorreranno più offerte di sostegno e di sollievo per garantire la qualità di cura. Dall'altro questa tendenza nelle strutture familiari e nei rispettivi nuclei comporta ovviamente un maggiore fabbisogno di badanti. Ne potrebbero conseguire altri problemi (si veda in merito [capitolo 3.2.2](#)). Molto probabilmente il significato del termine "cura a domicilio" si trasformerà profondamente nei prossimi decenni alla luce dei modelli più flessibili di vita e di famiglia. Sarà necessario avviare una di-

## L'invecchiamento della società porrà il settore della cura dinnanzi a grandi sfide.

**Figura 46**  
Principali sfide future per l'assegno di cura

© IPL 2016

Sfide demografiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumento dell'aspettativa di vita</li> <li>– Tassi di natalità in calo</li> <li>– Invecchiamento della popolazione</li> <li>– Generazione del baby-boom</li> <li>– Cambiamento delle forme di vita famigliari</li> <li>– Riduzione della dimensione dei nuclei famigliari</li> </ul>
Sfide sul mercato del lavoro	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Meno famigliari disponibili per la cura</li> <li>– Aumento del tasso di occupazione femminile</li> <li>– Incertezza per quanto alla disponibilità di badanti e di dipendenti per le strutture assistenziali</li> </ul>
Altre sfide	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Imprevedibilità del progresso medico e tecnologico</li> </ul>

scussione su cosa si intenda veramente con questi termini<sup>22</sup>.

Un altro fattore che incide molto sull'entità delle sfide che dovremmo affrontare in futuro sono gli sviluppi nel campo della medicina e della tecnologia. Sviluppi in questo campo potrebbero richiedere tra alcuni decenni una ridefinizione totale dello "stato di non autosufficienza". Come esempio basta citare la demenza come causa frequente dello stato di non autosufficienza: la domanda se riusciremo o meno a trattare meglio questa patologia grazie a nuove terapie e medicinali è molto importante per lo sviluppo del fabbisogno di cura nel lungo periodo. D'altra parte è impossibile trovare già oggi una risposta a tale quesito. Nuove tecnologie, come giunture articolari artificiali, ma anche tecnologie non mediche come ausili per l'ambulazione, sistemi di allarme o sistemi per provvedere alle proprie faccende da casa possono contribuire ad aumentare in misura significativa l'autonomia delle persone anche molto anziane.

### 4.2

#### Andamenti sul mercato del lavoro

La richiesta di forza lavoro (informale e formale) nel settore della cura è aumentata molto negli ultimi anni e continuerà a crescere anche nel prossimo futuro grazie al maggior fabbisogno di cure. In quest'ottica l'andamento generale del mercato del lavoro svolge un ruolo molto importante e va quindi considerato per le decisioni sul futuro orientamento del sistema di cura (e dell'assegno di cura). Anche dai colloqui con gli esperti dell'Ufficio Osservazione mercato del lavoro è emerso che, oltre agli sviluppi demografici e al cambiamento delle strutture dei nuclei familiari, una grande sfida per il sistema assistenziale saranno gli andamenti specifici sul mercato del lavoro. Il tasso di occupazione femminile si sta avvicinando sempre più a quello maschile, ed è sicuramente prevedibile che tale tendenza proseguirà anche in futuro. Attualmente il tasso di occupazione femminile in Alto Adige è pari al 64,3%, quello maschile al 77,3% (ASTAT 2015a). A tale trend contribuisce anche la quo-

22: È una sfida che interessa tutte le politiche della famiglia dei welfare moderni. Una politica che vuole affrontare le future sfide deve innanzitutto definire cosa intende per famiglia oggi e in futuro (si veda anche IPL 2015a, pag. 12 segg.).

ASTAT 2015c, pag. 7:

Le famiglie diventano sempre più piccole: al censimento 1971 l'ampiezza media familiare era ancora 3,6 persone per famiglia, al censimento 2011 era già scesa a 2,4.

---

Commissione Europea  
2013a, pag. 11:

Le problematiche sorte in seguito al cambiamento demografico e alla crisi economica richiedono un approccio ampio a livello europeo per aumentare la sostenibilità dei nostri sistemi di tutela sociale.

---

ta, da alcuni decenni particolarmente alta e crescente, di donne che operano nel pubblico impiego. L'adeguamento del tasso di occupazione femminile a quello maschile è generalmente un fenomeno molto positivo per la società; nell'ottica del sistema di cura altoatesino potrebbe tuttavia diventare una sfida. Questi sviluppi comporteranno, infatti, che saranno disponibili sempre meno figlie e nuore per la cura informale dei familiari e in ogni caso comunque, per meno tempo perché occupate. In genere i figli delle attuali o potenzialmente prossime persone non autosufficienti hanno già un'occupazione; fino ad alcuni decenni fa non era così, almeno per quanto concerne le donne. Ovviamente questo fabbisogno di lavoro assistenziale nei nuclei privati potrebbe essere coperto da badanti (come succede in parte già ora), ma anche questa

soluzione non è del tutto priva di problematiche. Dobbiamo prepararci infatti a una futura maggiore "concorrenza" da parte di altre regioni del mondo (in particolare dall'Europa dell'Est): anche in altri Paesi crescerà in futuro il fabbisogno di assistenza e quindi di badanti. Pertanto bisognerà migliorare le condizioni di lavoro delle badanti (si veda in merito [capitolo 3.2.2](#)), se vogliamo contare anche in futuro sul lavoro di questa categoria professionale. Allo stesso modo non è scontata nemmeno la futura disponibilità di sufficiente personale qualificato per i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. L'interesse dei giovani per il settore assistenziale va destato in maniera mirata, anche offrendo opportunità adeguate di formazione e buone condizioni di lavoro. Vanno introdotte specifiche misure per permettere agli operatori di seguire fino

Dalle interviste con esperti:

Fino ad ora abbiamo importato “badanti” per coprire il nostro fabbisogno. Ma cosa succederà quando anche i Paesi d’origine o altri Paesi avranno un maggiore fabbisogno di cura?

---

A causa delle strutture e dei nuclei familiari in evoluzione e dell’aumento del tasso di occupazione femminile in futuro i familiari potranno prestare sempre meno assistenza informale.

---

alla terza età il loro lavoro di assistenza (si veda in merito IPL 2012, IPL 2014c). Per il momento non è il caso di scatenare il panico per una mancanza di lavoratori qualificati, anche perché bisogna ancora considerare a fondo gli effetti di attuali e futuri movimenti migratori che potrebbero comportare una maggiore disponibilità di personale qualificato.

In generale sul mercato del lavoro globale si osserva anche una tendenza verso la flessibilizzazione e la destandardizzazione delle biografie lavorative. Con questo si intende un percorso sempre meno lineare (formazione – lavoro – un solo datore di lavoro fino al pensionamento) delle biografie lavorative. Nelle biografie compariranno sempre più spesso cambiamenti dovuti a riqualificazioni, cambio del posto di lavoro, periodi di part-time o disoccupazione.

Tali andamenti possono avere anche ripercussioni positive sul sistema di assistenza. Proprio come gli uomini usufruiscono ad esempio sempre più spesso del congedo parentale dopo la nascita di un bambino, grazie alle biografie lavorative meno lineari in futuro potrebbe diventare anche normale prendere per un certo periodo un “congedo di cura” (ad esempio per assistere i propri genitori). A tal fine occorrerebbero ovviamente precise normative come per il congedo parentale e sufficienti possibilità di copertura assicurativa per i curanti. Comunque non bisogna sopravvalutare questi sviluppi perché flessibilizzazione e destandardizzazione sono trend globali e a tutt’oggi non è appunto ancora chiaro come si ripercuoteranno sull’Alto Adige.

# Conclusioni

Attraverso la valutazione dei dati, le interviste agli esperti e l'organizzazione di focus group è stato possibile raccogliere informazioni sullo stato attuale e sugli effetti dell'assegno di cura. Questo quadro generale evidenzia chiaramente le future sfide. Ciò permette di definire quali saranno i principali campi d'azione che richiederanno precise decisioni affinché l'assegno di cura soddisfi anche in futuro le finalità previste.

## 5.1 Principali risultati

**Stato attuale e andamento:** A dicembre 2014 14.798 persone percepivano in Alto Adige l'assegno di cura, ovvero il 2,8% della popolazione altoatesina. Di queste, 10.235 persone venivano assistite in nuclei familiari, ovvero a domicilio. Oltre la metà dei beneficiari dell'assegno di cura assistiti in nuclei familiari ha più di 80 anni e circa il 70% più di 70 anni. Il livello assistenziale più rappresentato tra i beneficiari curati in famiglia è il livello 1 (51,7%). Solo il 4,6% di questi beneficiari richiedono più di otto ore di assistenza al giorno (livello assistenziale 4). Attualmente il 7,6% delle persone curate a domicilio percepisce una parte dell'assegno di cura come prestazione in natura, ovvero in forma di buoni di servizio la cui riscossione non è obbligatoria. Dai dati emerge inoltre che la non autosufficienza è più frequente tra le donne (a causa della maggiore aspettativa di vita, ma anche di un maggiore rischio per determinate patologie), anche se il livello di assistenza non è necessariamente maggiore a quello degli uomini. Oltre alle perso-

ne curate a domicilio, anche le persone non autosufficienti alloggiate in case di riposo e centri di degenza o in strutture per disabili percepiscono un assegno di cura. Detti beneficiari vengono assegnati in genere a livelli assistenziali più alti. Dall'inizio del 2014 l'assegno di cura per persone alloggiate in case di riposo e centri di degenza viene liquidato direttamente alla struttura ospitante. A partire dal 2012, dopo le iniziali oscillazioni, il numero di beneficiari dell'assegno di cura e la spesa annua per gli interventi per la non autosufficienza si sono stabilizzati. A grandi linee il numero di beneficiari dell'assegno di cura è rimasto regolare, anche se dal 2012, in linea con l'andamento demografico, si registra un costante, seppure lento aumento. Nel 2014 la spesa complessiva per l'assegno di cura (per la cura a domicilio e per la cura in strutture residenziali) ammontava in Alto Adige a 197,5 milioni di euro.

**Rete assistenziale e situazione della cura a domicilio:** Il "curante principale" è quella persona che si assume la maggior parte del lavoro di assistenza nella famiglia in cui vive una persona

non autosufficiente. Nel 73% delle famiglie con persone non autosufficienti è un componente della famiglia stessa a svolgere questo compito. L'84% dei curanti principali è di sesso femminile, molto spesso sono le figlie o le mogli. Dei familiari che prestano l'assistenza il 37% ha più di 60 anni. Quando è una persona sola ad assumersi la responsabilità per l'assistenza sussiste il rischio di caricare eccessivamente la persona stessa e di creare una dipendenza reciproca tra il curante e la persona non autosufficiente. È quindi molto importante sostenere e affiancare le persone colpite e i loro familiari affinché possano costruire una "rete assistenziale" efficiente attorno alla persona non autosufficiente. Il ruolo di curante principale può essere ricoperto anche dalle cosiddette badanti, come succede infatti nel 23% delle famiglie con persone non autosufficienti. Tale percentuale sale nei centri urbani e per le persone anziane del livello assistenziale 4.

**Effetti sul mercato del lavoro:** Dei familiari che svolgono la funzione di curante principale il 39,1% è in pensione e il 21,2% dichiara di essere casalinga.

73% dei curanti principali sono familiari, 84% dei curanti principali sono donne.

---

17,1% dei beneficiari curati a domicilio hanno bisogno di più di 6 ore di cura al giorno (livelli di cura 3 e 4).

---

Comunque ben il 18,8% dei familiari che svolgono la funzione di curanti principali ha un'occupazione a tempo pieno e il 13,5% a part-time. Solo il 5% dei familiari che prestano l'assistenza indicano espressamente di avere abbandonato in parte o del tutto il lavoro per occuparsi dell'assistenza della persona non autosufficiente. Sempre più famiglie occupano badanti che in Alto Adige, secondo varie stime, sono ca. 4.500. A causa di vari fattori, tra cui il lavoro nero, risulta difficile indicare un numero esatto. Le badanti possono togliere ai familiari una parte del lavoro di assistenza oppure essere anche il curante principale. La rapida e in parte non controllata diffusione di questa categoria professionale comporta diverse sfide: a causa della natura intensiva del lavoro di assistenza le badanti sono spesso soggette a eccessivi carichi psichici e fisici, soprattutto in presenza di soluzioni "live-In" (nelle quali la badante vive permanentemente presso i suoi datori di lavoro). I salari sono inoltre spesso modesti e il rispetto delle norme di lavoro nonché dei periodi di ferie è alquanto precario.

**Effetti economici:** Gli effetti economici diretti per i beneficiari dell'assegno di cura, come ad esempio il rafforzamento del potere d'acquisto, non rientrano tra gli obiettivi dell'assegno di cura e pertanto non possono nemmeno essere direttamente analizzati. Per le persone non autosufficienti che percepiscono la pensione minima, l'assegno di cura può tuttavia contribuire a evitare la povertà della terza età. L'orientamento generale del sistema assistenziale è comunque molto rilevante per l'economia generale: e qui entra in gioco anche l'assegno di cura. Un settore di cura che offre un elevato numero di posti di lavoro per operatori professionali e altamente qualificati già oggi è un fattore economico e occupazionale importante che anche in futuro può fungere da motore occupazionale ed economico. In questo contesto è importante creare un mercato dell'assistenza soggetto a controlli da parte dell'amministrazione pubblica che proponga offerte adeguate e di alta qualità. I servizi professionali proposti

possono dare sollievo ai familiari curanti, che continueranno a svolgere un ruolo importante nel sistema assistenziale, e rappresentare un'integrazione preziosa per la cura informale.

**Il territorio:** La quota di beneficiari dell'assegno di cura sulla popolazione complessiva nelle città (> 15.000 abitanti) non si distingue particolarmente da quella nei Comuni minori. Emergono tuttavia differenze nella disponibilità di posti in case di riposo o centri di degenza. Nelle città sono disponibili in media molto meno posti (7 posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni nelle città e 10 posti ogni 100 abitanti oltre i 75 anni nei Comuni minori). Se si analizza la rispettiva disponibilità a livello di microregioni funzionali emerge che la stessa è nella media anche nelle zone rurali. Differenze tra città e zone rurali risultano inoltre nella rete di assistenza delle persone assistite a domicilio. Nei Comuni con meno di 15.000 abitanti l'assistenza viene svolta più frequentemente dai familiari, per la cura a domicilio in città si ricorre invece più spesso alle badanti. In zone rurali i familiari si prendono più frequentemente cura della persona non autosufficiente, anche se hanno già un lavoro, mentre i familiari nelle città sembrano essere meno disposti a questa soluzione. Tutto ciò indica che ci sono tuttora differenze tra città e paese nelle strutture familiari che si ripercuotono sicuramente sulla decisione dei familiari delle persone non autosufficienti, anche se si osservano primi segni di adeguamento dei territori rurali a quelli urbani.

**Prospettive e identificazione delle principali sfide:** Per i prossimi venti anni è ipotizzabile un lento ma costante aumento del numero di beneficiari dell'assegno di cura che richiederà maggiori spese per coprire il fabbisogno di cura. È comunque difficile fare previsioni per un periodo che arriverà tra più di venti anni, soprattutto per l'impossibilità di prevedere il progresso della medicina e delle tecnologie sanitarie. Parallelamente all'aumento generale del fabbisogno di cura in Alto Adige cambieranno anche la famiglia e i nuclei familiari, con

## Il confine tra cura a domicilio e cura in strutture residenziali nonché tra cura informale e formale sarà sempre meno netto. Nasceranno forme miste nonché nuove offerte e prestazioni.

---

un calo delle forme tradizionali di convivenza. La dimensione media di una famiglia sta già calando da anni, mentre cresce il numero di famiglie unipersonali (soprattutto tra le donne anziane). Anche sul mercato del lavoro si rilevano tendenze che rappresentano delle sfide per la copertura del fabbisogno assistenziale. Soprattutto l'avvicinamento del tasso di occupazione femminile a quello maschile fa supporre che caleranno le possibilità e la disponibilità da parte dei familiari di curare le persone non autosufficienti. Alla luce di tali sviluppi, la sfida principale sarà garantire che il crescente fabbisogno di cura possa essere coperto anche in futuro mantenendo la stessa qualità.

### 5.2 Campi d'azione

Le conoscenze portate dal presente studio permettono di individuare una serie di ambiti concreti in cui sussiste o sussisterà maggiore necessità d'intervento. Tali ambiti dovranno essere tenuti pre-

senti nell'ulteriore pianificazione e organizzazione degli interventi per la non autosufficienza in Alto Adige.

#### 5.2.1 Copertura del futuro fabbisogno di assistenza

Il fabbisogno generale di assistenza crescerà nettamente nei prossimi anni e decenni in Alto Adige a causa dell'andamento demografico. I cambiamenti nelle strutture familiari e dei nuclei familiari (ad esempio con un calo della dimensione media di una famiglia) e gli sviluppi sul mercato del lavoro (ad esempio l'aumento del tasso di occupazione femminile) in futuro rappresenteranno delle sfide ancora maggiori per il settore dell'assistenza.

Per quanto concerne la copertura del fabbisogno di cura bisognerà affrontare i seguenti quesiti:

— Con quale mix di cura informale a domicilio, servizi di assistenza domiciliare e strutture semiresidenziali e residenziali

si dovrà coprire in futuro il fabbisogno di assistenza?

— Chi parteciperà al lavoro di cura (familiari, badanti, operatori dei servizi e delle strutture, ...) e in che misura?

Sicuramente tutte le tre aree (cura a domicilio, servizi professionali di assistenza domiciliare, strutture residenziali e semiresidenziali) continueranno a essere colonne portanti del sistema assistenziale. Importante sarà trovare il giusto mix tra cura a domicilio e cura in strutture residenziali, ma anche tra cura informale e quella formale. La distinzione tra "cura a domicilio" e "cura in strutture residenziali" sarà probabilmente meno netta, e la cura informale da parte dei familiari continuerà a svolgere un ruolo essenziale nel sistema assistenziale altoatesino. La differenza tra le varie forme di cura sarà comunque meno spiccata, in quanto nella cura a domicilio i familiari saranno più supportati da badanti, servizi domiciliari e offerte di strutture semiresidenziali. Ciò sarà inevitabile anche perché l'offerta di posti disponibili in strutture re-

Il fabbisogno di forza lavoro per coprire la richiesta di assistenza aumenterà in tutti i comparti del settore di cura.

**Figura 47**  
Campi d'azione individuati che richiederanno delle decisioni specifiche alla luce delle prossime sfide

© IPL 2016

Copertura del fabbisogno di assistenza
Consulenza, affiancamento e formazione per la cura a domicilio
Prestazioni economiche vs. prestazioni in natura
Garanzia e controllo della qualità della cura
Finanziabilità
Messa in rete degli stakeholder e monitoraggio

sidenziali crescerà più lentamente della richiesta. Poiché diminuiranno anche la possibilità e la disponibilità dei familiari a farsi carico della cura, si dovranno studiare contemporaneamente forme completamente nuove di cura e di servizi come soluzione intermedia tra cura domiciliare e residenziale che potrebbero essere ad esempio abitazioni per anziani o nuove forme di comunità alloggio assistite. Anche le offerte di cura temporanea per alcuni giorni o il fine settimana in strutture residenziali, come sollievo per i familiari che non possono curare a “tempo pieno”, potrebbero essere parte della soluzione per la copertura del fabbisogno di assistenza. Si potrebbe inoltre riflettere su un maggiore coinvolgimento dei familiari nelle strutture residenziali.

La giusta modalità assistenziale per uno specifico caso di cura può assumere svariate forme. Il presupposto per una soluzione efficace è comunque che tutti i soggetti coinvolti cerchino sempre la via più giusta per lo specifico contesto e la rispettiva situazione familiare.

Il fabbisogno di forza lavoro per coprire le future esigenze assistenziali crescerà in tutti i settori di cura, sia nei servizi semiresidenziali e residenziali (pubblici, privati, di cooperative) che nella cura a domicilio (cura informale da parte di familiari, badanti, servizi domiciliari professionali). La cura informale continuerà a svolgere un ruolo importante, tuttavia si prevede un calo della disponibilità di familiari. La domanda è quindi come e con quali tipologie di forza lavoro coprire il futuro fabbisogno. In generale va considerato che la cura a domicilio ha veramente senso solo fino a un determinato grado di non autosufficienza. Al più tardi al livello assistenziale 4 è molto difficile che i familiari o le badanti siano in grado di affrontare le problematiche sanitarie che comporta un tale stato di non autosufficienza. Le visite del servizio di assistenza domiciliare possono sicuramente essere di supporto, ma non possono sostituire del tutto la completa cura offerta in una struttura residenziale. Alla luce dei probabili sviluppi sul mercato del lavoro è possibile fare le seguenti riflessioni:

---

## Cura a domicilio o cura in una struttura?

---

L'obiettivo definito per l'assegno di cura è promuovere la cura a domicilio, garantire la qualità e sostenere i familiari in questa difficile impresa. Questo principio soddisfa tuttora il desiderio di molte persone non autosufficienti di restare il più a lungo possibile nel loro ambiente abituale e con la loro famiglia. Tuttavia è comunque necessario disporre di una rete di strutture residenziali (sia pubbliche che private) ben attrezzate. Non sempre è possibile garantire la cura a domicilio, ad esempio a causa della situazione familiare o abitativa della persona non autosufficiente, ma anche per il grado dello stato di non autosufficienza: da un certo grado in poi le prestazioni assistenziali necessarie non possono più essere effettuate dai familiari (nemmeno con il supporto del servizio di assistenza domiciliare). La cura informale e le prestazioni domiciliari non possono quindi sostituire completamente le strutture residenziali. Questo è un elemento rilevante anche per la futura pianificazione della copertura del fabbisogno di cura, soprattutto alla luce dell'atteso calo di familiari che possono prestare assistenza. Vari esperti continuano a rimarcare questo punto, ad esempio Mühlberger/Firgo (2014) che definiscono la cura informale e formale a domicilio un'importante offerta complementare, ma non alternativa all'offerta delle strutture residenziali. Anche Bernhard Rupp (2014) osserva in riferimento al sistema di cura austriaco che perfino una parziale sostituzione delle strutture residenziali sarebbe possibile solo grazie a un forte ampliamento

dei servizi professionali domiciliari e che quindi è inevitabile investire in strutture residenziali. Rupp interpreta il principio "prima la cura a domicilio, poi quella residenziale" piuttosto come una sequenza cronologica nella vita e meno come principio generale delle politiche assistenziali. Ne consegue che anche in Alto Adige l'ampliamento delle strutture residenziali deve avere alta priorità. Pur avendo raggiunto finora le quote previste di copertura, bisogna considerare il crescente fabbisogno di posti in strutture residenziali. Tuttavia in questo contesto bisogna anche considerare il fatto che in futuro la distinzione tra cura residenziale e domiciliare, ovvero tra cura informale e professionale, sarà sempre meno netta. Aumenterà l'importanza di nuove prestazioni e offerte, situate "tra" cura a casa e cura in strutture residenziali; questo aspetto avrà un effetto significativo sulla richiesta di posti in strutture residenziali.

Dai focus group:

**Non esistono le situazioni standard. Ogni famiglia è unica e ogni persona deve essere ascoltata nei suoi bisogni.**

---

— Forza lavoro in strutture residenziali: la domanda di personale nelle case di riposo e nei centri di degenza non salirà in modo repentino. Pur creando in futuro più posti nelle strutture, il numero dei posti di lavoro aumenterà solo moderatamente e potrà quindi essere coperto senza grossi problemi. Vanno considerate tuttavia le problematiche dovute al contrasto tra domanda in aumento e necessaria efficienza dei costi, oltre che al crescente invecchiamento del personale in questo settore.

— Forza lavoro per servizi domiciliari o semiresidenziali: per le prestazioni domiciliari come quelle del servizio di assistenza domiciliare e per le strutture semiresidenziali il numero crescente delle persone curate a domicilio sarà una sfida importante. Il possibile ampliamento di offerte per l'affiancamento dei familiari e il probabile aumento della prescrizione di buoni di servizio possono comportare un maggiore onere di lavoro per il servizio di assistenza domiciliare e per il Servizio per la valutazione della non autosufficienza. La mano pubblica dovrà reagire tempestivamente e creare al bisogno nuovi posti di lavoro per garantire le predette prestazioni in misura sufficiente e nella qualità adeguata. Allo stesso tempo può essere anche incentivata la nascita di un mercato dell'assistenza differenziato con prestatori privati di servizi e operatori del terzo settore.

— Forza lavoro per la cura in famiglia: le maggiori sfide nascono tuttavia nella cura a domicilio – nell'assistenza informale prestata dai familiari e nell'assistenza retribuita delle badanti. Attualmente non possiamo rinunciare alla preziosa attività delle badanti. Alla luce del crescente tasso di occupazione femminile e dei cambiamenti nelle famiglie ne avremo bisogno anche in futuro: come coprire allora il crescente fabbisogno di badanti? Analizzando più in dettaglio la nuova figura professionale della “badante” si capisce che i lavoratori altoatesini dimostrano poco interesse per questa professione. Mentre quella dell'operatore all'interno di una struttura residenziale è considerata dall'opinione pubblica una figura dignitosa a cui aspirare,

la figura della badante gode di un'immagine negativa. Di conseguenza non manca la forza lavoro interessata a posti di lavoro del servizio pubblico o in strutture residenziali private. Il mestiere di badante è invece soggetto a molti pregiudizi e stigmatizzazioni. La professionalità delle badanti viene spesso messa in discussione a causa della sua distinzione poco chiara dal lavoro di una collaboratrice domiciliare a cui si accennava già sopra. Indipendentemente da questo, il lavoro della badante comporta comunque alcune difficoltà e svantaggi che spingono molte persone a scartare questo lavoro: pensiamo solamente allo sforzo fisico che deve fare la singola persona, oppure alle tensioni psicologiche in situazioni di “live-in”. Finora questo problema è stato superato impiegando forze lavoro provenienti dall'estero per le quali il lavoro in Alto Adige è comunque una prospettiva migliore rispetto alla permanenza nel proprio Paese. Ma cosa succede se cessa il flusso di badanti dall'estero? Si tratta di uno scenario assolutamente possibile, anche perché nascerà una “concorrenza” con altri Paesi: non appena il fabbisogno assistenziale aumenterà sensibilmente anche in altre nazioni (ad esempio nell'Europa dell'Est, ma anche in Cina), le condizioni di lavoro delle badanti (che già ora sono molto mobili) nel mercato del lavoro globale cambieranno radicalmente. Fino ad ora è stato possibile coprire la domanda in breve tempo, nel lungo periodo gli andamenti globali potrebbero tuttavia creare dei problemi. Se vogliamo puntare anche in futuro sulla forza delle badanti per mantenere in piedi il sistema altoatesino della cura, bisogna riflettere seriamente sulle condizioni di lavoro e sulla retribuzione di questa categoria professionale (si veda in merito il box nel [capitolo 3.2.2](#)).

Un piano generale per coprire a lungo termine il fabbisogno di cura in Alto Adige deve quindi necessariamente affrontare anche le sfide in questo campo. Va pianificato il consolidamento del triplice rapporto tra “Pubblica Amministrazione e servizi – servizi privati e terzo settore – persone non autosufficienti e i loro familiari”. Inoltre bisogna fare attenzione che nasca un

mercato vario, ma non troppo frammentato o poco trasparente, un rischio che corrono soprattutto i sistemi basati prevalentemente su prestazioni economiche. Un mercato dell'assistenza efficiente e posti di lavoro professionali sono indispensabili perché il settore della cura possa essere un motore per l'occupazione e per l'economia.

### 5.2.2 L'equilibrio tra prestazioni in denaro e quelle in natura

Attualmente in Alto Adige è previsto un mix tra prestazioni economiche e prestazioni in natura; l'assegno di cura viene tuttavia erogato in gran parte in forma di denaro. Solo il 7,6% dei beneficiari dell'assegno di cura lo percepisce in forma di buoni di servizio. I buoni di servizio possono essere utilizzati per usufruire di prestazioni in natura (ad esempio prestazioni del servizio di assistenza domiciliare). Lo scopo è aiutare le persone curanti nell'assistenza quotidiana e garantire la qualità della cura.

In genere sia le prestazioni in denaro che quelle in natura hanno dei pro e contro; si tratta di offrire un adeguato mix delle due forme. I vantaggi delle prestazioni economiche sono che i beneficiari possono decidere liberamente come impiegarle e che quindi incentivano il senso di responsabilità degli interessati e dei loro familiari. Non è invece del tutto scontato che per la mano pubblica le prestazioni economiche siano veramente più "convenienti" delle prestazioni in natura: bisogna infatti trovare il giusto rapporto tra efficienza dei costi e qualità. Il grande vantaggio delle prestazioni in natura e/o della prescrizione di buoni di servizio è soprattutto la certezza che la prestazione giunga effettivamente alle persone che ne hanno bisogno. Le prestazioni in natura permettono inoltre, ad esempio attraverso le prestazioni del servizio di assistenza domiciliare, di svolgere un determinato controllo sulla qualità della cura a domicilio. Il rischio delle prestazioni puramente economiche è che non vengano sempre impiegate in modo responsabile

dai beneficiari o dai loro familiari. Per questo le famiglie non devono essere lasciate sole: devono essere assistite con un'adeguata offerta di servizi di sollievo e di assistenza a scelta. Occorre creare un mercato vario di servizi assistenziali e affiancare e sostenere le persone curanti nella scelta delle prestazioni più adeguate. Il professore universitario Gianfranco Cerea individua nei buoni di servizio uno strumento importante che potrebbe stimolare in modo più efficace rispetto alle pure prestazioni monetarie la nascita di un ampio mercato dei servizi assistenziali (si veda in merito l'opinione del prof. Gianfranco Cerea in questo capitolo). Ovviamente va fatta attenzione a offrire sul mercato solo servizi accreditati che rispondano a determinati standard di qualità.

Altro importante svantaggio delle prestazioni puramente economiche è che la mano pubblica cede in questo modo una parte del suo potere di gestione nelle politiche sociali. Ciò potrebbe risultare rilevante in futuro, quando emergeranno sempre di più anche offerte nuove in bilico tra la cura a domicilio e quella nelle strutture residenziali. Sarebbe infatti importante che la mano pubblica svolgesse in tal caso una funzione di coordinamento, per promuovere in modo mirato le offerte e stimolare determinati sviluppi, cosa che sarebbe più difficile con la sola erogazione economica. Altri svantaggi della prestazione in denaro sono la difficoltà per la mano pubblica di vedere direttamente cosa succede nelle singole situazioni di cura e l'impossibilità di avere – come già precedentemente accennato – anche un controllo diretto sulla qualità della cura senza l'impiego di ulteriori risorse (si veda anche il campo d'azione 3 in [capitolo 5.2.3](#)).

### 5.2.3 Garanzia e controllo della qualità della cura

Cosa fare per garantire che l'assegno di cura venga impiegato per realizzare la massima qualità per la persona non autosufficiente e allo stesso tempo la

Sia le prestazioni in denaro che quelle in natura hanno pro e contro. L'obiettivo deve essere, offrire un giusto mix tra le due forme di prestazione.

---

## Alcune riflessioni in merito all'assegno di cura (di Prof. Gianfranco Cerea)

L'assegno di cura, introdotto in Provincia di Bolzano, rappresenta una misura universale, innovativa rispetto alle equivalenti prestazioni nazionali in denaro:

- assorbe in un solo strumento i tre interventi INPS rappresentati da pensione di inabilità, assegno mensile e indennità di accompagnamento;
- gradua l'intervento economico in base ad una scala di fabbisogni assistenziali e dei relativi costi, anziché a soglie uniche di inabilità, scollegate dalla valutazione delle necessità di cura;
- è del tutto indipendente dalla condizione economica del richiedente, cosa che invece non accade per l'assegno mensile erogato dall'INPS in favore di soggetti di età inferiore ai 65 anni e con invalidità compresa fra il 74 % e il 99 %.

La generale condivisione che deve accompagnare l'adozione dell'assegno di cura si può comunque associare ad una serie di riflessioni che riguardano le modalità di quantificazione dell'assegno, l'assenza di meccanismi di responsabilizzazione, la sua sostenibilità economica, l'esclusivo riferimento all'erogazione in denaro.

### I quattro livelli di prestazione

La scelta di articolare l'entità dell'assegno in base ai fabbisogni assistenziali è da considerare non solo corretta ma anche fondamentale. L'articolazione in soli quattro livelli comporta però che si verifichino situazioni di disparità di trattamento tanto più evidenti in quanto riguardanti situazioni limite.

Nella tabella successiva è riportato il valore dell'assegno per ora di assistenza: il passaggio da un livello all'altro comporta differenze pari a circa  $\frac{1}{3}$  dell'importo.

I problemi che ciò comporta non si limitano solo all'implicita violazione del principio dell'equità orizzontale. Una simile articolazione porta infatti con sé la "spinta" a richiedere il passaggio a livelli superiori ogni volta che la valutazione tende ad approssimare i valori limite: che cosa può oggettivamente ostacolare la classificazione in livello 2 di un soggetto per cui si ritengono necessarie 119 ore di assistenza?

Li- vello ass.	Ore	Asse- gno in euro	Ore minime in euro/ ora	Ore massime in euro/ ora
1	60-120	551	9,18	4,59
2	120-180	900	7,50	5,00
3	180-240	1.350	7,50	5,63
4	>240	1.800	7,50	

Meglio sarebbe, a questo riguardo, incrementare il numero di fasce o, ancor meglio, definire una relazione continua fra fabbisogno e importo dell'assegno. Le difficoltà amministrative che ciò comporta sono da considerare del tutto irrilevanti, se gestite attraverso adeguate procedure informatiche.

### Nuovo e vecchio welfare

Le tendenze in atto nei moderni sistemi di welfare premiano comportamenti e meccanismi di auto-tutela dei cittadini, favorendo la nascita di strumenti assicurativi e di risparmio finalizzato alla copertura dei costi per la non autosufficienza. La previdenza complementare e i fondi sanitari integrativi rappresentano, anche nel caso italiano e soprattutto della nostra regione, due esempi di fondamentale importanza, che mal si conciliano con il modello dell'assegno di cura.

In questo senso occorrerebbe forse aprire una riflessione sulla necessità di coordinare fra loro i diversi strumenti, anche al fine di valorizzare i comportamenti più virtuosi, in termini di rispetto della sussidiarietà nei rapporti fra pubblico e privato.

In una fase che, come quella attuale, è ancora di sostanziale messa a regime delle pensioni complementari e dei fondi sanitari integrativi, l'attuale assetto dell'assegno di cura appare ragionevolmente fuori discussione. Così non sarà nel futuro, quando le misure integrative andranno a regime e l'invecchiamento della popolazione richiederà risorse crescenti e difficilmente compatibili con l'inevitabile ridimensionamento dell'intervento pubblico, in atto in Italia e in Europa.

Il rischio è infatti che i crescenti costi per la non autosufficienza, stimati a livello nazionale e per il 2050 in crescita del 50 % in rapporto al PIL, portino con sé la necessità di ridimensionare l'elevata spesa che si registra oggi a Bolzano, mettendo in discussione l'adeguatezza delle misure e la capacità di offrire una adeguata tutela soprattutto nei confronti dei soggetti più bisognosi.

### Erogazioni in denaro ed erogazioni con servizi/voucher

In termini di efficienza e di efficacia della misura, la scelta di Bolzano di seguire l'esempio nazionale basato sull'erogazione di somme in denaro, presuppone implicitamente il verificarsi di tre condizioni:

- che i beneficiari (o i loro familiari) siano perfettamente informati sulla problematica assistenziale e seguano comportamenti razionali, ovvero che siano sempre in grado di valutare

- 
- correttamente i fabbisogni di assistenza, sappiano scegliere le modalità di intervento più appropriate, operino le loro scelte nel rispetto dei principi di efficienza;
- che chi offre i servizi assistenziali operi in un contesto concorrenziale, ovvero in un “mercato” dove esiste una pluralità di offerta di operatori che offrono prestazioni sostanzialmente omogenee per tipologia – case di riposo, assistenza domiciliare, ecc.; di riflesso anche il familiare impegnato nell’assistenza deve essere “contrattualizzato” come un dipendente;
  - che tutti i servizi siano accessibili da tutti e allo stesso modo, senza cioè dei vincoli che – come la distanza o le particolari necessità – limitino la possibilità di scelta.

Il venir meno di queste condizioni si associa a quello che viene tecnicamente definito un “fallimento del mercato” ovvero ad un contesto in cui il benessere viene perseguito “sprecando” risorse – usando cioè più del necessario o pagando di più ciò che si potrebbe avere a meno.

È del tutto evidente che l’allontanamento dalle condizioni di ottimalità può risultare di entità diverse. In una realtà come quella cittadina è probabile che vi possa essere molta più possibilità di scelta di servizi di quanto possa accadere per una famiglia che abita in un maso ad alta quota; così come chi ha già sperimentato in passato l’esperienza di assistere una persona non autosufficiente possiede più informazioni di altri.

Diventa però del tutto ragionevole attendersi che, per una ragione o per l’altra, quasi sempre risulti difficile garantire sia l’appropriatezza delle cure che un’efficiente erogazione delle stesse.

Al riguardo sono state individuate alcune misure per cercare di limitare l’impatto delle problematiche prima evidenziate.

La prima riguarda la creazione di un effettivo mercato nell’offerta dei servizi assistenziali, caratterizzato dalla presenza di una pluralità di operatori – opportunamente certificati e valutati – e che siano in grado di coprire tutto il territorio. Si tratta di un terreno che, per elezione, dovrebbe coinvolgere soprattutto soggetti del terzo settore, valorizzando altresì il ruolo del volontariato.

La seconda concerne il “supporto alla decisione”, ovvero l’affiancamento delle famiglie nell’individuazione delle prestazioni e delle modalità di cura più appropriate. Si tratta di un compito che non può essere affidato al mercato e, tanto meno, a chi offre i servizi: l’asimmetria informativa porterebbe inevitabilmente a scelte che sono più funzionali agli obiettivi di chi vende che di chi domanda. La funzione potrebbe essere svolta dal pubblico ma, in una logica di sussidiarietà, meglio sarebbe se ad esserne incaricate fossero associazioni di volontariato sociale, che valorizzino competenze ed esperienze maturate anche sul piano personale. Rientra necessariamente in questo ambito anche il delicato tema del livello fino a cui può essere spinta la cura, e ciò per evitare forme di esasperazione e di accanimento, non tanto nei confronti degli assistiti quanto invece per i familiari.

Una parziale soluzione al problema prima evidenziato potrebbe essere rappresentata dalla sostituzione dell’erogazione in denaro con la prestazione di servizi, ovvero con l’assegnazione di vouchers per l’acquisto degli stessi. Si tratta di una modalità che limita le possibilità di scelta da parte dell’assistito e dei suoi familiari. La stessa appare però come l’unica percorribile in tutti quei casi che si

caratterizzano per inadeguatezza dell’informazione e la scarsa razionalità delle scelte. In questo senso il ricorso ai vouchers non può essere generalizzato. Andrebbe invece riservato ai casi più gravi di non autosufficienza, dove maggiore è il rischio di comportamenti inappropriati da parte dei familiari o di inadeguatezza delle prestazioni per persone rimaste sole. Lo stesso discorso potrebbe valere per le situazioni dove si ha ragione di ritenere che la persona – o chi le sta intorno – non siano in grado di gestire autonomamente le necessarie scelte assistenziali.

Al riguardo dei voucher va anche ricordato che gli stessi rappresentano la migliore premessa per favorire la nascita di un “mercato” dei servizi assistenziali e, di riflesso, per l’affermarsi di una “industria” potenzialmente in grado di esportare la propria attività anche fuori dai confini locali. Inoltre si incentiverebbe la regolarità dei rapporti di lavoro, garantendo altresì le necessarie forme di tutela a coloro che prestano servizi in questo settore.

Va altresì sottolineato che la nascita del mercato assistenziale aiuterebbe i familiari delle persone non autosufficienti a mantenere i loro rapporti di lavoro e una continuità delle relazioni e della qualità della vita che rischierebbero di risultare altrimenti gravemente compromesse.

Dai focus group:

Un minimo di ore di assistenza domiciliare obbligatoria renderebbe possibile anche una maggiore supervisione delle situazioni di cura a domicilio.

---

Dai focus group:

Non puoi tenere presente i bisogni del malato senza conoscere il contesto in cui vive.

---

massima qualità di vita per i familiari (curanti)? Ci sono numerose possibilità: per prima cosa si potrebbe semplicemente aumentare il numero dei controlli a campione effettuati dal Servizio per la valutazione della non autosufficienza. Questo richiederebbe tuttavia più personale. Inoltre, i controlli non annunciati sono sempre anche momenti critici che richiedono molto tatto. Non bisogna destare l'impressione che tutti i familiari che prestano assistenza vengano sospettati di utilizzare in modo improprio l'assegno di cura. Inoltre non si possono nemmeno mettere a priori in dubbio le capacità dei familiari di prestare assistenza. Una seconda possibilità sarebbe far documentare (almeno a grandi linee) le spese sostenute con l'assegno di cura o di annotare l'uso pianificato dei soldi all'inizio dell'erogazione. Questo potrebbe essere interessante soprattutto per i livelli di assistenza 3 e 4, perché in questi casi mensilmente vengono versati importi abbastanza alti. Un'altra misura che permetterebbe automaticamente un maggiore controllo sarebbe la limitazione temporale della prestazione con una verifica fissa, determinante per il rinnovo dell'assegno

stesso. La verifica potrebbe avvenire dopo un anno o a intervalli di tre anni. In alternativa si potrebbe pensare anche all'utilizzo obbligatorio di un minimo di prestazioni del servizio di assistenza domiciliare (ad esempio un'ora al mese, eventualmente anche in forma di buoni di servizio obbligatori per ogni beneficiario). Bisogna comunque tener presente anche qui il maggior carico di lavoro per il servizio di assistenza domiciliare che ne deriverebbe. Inoltre andrebbe accertato di caso in caso il tipo di aiuto necessario, poiché eventuali prestazioni forfettarie non soddisferebbero la varietà dei casi di non autosufficienza.

La strategia più funzionale per conoscere la situazione di cura nelle singole famiglie, e quindi avere un certo controllo, è tuttavia quella di ampliare le offerte di consulenza, affiancamento e formazione. In questo caso tutti gli attori coinvolti avrebbero un quadro della situazione di cura e si incentiverebbe allo stesso tempo la qualità della cura stessa, rendendo in molti casi superflui ulteriori controlli sull'utilizzo del denaro.

## L'assegno di cura in Provincia Autonoma di Trento

Anche nella Provincia di Trento è previsto un cosiddetto assegno di cura per quattro livelli di non autosufficienza:

Livello di non autosufficienza	Importo minimo in euro	Importo massimo in euro
Livello 1	637	637
Livello 2	682	807
Livello 3	807	1.057
Livello 4	957	1.357

Fonte: [http://www.provincia.tn.it/binary/pat\\_portale/approfondimenti/assegno\\_di\\_cura\\_opuscolo.1352192018.pdf](http://www.provincia.tn.it/binary/pat_portale/approfondimenti/assegno_di_cura_opuscolo.1352192018.pdf)

La prestazione si distingue tuttavia in alcuni punti dal modello altoatesino.

### Requisiti per ottenere la prestazione:

In provincia di Trento la concessione dell'assegno di cura è vincolata al riconoscimento dello stato di invalidità civile ovvero al diritto a beneficiare dell'indennità di accompagnamento; tali prestazioni vengono poi integrate nell'assegno di cura dell'avente diritto. I beneficiari dell'assegno di cura devono inoltre vantare una residenza continuativa di almeno tre anni in provincia.

**Reddito:** L'assegno di cura viene liquidato solamente alle persone appartenenti a un nucleo familiare con valore ICEF ("Indicatore della Condizione Economica Familiare") non superiore a 0,28. All'interno dei vari livelli sono inoltre previsti importi minimi e massimi; l'importo da erogare viene determinato a seconda della situazione economica del nucleo familiare. I beneficiari dell'assegno di cura devono inoltrare ogni anno la prova di soddisfazione del requisito, altrimenti l'assegno di cura viene sospeso.

**Piano assistenziale:** Prima di liquidare l'assegno di cura, sulla base della valutazione del livello di non autosufficienza, viene elaborato il "piano assistenziale individualizzato" (PAI). Nel piano si definiscono l'organizzazione della cura, il previsto utilizzo dell'assegno di cura e l'eventuale impiego per pagare una badante. Il non rispetto del piano può comportare la sospensione dell'assegno di cura.

**Nuovo orientamento 2016:** La Provincia Autonoma di Trento ha deciso di effettuare nel 2016 una revisione del sistema di interventi per la non autosufficienza. Le variazioni non sono state ancora definite in dettaglio, è tuttavia possibile trovare informazioni sul futuro orientamento, ad esempio nel "Programma di sviluppo provinciale per la XV legislatura"<sup>\*</sup>. La tendenza generale è quella di passare da una pura prestazione prevalentemente economica a una porzione di prestazioni in natura più alta. L'intenzione è ampliare e rafforzare il sistema dei voucher (buoni di servizio), anche per stimolare la nascita di un mercato dei servizi assistenziali. Inoltre si cercherà di allargare anche lo strumento del piano assistenziale individualizzato (PAI), in particolare per coinvolgere e mettere in rete in misura maggiore tutti gli attori del settore della cura<sup>\*\*</sup>.

\* Reperibile all'indirizzo internet [http://www.giunta.provincia.tn.it/binary/pat\\_giunta\\_09/XV\\_legislatura/PSP\\_22\\_dicembre.1419325355.pdf](http://www.giunta.provincia.tn.it/binary/pat_giunta_09/XV_legislatura/PSP_22_dicembre.1419325355.pdf)

\*\* Si veda anche lo studio Euregio "Le reti territoriali per l'assistenza agli anziani nell'Euregio Tirolo-Alto Adige-Trentino", Euregio 2013).

Un eventuale ampliamento delle offerte di consulenza, affiancamento e formazione permetterebbe automaticamente di conoscere meglio le soluzioni di cura adottate.

#### 5.2.4 Consulenza, affiancamento e formazione

Dai colloqui con gli interessati e gli esperti è emerso un fabbisogno di formazione da parte dei familiari che prestano l'assistenza (e anche delle badanti). Già l'apprendimento di tecniche fondamentali di cura facilita molto il lavoro quotidiano a queste persone. Inoltre si possono dare suggerimenti sulla gestione del rapporto tra persone non autosufficienti e persone curanti a livello umano o tra badanti e persone non autosufficienti e le loro famiglie. In questo modo si possono prevenire eccessivi carichi fisici e psichici e aumentare la qualità della cura a domicilio con evidenti vantaggi anche per le persone non autosufficienti. All'inizio della fase di cura i familiari ricevono spesso informazioni di base negli ospedali o dal Servizio per la valutazione della non autosufficienza, ma spesso questo non è sufficiente. Eventuali corsi potrebbero essere incentivati anche con buoni di servizio (o meglio "buoni di formazione") e diventare addirittura obbligatori da un certo livello assistenziale in poi.

Altrettanto importante è ovviamente la consulenza, alle persone non autosufficienti e ai familiari che prestano l'assistenza, sulle possibili modalità assistenziali e sulle offerte di supporto e sollievo. I "servizi territoriali per l'assistenza e cura" che vengono attualmente impostati in tutti i distretti sociali e sanitari possono fornire sicuramente un importante contributo in questo senso: potrebbero ad esempio intervenire all'inizio della fase di assistenza per costruire una rete di assistenza funzionante attorno alla persona non autosufficiente. Potrebbero comunque essere anche i punti di riferimento per altri quesiti o problemi in fasi successive. Molto utile sarebbe ovviamente anche una consulenza effettuata direttamente presso l'abitazione della persona non autosufficiente. Una specie di visita di "ingresso" potrebbe rappresentare un aiuto concreto. Oltre alla consulenza sulla cura potrebbe essere opportuno anche un affiancamento costante dei familiari curanti e delle badan-

ti. Dai focus group è infatti emerso che di norma i familiari curanti cercano aiuto solamente quando ormai è troppo tardi. Qui entrano in gioco i gruppi di auto aiuto, importanti per far emergere ed elaborare le problematiche quotidiane che altrimenti vengono spesso taciute. I servizi di consulenza potrebbero promuovere la formazione di tali gruppi e informare in particolare i familiari curanti della loro esistenza. In Austria è stato recentemente aperto un sito per familiari curanti<sup>23</sup> che raccoglie tutte le informazioni sulla cura a domicilio (dalle informazioni sull'assegno di cura ai gruppi di auto aiuto e alle normative di lavoro per l'assunzione di badanti). Anche la copertura previdenziale dei familiari che prestano l'assistenza potrebbe essere spiegata in questo contesto: mentre molte persone curanti percepiscono già una pensione, ci sono ancora molte donne a cui mancheranno anni contributivi per i periodi dedicati alla cura di un familiare.

La richiesta di maggiore consulenza, affiancamento e formazione è strettamente collegata all'esigenza di garantire e vigilare sulla qualità della cura. Un servizio di supporto più ampio permetterebbe a tutti i soggetti coinvolti di avere un quadro della situazione specifica di cura. Questo aiuterebbe sia i curanti che le persone non autosufficienti, facendo anche emergere le peculiarità di ogni singolo caso. Ogni contesto familiare e assistenziale comporta esigenze specifiche che vanno approfondite. Partendo dalla situazione concreta e analizzando il contesto di vita della persona non autosufficiente, le modalità di assistenza possono assumere svariate forme.

#### 5.2.5 La finanziabilità degli interventi per la non autosufficienza

In Alto Adige l'assegno di cura non si basa su contributi o su un'assicurazione come in Germania, ma viene finanziato come in Austria con il solo gettito fiscale. Dopo prime riflessioni su un sistema finanziato mediante contributi o su un sistema di assicurazione integrativa

Dai focus group:

Si cerca aiuto solo quando si arriva veramente al limite, ma lì è già quasi troppo tardi.

---

(come il fondo previdenziale integrativo), si è optato per il pieno finanziamento attraverso il bilancio provinciale, per evitare spese al singolo cittadino. Attualmente la spesa pubblica annua per l'assegno di cura è ancora inferiore a 200 milioni di euro, tale importo sarà superato entro pochi anni. Benché ci siano ancora sufficienti fondi per coprire la spesa dei prossimi anni, a lungo termine sarebbe comunque opportuno – anche nel caso di un sistema finanziato esclusivamente con gli introiti fiscali – darsi pensiero sulla sostenibilità finanziaria.

Un tema strettamente collegato alla finanziabilità è la situazione reddituale dei beneficiari. Mentre nella provincia di Trento la prestazione per la non autosufficienza dipende dal reddito del beneficiario, in Alto Adige, Austria e Germania non è così. Anche in Alto Adige spesso si sentono delle voci che reclamano che l'assegno di cura (almeno per i livelli assistenziali più alti) dovrebbe essere legato al reddito dei beneficiari. In una politica più ampia di welfare però ha sicuramente senso

vincolare una prestazione unicamente al bisogno di ogni cittadino, indipendentemente dal suo reddito. L'efficacia della prestazione sociale, in questo caso dell'assegno di cura, andrebbe misurata in base alla capacità del sistema attuale di garantire a tutti i cittadini la cura necessaria, e non in base all'impressione che alcune famiglie ne hanno meno bisogno rispetto ad altre o che le famiglie potrebbero coprire diversamente le proprie spese di cura. L'obiettivo dell'assegno di cura è garantire una cura di elevata qualità: in un tale contesto i dibattiti all'insegna dell'invidia sono fuori luogo. Potrebbe invece essere più utile fare delle riflessioni legate ai campi d'azione 2, 3 e 4 (capitolo 5.2.2, 5.2.3 e 5.2.4). Tra queste citiamo ad esempio il rafforzamento dello strumento dei buoni di servizio, il controllo sull'impiego dell'assegno e sulla legalità dei contratti di lavoro. Anche l'obbligo di dimostrare l'uso dei soldi versati (almeno indicativamente e soprattutto per i livelli assistenziali 3 e 4) e ampie offerte di consulenza, affiancamento e formazione dei familiari che prestano l'assistenza possono aiutare a promuovere un uso più

## L'assegno di cura in Austria

In Austria l'assegno di cura viene finanziato come in Alto Adige con il gettito fiscale (a differenza della Germania, dove l'assegno di cura è "un'assicurazione di cura" basata su un sistema contributivo). La soglia per accedere al primo livello assistenziale è un po' più bassa e varia anche la suddivisione dei livelli assistenziali per ore: per un fabbisogno di oltre 180 ore di cura al mese sono previste ben tre categorie di stato di non autosufficienza. I livelli assistenziali sono in totale 7:

Livello assistenziale	Fabbisogno mensile di assistenza in ore	Assegno di cura in euro
Livello 1	> 50	154
Livello 2	> 75	284
Livello 3	> 120	443
Livello 4	> 160	664
Livello 5	> 180 (Disponibilità continua, sordocecità, sedia a rotelle senza funzione delle braccia)	902
Livello 6	> 180 (Continua assistenza diurna e notturna)	1.242
Livello 7	> 180 (Nessun movimento coordinato di tutte le estremità)	1.656

Fonte: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>

Dal 2012 la gestione dell'assegno di cura compete unicamente allo Stato federale, che ha poi trasferito l'attività amministrativa agli enti previdenziali, dato che oltre l'86% di tutti i beneficiari dell'assegno di cura percepisce una pensione. In questo modo nascono preziose sinergie (Staudinger 2014, pag. 42). L'erogazione della prestazione economica è indipendente dal reddito e non richiede nessuna prova dell'utilizzo del denaro; ciò significa che i beneficiari possono decidere liberamente come impiegare l'assegno.

Negli ultimi anni sono state introdotte in Austria diverse prestazioni integrative a sostegno dei familiari curanti (cfr. 2014, pag. 44 e segg.):

- Dal 2009 lo Stato federale copre la co-assicurazione senza contributi ovv. i contributi dell'assicurazione facoltativa o dell'autoassicurazione all'interno dell'assicurazione previdenziale per persone che curano un familiare assegnato almeno al livello assistenziale 3.
- È stata inoltre introdotta la carenza o il part-time per cura (dal 2014), il cui scopo è sostenere i familiari curanti soprattutto nella fase iniziale o in periodi di transizione. Ne possono usufruire fino a due familiari per un periodo da uno a tre mesi.
- È stato creato un sito con informazioni esaurienti per familiari curanti su tematiche quali cura a domicilio, assegno di cura, assicurazione, assunzione di badanti, gruppi di auto aiuto etc. ([www.pflegedaheim.at](http://www.pflegedaheim.at)).

Inoltre è stata prevista una sovvenzione per l'assistenza continua a domicilio mediante forze di lavoro retribuite. Chi documenta la necessaria entità di assistenza, ha diritto ad un massimo di 1.100 € (550 € per ogni assistente per un massimo di due assistenti). Questa prestazione è tuttavia vincolata al reddito.

finalizzato dei soldi versati. Se l'assegno di cura viene impiegato correttamente soddisfa le finalità previste e l'investimento risulta in ogni caso giustificato.

### **5.2.6 Creazione di una rete e monitoraggio**

Alla luce delle future sfide legate alla copertura del fabbisogno assistenziale e dell'assistenza agli anziani in generale occorre rafforzare urgentemente il lavoro in rete: sia tra gli uffici e le istituzioni competenti che tra gli stessi e le persone non autosufficienti, inclusa la famiglia. Particolare attenzione va dedicata alle interfacce tra cura formale e informale. Ciò emerge anche da un ampio studio intitolato "Le reti territoriali per l'assistenza agli anziani nell'Euregio Tirolo - Alto Adige - Trentino", effettuato nel 2013 su incarico dell'Euregio stessa. L'Alto Adige risulta ancora un po' carente sotto questo aspetto. Sulla base di detto studio la Giunta provinciale ha deciso con delibera n. 817 del 07/07/2015 di introdurre "servizi territoriali per l'assistenza e cura". Questi dovranno essere

costituiti nel 2016 in tutti i 22 distretti sociali e sanitari dell'Alto Adige. Sorgeranno così su tutto il territorio provinciale servizi di consulenza per tutte le domande sulla cura (assegno di cura, cura a domicilio, strutture residenziali, ecc.). Questi servizi non solo offrono consulenza e affiancamento ai familiari (vedi campo d'azione 4, capitolo 5.2.4), ma promuovono anche la collaborazione tra tutti gli attori del settore. Nella rispettiva legge provinciale si richiede espressamente anche lo scambio di dati e informazioni. La partecipazione al servizio territoriale è obbligatoria per tutti gli attori accreditati che vogliono operare nella rispettiva zona. Nei prossimi anni è previsto di ampliare questi servizi trasformandoli, oltre che in punti di informazione, anche in centri di sostegno, consulenza e competenza.

Accanto alla necessità di una rete sussiste anche quella di una continua valutazione ovvero di un monitoraggio di tutto il sistema dell'assegno di cura. La valutazione permanente delle misure sociali aiuta i responsabili a individuare per tempo eventuali sviluppi e a reagire

24: È quanto emerge dal Piano sociale provinciale 2007-2009 (Ripartizione Famiglia e Politiche Sociali 2008a, pag. 124), dove in riferimento alla legge appena approvata sugli interventi per la non autosufficienza si rimarca l'importanza di un monitoraggio in questo settore.

Un utilizzo corretto dell'assegno di cura che soddisfi lo scopo dello stesso giustifica in ogni caso l'investimento sociale.

---

Weissensteiner / Buxbaum, pag. 135:

Mentre le spese vengono sempre enfatizzate, si considera solo raramente il ritorno considerevole che gli investimenti pubblici comportano per i bilanci pubblici.

---

prontamente, ma anche a verificare gli effetti delle misure concrete<sup>24</sup>. Soprattutto alla luce delle prossime sfide che investiranno il settore della cura e del lungo arco di tempo da considerare, è opportuno introdurre un monitoraggio continuo. La valutazione costante dei risultati del monitoraggio dovrebbe essere effettuata da un gruppo di gestione (una cosiddetta "tavola rotonda"), composto dai responsabili dei principali stakeholder, per incentivare reciproci scambi. Se i dati del monitoraggio lo richiederanno, con i rappresentanti politici si potrà discutere poi di necessari nuovi orientamenti di determinati elementi all'interno del sistema di autosufficienza.

siva del welfare altoatesino che per ora manca. Sarebbe inoltre interessante indagare sulla composizione socio-economica della categoria di beneficiari di una determinata prestazione sociale, cosa che per l'assegno di cura non è stato purtroppo possibile fare. Sarebbe anche utile capire quali gruppi di cittadini usufruiscono di più prestazioni e perché. Nell'ambito delle analisi scientifiche dei vari settori del sociale si potrebbero inoltre valutare gli strumenti esistenti, sviluppare strategie di monitoraggio e contribuire a rendere l'erogazione delle singole prestazioni più mirata. Su questa base si potrebbero accorpate, qualora appaia opportuno, alcune prestazioni per creare così preziose sinergie e abbattere gli oneri burocratici.

### 5.3

#### Continuazione della ricerca

Sulla base di questo rapporto si potrebbero analizzare anche altre prestazioni sociali, ad esempio nell'edilizia sociale, per la famiglia, il reddito minimo sociale, etc. In questo modo si creerebbe, passo per passo, una visione comples-

# Metodo applicato

Per il presente progetto sono stati applicati sia metodi quantitativi (elaborazioni delle banche dati) che qualitativi (interviste, focus group). Ciò ha permesso di delineare un quadro particolarmente ampio e dettagliato dell'oggetto di studio.

## 6.1 Elementi quantitativi

Per le valutazioni riportate nel presente rapporto sono stati utilizzati dati completamente anonimizzati della banca dati dell'ASSE e le schede di valutazione digitalizzate e completamente anonimizzate del Servizio per la valutazione della non autosufficienza.

I dati del database contengono informazioni sul numero e sull'entità di tutte le liquidazioni mensili dell'assegno di cura effettuate da luglio 2008 a dicembre 2014. Per ogni pagamento erano disponibili anche informazioni su età, sesso e livello assistenziale del beneficiario dell'assegno di cura, sulle modalità di assistenza (cura a domicilio o cura in casa di riposo o in centro di degenza) e sul numero di buoni di servizio prescritti.

I traccianti del Servizio per la valutazione della non autosufficienza contenevano invece i dati di tutte le schede di valutazione compilate in occasione delle visite effettuate a partire da marzo 2011. Queste riportavano (in modo com-

pletamente anonimizzato) informazioni sulla situazione familiare e sulla rete di assistenza dei beneficiari dell'assegno di cura, tra cui sesso, età e condizione professionale del curante principale, nonché sul rapporto (grado di parentela o altro tipo di rapporto) esistente tra curante principale e persona non autosufficiente.

## 6.2 Elementi qualitativi

Oltre alle quattro interviste con gli esperti si sono svolti anche due gruppi di discussione (focus group) sul tema "familiari curanti" per tematizzare le sfide e i carichi con i quali i familiari curanti vengono confrontati durante l'attività quotidiana di assistenza. Tra i partecipanti c'erano diverse persone che coordinano gruppi di auto aiuto e che quindi dispongono di una marcata esperienza in questo campo.

Ulteriori elementi qualitativi:

— Tutto il progetto è stato accompagnato da un gruppo di lavoro, nel quale i partner

di progetto hanno dato un continuo feedback su vari aspetti dello studio.

Il gruppo di lavoro era costituito dalle seguenti persone:

- > Per l'Istituto Promozione Lavoratori: Stefan Perini (Direttore dell'IPL), Josef Untermarzoner, Werner Pramstrahler, Silvia Vogliotti
- > dott. Luca Critelli (Direttore della Ripartizione Politiche sociali)
- > dott. Eugenio Bizzotto (Direttore dell'ASSE)
- > dott.ssa Heidi Wachtler (Direttrice dell'area funzionale "Servizio per la valutazione della non autosufficienza")
- > dott.ssa Luciana Fiocca (Direttrice dell'ufficio Persone con disabilità)
- > dott.ssa Brigitte Waldner Mayr (Direttrice dell'ufficio Anziani e distretti sociali)

— Attraverso la partecipazione a workshop organizzati dalla Ripartizione Politiche Sociali nei mesi di maggio e giugno 2015 è stato possibile approfondire la tematica e conoscere i dibattiti in corso.

Figura 48

Elenco delle interviste con esperti effettuate nell'ambito dello studio

© IPL 2016

N°	Nome	Area di lavoro	Temi trattati
1	Christian Bosin	Responsabile degli uffici del KVW che offrono il servizio di contabilità per collaboratori domiciliari	Ricorso al servizio di contabilità per badanti da parte dei familiari curanti, numero e situazione delle badanti in Alto Adige, stato di assistenza e rete assistenziale nelle famiglie.
2	Antonio Gulino	Ufficio Osservazione mercato del lavoro	Effetti dell'assegno di cura sul mercato del lavoro, andamenti demografici e sviluppi sul mercato del lavoro, numero e situazione delle badanti in Alto Adige, copertura del futuro fabbisogno di assistenza.
3	Karl Tragust	Ex Presidente dell'ASSE e ex direttore della Ripartizione Politiche Sociali	Fatti precedenti, nascita e sviluppo della prestazione "assegno di cura" nel contesto di sviluppo del welfare altoatesino.
4	Gianfranco Cerea	Professore presso l'Istituto di economia e management dell'Università di Trento	Feedback scritto inerente a: aspetti economici delle prestazioni sociali, nascita di un mercato di servizi assistenziali, vantaggi e svantaggi di prestazioni economiche e prestazioni in natura.

Figura 49

Elenco dei focus group organizzati nell'ambito dello studio

© IPL 2016

N°	Luogo	Partecipanti
1	Naturno	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Persona A (donna): fondatrice e coordinatrice di un gruppo di auto aiuto per familiari che prestano assistenza</li> <li>– Persona B (donna): da anni coordina un gruppo di auto aiuto per familiari che prestano assistenza</li> <li>– Persona C (donna): familiare che presta assistenza e frequentatrice del gruppo di auto aiuto</li> </ul>
2	Bolzano	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Persona A (donna): fondatrice e coordinatrice di gruppi di auto aiuto su vari temi, esperienza nell'affiancamento di familiari che prestano assistenza</li> <li>– Persona B (donna): collaboratrice in un'organizzazione che si occupa dei problemi di anziani e di persone non autosufficienti, esperienza maturata attraverso l'affiancamento e la consulenza di familiari che prestano assistenza</li> </ul>

# Bibliografia

## Letteratura utilizzata:

### A

**Provincia Autonoma di Bolzano – Ripartizione Famiglia e Politiche Sociali (2008a):** Piano sociale provinciale 2007–2009.

**Provincia Autonoma di Bolzano – Ripartizione Famiglia e Politiche Sociali (2008b):** Pubblicazione “L’Alto Adige che mi aiuta / Consigli e sostegno nei momenti difficili della vita”.

**Provincia Autonoma di Bolzano – Ripartizione Famiglia e Politiche Sociali (2013):** Relazione sociale 2013.

**Provincia Autonoma di Bolzano – Ripartizione Politiche sociali (2014):** Statistiche Sociali 2014.

**Provincia Autonoma di Bolzano – Ripartizione Lavoro (2014):** Mercato del lavoro news 1/2014: La sanatoria 2012 nel settore domestico.

**Provincia Autonoma di Bolzano – ASTAT (2011):** AstatInfo n. 01 – 14.01.2011: 16

gennaio 2011 – Giornata del migrante e del rifugiato.

**Provincia Autonoma di Bolzano – ASTAT (2014):** ASTAT collana 202: La terza età in Alto Adige 2013.

**Provincia Autonoma di Bolzano – ASTAT (2015a):** AstatInfo n. 41 – 06/2015: occupati e disoccupati 2014.

**Provincia Autonoma di Bolzano – ASTAT (2015b):** AstatInfo n. 44 – 07/2015: Tavole di mortalità della popolazione altoatesina 2013.

**Provincia Autonoma di Bolzano – ASTAT (2015c):** ASTAT collana 210: Previsione sull’andamento delle famiglie in provincia di Bolzano fino al 2030.

**IPL – Istituto Promozione Lavoratori (2012):** Newsletter 37: Management sfida per il futuro.

**IPL – Istituto Promozione Lavoratori (2014a):** Welfare State – Parte 1 – Modelli di welfare State in Europa.

**IPL – Istituto Promozione Lavoratori (2014b):** Rapporto di ricerca: Rapporti di lavoro atipico nel pubblico impiego altoatesino 2009–2013.

**IPL – Istituto Promozione Lavoratori (2014c):** Manuale Age Management. Gestire il cambiamento demografico nel mondo del lavoro. Suggerimenti per le parti sociali in Alto Adige.

**IPL – Istituto Promozione Lavoratori (2015a):** Welfare State – Parte 2 – Le politiche della famiglia in un confronto europeo.

**IPL – Istituto Promozione Lavoratori (2015b):** Rapporto di ricerca: Rapporti di lavoro atipico nel pubblico impiego altoatesino 2009–2013 / Settore cura e assistenza.

**ASSE – Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico (2015):** Attualità dell’11.03.2015: Bilancio dell’attività dell’ASSE nell’anno 2014 (PPT), [http://www.provincia.bz.it/asse/service/comunicazioni.asp?aktuelles\\_action=4&aktuelles\\_article\\_id=488855](http://www.provincia.bz.it/asse/service/comunicazioni.asp?aktuelles_action=4&aktuelles_article_id=488855)

## E

**Commissione Europea (2013a):** Investition in ein soziales Europa, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10011&langId=de>.

**Commissione Europea (2013b):** Social Investment Package – Comission Staff Working Document: Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options, SWD(2013) 41 final, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12633>

**Euregio Alto Adige-Tirolo-Trentino (2013):** “Le reti territoriali per l’assistenza agli anziani nell’Euregio Tirolo – Alto Adige – Trentino”: Studio comparativo sul miglioramento dell’assistenza agli anziani attraverso il lavoro di rete, [http://www.euoparegion.info/downloads/Studio\\_GECT\\_2013\\_10\\_25\\_Versione\\_finale\\_IT.PDF](http://www.euoparegion.info/downloads/Studio_GECT_2013_10_25_Versione_finale_IT.PDF)

## H

**Heintze C. (2015):** Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem – Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland (zweite aktualisierte und inhaltlich überarbeitete Ausgabe), Eine Expertise von Cornelia Heintze im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>.

## K

**Kontraste (2008):** Pflege und demografischer Wandel, Kontraste Jg. 4, Nr. April 2008, S. 22–24.

## F

**Famira-Mühlberger U., Firgo M. (2014):** Pflegedienstleistungen in Österreich: Quantitative Aspekte des künftigen Bedarfs, WISO Jg. 37, Nr. 4/14, S. 57–73.

## P

**Profanter A. (Hrsg.) (2014):** Badanti – Pflegen in der Fremde – Assistere in terra straniera, Verlag A. Weger.

## R

**Rupp B. (2014):** Pflege, quo vadis?, WISO Jg. 37, Nr. 4/14, S. 119–128.

## S

**Soleterre/IRS (2015):** Lavoro domestico e di cura: Pratiche e benchmarking per l’integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa (Report finale), <http://www.soleterre.org/it/info-center/pubblicazione/rapporto-lavoro-domestico-e-di-cura>.

**SPC-WG-AGE (Social Protection Committee Working Group on Ageing) (2014):** Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society, [http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev\\_20140618\\_co04\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf)

**Staudinger M. (2014):** Politische Strategien in der Pflege, WISO Jg. 37, Nr. 4/14, S. 39–56.

## W

**Weissensteiner M., Buxbaum A. (2014):** Investitionen in bedarfsgerechte Pflege-Infrastruktur – überschätzte Kosten, unterschätzte Potenziale, WISO Jg. 37, Nr. 4/14, S. 129–146.

## Fonti online:

**Normative di riferimento per l’assegno di cura:** [http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/lp-2007-9/legge\\_provinciale12\\_ottobre\\_2007\\_n\\_9.aspx?view=1](http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/lp-2007-9/legge_provinciale12_ottobre_2007_n_9.aspx?view=1) e [http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/198746/delibera\\_28\\_gennaio\\_2014\\_n\\_73.aspx?view=1](http://lexbrowser.provincia.bz.it/doc/it/198746/delibera_28_gennaio_2014_n_73.aspx?view=1)

**Informazioni sull’assegno di cura in provincia di Trento:** [http://www.provincia.tn.it/binary/pat\\_portale/approfondimenti/assegno\\_di\\_cura\\_opuscolo.1352192018.pdf](http://www.provincia.tn.it/binary/pat_portale/approfondimenti/assegno_di_cura_opuscolo.1352192018.pdf)

[http://www.rete.civica.bz.it/it/servizi/servizi-categorie.asp?bnsvf\\_svid=1009600](http://www.rete.civica.bz.it/it/servizi/servizi-categorie.asp?bnsvf_svid=1009600)

**Informazioni sull’assegno di cura sulla rete civica altoatesina:** [http://www.rete.civica.bz.it/it/servizi/servizi-categorie.asp?bnsvf\\_svid=1009600](http://www.rete.civica.bz.it/it/servizi/servizi-categorie.asp?bnsvf_svid=1009600)

**Dashboard ASSE:** [http://qlikview.services.silag.it/QvAJAXZfc/opendoc\\_notool.htm?document=AsseDashboard\\_D.qvw&host=QVS%40titan-a&anonymous=true](http://qlikview.services.silag.it/QvAJAXZfc/opendoc_notool.htm?document=AsseDashboard_D.qvw&host=QVS%40titan-a&anonymous=true)

