

Invecchiare in Alto Adige.

Elementi per garantire
la sostenibilità delle
cure a lungo termine

di

Gottfried Tappeiner

Giulia Cavrini

Elisa Cisotto

Ulrike Loch

Nadia Paone

Federica Viganò

Alex Weissensteiner



In vece di prefazione

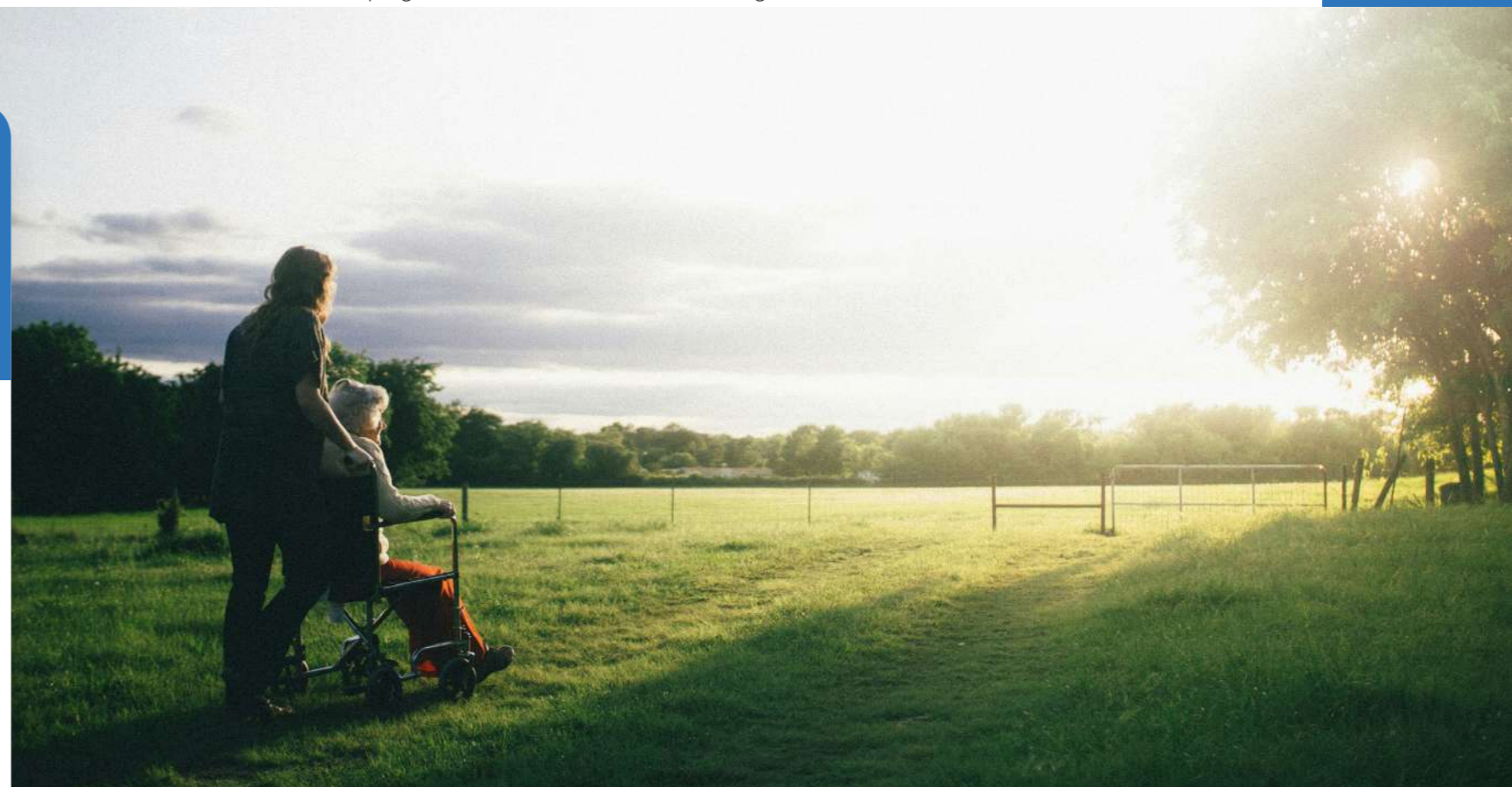
Questa pubblicazione è il frutto di un lavoro interdisciplinare che ha unito diversi sguardi su uno stesso oggetto: l'analisi economica si è unita all'analisi dei dati demografici e all'approccio delle scienze sociali.

Questa breve prefazione assolve al compito di fornire una breve guida allo studio, per evitare al lettore di giungere a potenziali fraintendimenti interpretativi:

- Il lavoro pone grande enfasi sugli aspetti finanziari dell'assistenza. Ciò non significa affatto che il denaro sia l'aspetto più importante nella garanzia dell'assistenza. Operatori sanitari dedicati, buone infrastrutture e una rete locale e familiare solida sono decisamente più importanti. Qui il focus è sulla finanziabilità dell'assistenza, perché molti elementi qualitativi di un sistema di assistenza possono essere più facilmente realizzati se la finanziabilità è assicurata. Il denaro non cura, ma con le risorse finanziarie necessarie si può organizzare più facilmente un'assistenza di qualità.
- Lo studio è stato svolto nell'arco di due anni (2021-2023) e si basa sui dati allora disponibili. Va tuttavia considerato che questo studio ha un orizzonte temporale che va fino al 2035, pertanto i dati e i ragionamenti fatti sono validi. Il presente studio intende quantificare

la sfida finanziaria nel settore dell'assistenza e considerare strumenti di potenziale soluzione.

- Il lavoro include molti aspetti già trattati da altri studi e rapporti periodici. Questi sono stati integrati con nuovi aspetti (indagini su chi presta assistenza, indagini sui vari modelli di finanziamento dell'assistenza), ma l'obiettivo principale del lavoro è mettere in relazione i risultati principali dei diversi lavori e valorizzarli ulteriormente.
- Il lavoro non è da intendersi come un manuale per la soluzione del problema dell'assistenza secondo il principio "prendi questo...". Per ogni problema ci sono diversi approcci risolutivi e la scelta del percorso da intraprendere implica giudizi di valore. I giudizi di valore per la società sono, in una democrazia, compito dei politici legittimati dalle elezioni, non degli esperti. È inevitabile che dal testo emerga una preferenza da parte degli autori per una soluzione rispetto ad un'altra. È importante, tuttavia, che la decisione di adottare alcuni orientamenti nelle politiche sociali venga fatta dalla politica.



Dopo questa ricontestualizzazione del presente lavoro, ci si può giustamente chiedere cosa si possa fare per risolvere il problema dell'assistenza. Ecco alcuni punti che gli autori ritengono importanti:

- Quando si parla dei costi dell'assistenza, spesso si pensa ai costi dell'indennità di assistenza, che con ben oltre 200 milioni di euro sono già significativi. Ma questa è una visione troppo ristretta: considerando i costi del sistema sanitario, i costi per la costruzione delle infrastrutture, i costi dell'assistenza domiciliare pagata e il valore materiale (quello immateriale è ancora maggiore) dell'assistenza familiare, parliamo di un importo da 3 a 4 volte superiore. Questa valutazione complessiva è importante se si vuole stimare quanto sia necessario per mantenere l'assistenza con le condizioni attuali.
- È chiaro a tutti che i costi

dell'assistenza aumenteranno. Come fattore principale viene spesso citato il cambiamento demografico. In realtà, gli effetti derivanti da una carenza di operatori sanitari o da strutture familiari sempre più fragili e quindi da una minore possibilità di assistenza familiare, sono fattori ancora più rilevanti.

La situazione dell'assistenza non è uguale per tutti. Da questa affermazione ne consegue che non può essere individuato un singolo strumento per affrontare il problema. Pertanto, ogni discussione del tipo "Esiste già il modello..." è arricchente, perché si può imparare dagli altri, ma è anche molto riduttiva. Ogni regione ha bisogno di una "cassetta degli attrezzi per l'assistenza" adattata alla situazione locale.

Si sostiene spesso che non si possa chiedere troppo agli elettori, per il rischio di essere penalizzati

immediatamente. Questo lavoro contiene alcuni risultati di un piccolo sondaggio sulle questioni del finanziamento dell'assistenza. Sebbene non rappresentativo, un punto emerge chiaramente: i cittadini si dichiarano molto disposti a confrontarsi con un problema che conoscono da vicino e nel quale sono chiamati spesso in prima persona come family care givers: il risultato è che capiscono perfettamente che la soluzione della cura a lungo termine richiede risorse. Con una comunicazione trasparente e una discussione sincera, la società risulta molto più aperta al cambiamento di quanto alcuni autori le attribuiscono.

Forse questi punti aiuteranno nella lettura e susciteranno curiosità. Un consiglio dagli insiders per una lettura sintetica: con i capitoli 3.7 e 10 si ottiene una buona panoramica dei risultati.

Ringraziamenti

Il presente lavoro sarebbe stato impensabile senza l'aiuto disinteressato di molte persone e istituzioni. Le autrici e gli autori tengono particolarmente a ringraziare i familiari che si dedicano alla cura dei loro parenti e che, in modo toccante, hanno dato la loro disponibilità a fornire informazioni sulla loro situazione.

Non saremmo riusciti a entrare in contatto con questi veri e propri "fornitori di servizi" se a concederci l'accesso non fossero stati la responsabile del Servizio infermieristico domiciliare e il responsabile dei Servizi domiciliari grazie al rapporto di fiducia che le loro collaboratrici e i loro collaboratori hanno saputo costruire con le famiglie. A queste persone, che non possiamo citare tutte per nome, va un particolare ringraziamento.

L'intervista telefonica ai familiari delle persone non autosufficienti è stata condotta da collaboratrici e collaboratori della ditta Apollis. Non si trattava dell'usuale sondaggio, e le interviste, in parte di forte impatto emotivo, di sicuro non sono sempre state facili da gestire per queste collaboratrici e per questi collaboratori. Grazie!

Il sondaggio d'opinione sulle possibili alternative di finanziamento è stato condotto nel quadro di un gruppo campione della ditta RCM-Solutions. Desideriamo ringraziare in questa sede anche le persone intervistate.

Un grazie speciale va alle studentesse e agli studenti del corso di laurea in Servizio sociale della Libera Università di Bolzano che, nel quadro dell'insegnamento di Introduzione al lavoro scientifico e alla ricerca sociale qualitativa, hanno preparato il sondaggio qualitativo presso i familiari delle persone non autosufficienti, eseguendolo con grande impegno.

Abbiamo ricevuto molti input importanti da istituzioni e collaboratrici e collaboratori di servizi che da decenni lavorano in questo settore. Si citeranno qui, a nome di tutti, l'Associazione delle residenze per anziani e la Federazione per il Sociale. Anche le colleghe e i colleghi che hanno compiuto lavoro scientifico sulla tematica del presente rapporto ci hanno assistito. Ovunque abbiamo trovato le porte aperte.

In particolare ci sono stati d'aiuto le collaboratrici e i collaboratori della Provincia di Bolzano, e segnatamente delle ripartizioni Politiche sociali e Salute. Che si trattasse di dati, di basi giuridiche, dell'affidabilità di alcuni valori di riferimento o della prassi di valutazione della non autosufficienza, abbiamo sempre trovato benevolo ascolto. Siamo consapevoli che le nostre richieste di chiarimento saranno parse talvolta ingenui, e di certo anche seccanti. Desideriamo pertanto esprimere esplicitamente il nostro sentito ringraziamento.

Confidiamo di essere riusciti, grazie all'aiuto delle persone e dei servizi sopramenzionati e di molti altri ancora, a fornire un contributo in vista del raggiungimento di un obiettivo comune: condizioni quadro il più possibile ottimali per la cura e l'assistenza delle persone anziane che ne hanno bisogno.

Indice

1. Introduzione	6
2. La situazione di partenza e lo sviluppo demografico	10
3. La struttura dei costi e il relativo sviluppo	14
3.1 Struttura dei costi delle residenze	14
3.2 Costi dell'assegno di cura	16
3.3 Assistenza domiciliare e servizio infermieristico domiciliare	17
3.4 Vari servizi pubblici	17
3.5 La cura informale a casa	18
3.6 Costi opportunità della cura familiare	19
3.7 Panoramica e proiezione	20
4. Il finanziamento della cura: i desideri della popolazione	24
5. Assicurazione di cura	26
6. La situazione dei familiari delle persone non autosufficienti	30
7. Gli aspetti finanziari della cura	38
8. Impulsi internazionali e prospettive per l'Alto Adige	50
8.1 Danimarca	50
8.2 Paesi Bassi	51
8.3 Austria	52
9. Limiti dello studio	54
10. Risultati principali e prospettive	56

1 Introduzione

Grazie a molti fattori quali una migliore nutrizione, migliori condizioni igieniche e naturalmente anche un'assistenza medica nettamente migliore, l'aspettativa di durata media della vita è in aumento. Nemmeno il breve crollo determinato dalla pandemia da Coronavirus è stato in grado di modificare questa tendenza. Fortunatamente sta crescendo anche il numero medio di anni di vita che un essere umano può vivere in buone condizioni di salute. Ciò nonostante, questo sviluppo demografico comporta anche un notevole aumento del fabbisogno di prestazioni di assistenza di vario genere.



Questo sviluppo è oggetto di straordinario interesse nell'ambito della ricerca. Nel solo 2022 ci sono state più di 5000 pubblicazioni scientifiche e un totale di quasi 10.000 articoli generali sul tema della cura degli anziani (v. Clarivate, consultazione maggio 2023). Anche nel caso specifico dell'Alto Adige ci sono una serie di pubblicazioni scientifiche, documentazione statistica e documenti di pianificazione (tra gli altri EURAC 2021; Bernhard et al. 2014; Gudauner 2023; ASTAT 2021; Untermarzonner 2016; OCSE 2017; OCSE 2019), che descrivono in modo esauriente lo status quo. In tale contesto, il presente lavoro si prefigge di elaborare i seguenti aspetti al fine di fornire un quadro complessivo più completo e agevolare pertanto le decisioni a livello politico:

- Dalle fonti disponibili si evince la situazione attuale per quanto riguarda sia la cura domiciliare sia la cura nell'ambito di un ricovero (e i pochi tentativi di transizione tra i due approcci), e ciò sia dal punto di vista quantitativo (beneficiari di assegno di cura, posti letto in struttura, ecc.) sia dal punto di vista monetario, tramite la stima dei costi pubblici e privati per la cura nel suo complesso.

L'aspetto monetario, in particolare, non è stato a tutt'oggi indagato in maniera esauriente, dato che "la cura degli anziani" è giustamente considerata un diritto fondamentale. La conclusione che se ne trae a volte erroneamente è che "non sia opportuno" parlare di soldi in questo contesto. Si tratta di un approccio pericoloso, dato che la cura di qualità elevata – chiunque sia a fornirla – necessita sempre di risorse. Solo tenendo

tempestivamente conto del fatto che occorrono maggiori risorse è possibile fornire e garantire, ora e in futuro, una cura di qualità elevata. A darci un'idea di ciò che accade in caso contrario è in questo momento l'esempio dell'Europa o dello stesso Alto Adige, nel momento in cui un'evidente carenza di personale qualificato fa sì che preziosi posti letto nelle strutture di cura debbano rimanere non occupati.

- Tre sono i fattori importanti per trarre, da questa situazione, scenari per il futuro: a) lo sviluppo demografico, b) lo sviluppo dei principali elementi di spesa per la cura e l'assistenza, e segnatamente i costi del personale, nonché c) lo sviluppo delle strutture sociali e familiari.

Quello demografico è l'elemento più certo, in particolare poiché il numero di persone non autosufficienti dipende in misura irrilevante dall'elemento più incerto dello sviluppo demografico, ovvero la migrazione. La migrazione, d'altro canto, svolge un ruolo importante se ci si interroga sulla grandezza del potenziale futuro di forza lavoro per personale professionale qualificato nell'ambito della cura e dell'assistenza. Il presente lavoro poggia principalmente sulla previsione dello sviluppo demografico quale prospettato dall'archivio dei dati dell'Istituto provinciale di statistica (ASTAT 2023) e dall'archivio dei dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT 2023). Tale previsione è stata integrata da calcoli effettuati internamente al fine di verificare l'affidabilità dei risultati.

È chiaro che ci troviamo già oggi in una situazione di concorrenza per aggiudicarsi personale di cura, sia rispetto ad altri ambiti professionali, sia con altri stati. Oltre ai presupposti qualitativi necessari per aggiudicarsi questa competizione, la scarsità di personale di cura farà inevitabilmente sì che i salari reali (ovvero il salario tenuto conto dell'inflazione) di questo gruppo professionale registreranno un aumento superiore alla media. Non è possibile prevedere con certezza a quanto ammonterà tale aumento. Ci limiteremo pertanto a presentare uno scenario plausibile nonché il relativo effetto sui costi di cura. Lo scenario può essere leggermente modificato e pertanto adeguato agli sviluppi una volta che questi si saranno delineati in modo più chiaro.

- Con circa il 70% della prestazione di cura (come risulta dalla statistica relativa ai beneficiari dell'assegno di cura), i familiari, in parte assistiti da personale ausiliario, fanno la parte del leone. Le dimensioni generalmente sempre più ridotte delle famiglie, l'aumento di famiglie "patchwork" e la dispersione geografica dei domicili dei membri della famiglia fanno sì che, perfino in presenza di buone condizioni quadro, questa percentuale sia destinata a calare. Anche a questo riguardo si è abbozzato, nel presente lavoro, uno scenario di massima.
- Obiettivo di questi elementi di analisi è di fornire una stima del crescente fabbisogno finanziario per l'assistenza e la cura, formale e informale, delle persone anziane.
- Se si intende escludere la possibilità di un significativo peggioramento delle prestazioni di cura, queste risorse devono essere fornite tramite prestazioni di cura, siano esse gratuite o a pagamento. La tipologia di finanziamento - o, per essere più precisi, il mix di finanziamenti - auspicato a livello sociale è, in ultima analisi, un giudizio di valore. Ciò che la popolazione pensa e si auspica in tale contesto non è mai stato finora sottoposto a indagine. Il presente lavoro presenta

pertanto i primi risultati di un sondaggio fatto con un campione della popolazione altoatesina. I risultati consentono perlomeno di incentrare la discussione su una base un po' più ampia di fatti rispetto a quanto avvenuto sinora. I risultati sono da intendersi come impulso per avviare una discussione più approfondita, e non come soluzione al problema delle risorse.

- Un'altra possibilità di finanziamento della cura è un modello assicurativo, che si presta particolarmente bene, considerato che nessuno sa se e in quale misura avrà bisogno di cura. Le assicurazioni, tuttavia, sono prodotti astratti e possono essere organizzate in molti modi diversi. Al fine di sostenere, anche in questo caso, il necessario dibattito in seno alla società, sono stati calcolati e commentati i valori di riferimento per un tale modello (entità delle prestazioni, costi delle polizze, modalità di pagamento, ecc.). I dati forniscono una stima molto robusta (anche in questo caso sono state eseguite analisi della sostenibilità), ma naturalmente non sostituiscono in alcun modo un calcolo effettuato dalle parti in causa, che dovrebbe essere realizzato a titolo di preparazione tecnica nel caso in cui si prendesse prossimamente in considerazione a livello politico un modello assicurativo per un mix di finanziamenti.

- Come già menzionato, la cura da parte dei familiari è il pilastro centrale delle prestazioni di cura in Alto Adige. La letteratura in materia (Batchelder et al. 2019; Grässel et al. 2003; Grässel et al. 2014) sottolinea come le prestazioni di cura comportino un notevole carico psicologico, fisico e anche finanziario per le persone addette (Wilz & Pfeifer 2019). Un sondaggio condotto tra familiari delle persone non autosufficienti intende fornire un'idea della loro situazione di carico, dei fattori che influenzano tale carico e delle misure che gli interessati considerano utili. Un sostegno al pilastro della cura familiare è nell'interesse immediato delle persone non autosufficienti. Si tratta di un chiaro impegno della società nei confronti dei familiari delle persone non autosufficienti, e naturalmente è d'importanza centrale anche per il funzionamento dei sistemi di cura e assistenza. Questa parte mostrerà inoltre che non vi sono "misure generali di sostegno" in grado di coprire tutte le esigenze, ma che occorre un mix che possa essere adeguato alle varie situazioni.

- I fatti raccolti negli ambiti sinora descritti intendono consentire una discussione dando un'idea dei modelli di cura internazionali, da cui si possono segnatamente riprendere elementi di best practices che potrebbero essere adatte alla realtà altoatesina.

In base agli elementi già forniti dalle diverse pubblicazioni in materia e ai fatti aggiuntivi raccolti grazie al presente lavoro andranno quindi elaborate

proposte che possano fornire un contributo a orientare la politica della cura secondo considerazioni strategiche razionali.

Evidentemente il presente lavoro non costituisce il punto finale della discussione scientifica in materia di cura e assistenza in Alto Adige, ma tutt'al più un passaggio intermedio. Si sottolineeranno in particolare quattro punti importanti che non vengono trattati nell'ambito del presente lavoro: un **primo punto** è che manca innanzitutto un rilevamento della situazione e delle esigenze del personale professionale di cura simile a quello che si è tentato di effettuare qui per le cure familiari. Ciò riguarda sia le persone attualmente attive professionalmente nell'ambito della cura sia le prospettive di quanti, per diversi motivi, hanno lasciato la professione di cura nonché le prospettive di quanti (giovani) si trovano a dover decidere se intravedere o meno nel settore della cura il loro futuro professionale.

Il **secondo punto** che manca è da ricondurre al fatto che le analisi si concentrano prevalentemente sul classico sistema bipolare: assistenza da parte della famiglia versus assistenza in una struttura di ricovero. Vi è una vasta letteratura su come evitare o ritardare il fabbisogno di cura (tra cui Claßen et al. 2014; Geyer et al. 2016; Maino & Longo 2021; Paone 2022; Wilz & Pfeiffer 2019); vi sono modelli interessanti che possono essere posizionati a livello di

accompagnamento rispetto ai due poli descritti o come modelli di assistenza autonomi. Quali modelli possano essere interessanti per l'Alto Adige, come si inseriscano in una "filosofia di cura Alto Adige" e quale sia il loro grado di accettazione nella popolazione altoatesina sono quesiti ancora aperti da esaminare sistematicamente a livello scientifico.



Il **terzo punto** riguarda le persone che hanno bisogno di cura e assistenza. Nel presente lavoro non se ne è tenuto conto, e non perché non fossero considerate importanti, ma anzi proprio perché sono talmente importanti che le loro esperienze devono essere indagate separatamente nonché con metodi specifici adatti a loro.

Il **quarto punto** riguarda la fascia d'età presa in considerazione: il lavoro si concentra sul fabbisogno di cura a mano a mano che l'età avanza. Alcuni risultati possono certamente essere trasferiti anche al fabbisogno di cura delle persone giovani, ma l'esigenza sociale in materia di cura, riabilitazione e assistenza è molto più elevata nel caso dei giovani, nonché diversa in termini qualitativi. Anche questo settore richiede un'analisi a sé stante.

Al termine di questa introduzione desideriamo fare un'ultima osservazione concernente lo stile delle considerazioni che seguono. L'obiettivo principale del presente lavoro è di fornire sia alle persone responsabili a livello decisionale sia a tutte e a tutti gli stakeholder un ausilio per il loro

lavoro. In una democrazia è considerato normale che un testo di rilevanza politica debba essere leggibile anche per tutte le cittadine e per tutti i cittadini che desiderano esaminare attentamente la tematica. Ciò comporta diverse conseguenze per il presente lavoro: la lingua deve risultare il più semplice possibile, il testo deve essere non troppo lungo, le fonti e le citazioni devono essere ridotte al minimo. Tutti coloro che desiderano approfondire ulteriormente la materia o capire meglio su quale base poggiano le affermazioni centrali dispongono, online, del relativo materiale integrativo.

Anche per le tabelle e le cifre si è proceduto secondo un principio analogo, con arrotondamento ove possibile. Questo approccio è giustificato, dato che per una discussione di fondo sono rilevanti solo gli ordini di grandezza; si eviterà tuttavia di presumere una falsa precisione, dato che nelle scienze sociali in generale, e naturalmente anche nell'ambito della cura e dell'assistenza, le cifre non sono mai interamente prive di errori.

2 La situazione di partenza e lo sviluppo demografico

Questa parte sarà piuttosto breve dato che molti elementi in essa contenuti sono già noti da altri lavori. Nel 2020, l'Alto Adige aveva una popolazione di 535.000 persone (265.000 uomini e 270.000 donne), di cui quasi il 20% più vecchio di 65 anni e un buon 6% più vecchio di 80 anni. Queste sono le fasce di età in cui subentra frequentemente il fabbisogno di cura per gli anziani (ASTAT 2022).



Di questa popolazione, circa 11.900 persone beneficiano di un assegno di cura e sono assistite a domicilio, mentre circa 4400 sono assistite in strutture residenziali. Altre forme di ricovero non vengono esplicitamente indicate, dato che sinora risultano perlopiù irrilevanti considerato il numero contenuto. Le persone con cure a domicilio rientrano per il 53% nel livello di non autosufficienza 1, per il 30% nel livello di non autosufficienza 2, per il 13% nel livello di non autosufficienza 3 e per il 4% nel livello di non autosufficienza 4. Il livello di non autosufficienza degli occupanti delle strutture residenziali non è attualmente noto, dato che non si effettua più la relativa valutazione e il sussidio provinciale viene liquidato a un'aliquota unitaria. In base ai dati disponibili fino al 2013 si sa che nelle residenze per anziani, come immaginabile, è assistita una percentuale molto più bassa di persone nel livello di non autosufficienza 1 e una percentuale molto più elevata di persone nei livelli di non autosufficienza 3 e 4.

Oltre alle prestazioni di cura da parte delle famiglie e nelle residenze, c'è tutta una serie di servizi dedicati all'assistenza alle persone non autosufficienti. I principali sono l'assistenza domiciliare, il servizio infermieristico domiciliare, l'assistenza diurna, i ricoveri temporanei, l'accompagnamento e assistenza abitativa per anziani, le comunità alloggio e gli alloggi per anziani. Queste prestazioni sono innanzitutto importanti per sgravare il carico delle persone che si occupano in modo informale delle persone non autosufficienti. Grazie al loro apporto aumentano inoltre la qualità della prestazione complessiva di cura; non da ultimo, rappresentano un importante contributo per ritardare notevolmente la cura nel

tempo e far sì che divenga necessaria solo più avanti nell'ambito di un ricovero, soluzione che nessuno si auspica. La loro rilevanza in termini quantitativi è invece attualmente ridotta rispetto alla prestazione di cura fornita dalle famiglie e nelle strutture di ricovero.

Nettamente più significativa è la prestazione di cura da parte del personale ausiliario (i cosiddetti "badanti"), rispetto ai quali tuttavia siamo in possesso di dati solo frammentari. Ciò è dovuto a diverse ragioni: Innanzitutto, la rotazione di questi ausiliari è estremamente rapida; in secondo luogo, non è chiara la percentuale di "aiuti domestici" che vengono impiegati per la cura delle persone

anziane; e in terzo luogo, perfino a livello ufficiale si esprime il sospetto che gran parte degli ausiliari non sia in regola con le assicurazioni sociali. Prendendo come valore approssimativo tutti gli aiuti domestici ufficialmente dichiarati in Alto Adige e supponendo che tutti questi aiuti lavorino nella cura, per il 2020 si hanno 6600 persone (Luca 2020; Barbagallo 2020).

Per una stima delle sfide che l'Alto Adige deve affrontare per la cura e l'assistenza delle persone anziane, bisogna fare una proiezione delle cifre principali sulla base dello sviluppo demografico. Per ogni proiezione si avanzano delle ipotesi di cui occorre tener conto per interpretare correttamente le cifre. La prima ipotesi è quella dello sviluppo demografico, che in ogni caso è molto robusto proprio per la parte superiore della piramide della popolazione: da un lato, infatti, le persone interessate sono già nate e, dall'altro, in queste fasce di età la migrazione risulta, in proporzione, contenuta. La seconda ipotesi è più seria: Presuppone che la probabilità di non essere più autosufficienti in base all'età non vari nel corso del tempo. In caso di importanti cambiamenti nello stile di vita o di grandi progressi medici, o

viceversa in presenza di rischi inattesi come le pandemie, questi valori potrebbero naturalmente cambiare. La terza ipotesi riguarda il luogo e la forma di cura, ovvero se si punta prevalentemente alla cura al domicilio o presso una residenza per anziani o in altre strutture esistenti (come l'assistenza abitativa o presso famiglie che si occupano delle persone non autosufficienti) ovvero in forme ancora in fase di sviluppo. Questa percentuale può variare notevolmente a seguito di cambiamenti socioculturali (per es. la struttura delle famiglie), diverse offerte istituzionali, incentivi materiali ovvero, non da ultimo, i desideri delle persone interessate. In questo senso, quindi, le cifre seguenti sono una proiezione dello status quo. Si presta come base per la discussione a livello politico allo scopo di adottare misure politiche per alleviare o impedire aspetti indesiderati.

La seguente tabella mostra le cifre così ottenute per il 2035 nonché le variazioni percentuali, una volta in una stima probabile (stima mediana), e un'altra in una variante pessimista. Si tratta di una variante che, con il 95% di probabilità, non dovrebbe essere superata.

	A	B	C	D	E
Cura	Anno 2020	2035 stima media	2035 stima pessim.	Variazione dal 2020 rispetto a B in %	Variazione dal 2020 rispetto a C in %
A domicilio, livello di non autosufficienza 1	6.380	8.360	8.906	31	40
A domicilio, livello di non autosufficienza 2	3.927	5.273	5.716	34	46
A domicilio, livello di non autosufficienza 3	1.699	2.258	2.426	33	43
A domicilio, livello di non autosufficienza 4	584	688	730	18	25
In struttura	4.430	6.160	7.259	39	64
Totale	17.028	22.739	25.037	34	47

Tabella 1: Scenari di sviluppo per le persone in cura al domicilio suddiviso per livelli di non autosufficienza e delle persone con ricovero in struttura, situazione aggiornata al 2020, stima probabile per il 2035, stima pessimista per il 2035 e variazioni percentuali rispetto alla situazione di partenza. La cifra per il 2020 include tutte le persone che nel corso dell'anno hanno ricevuto un assegno di cura (almeno per un periodo).

Queste cifre si avvicinano alle percentuali attuali delle persone non autosufficienti per fascia d'età. Nelle previsioni precedenti è risultato che queste percentuali rappresentano un limite massimo, presumibilmente per le condizioni di salute migliori delle coorti successive.

I dati sono però sufficientemente stabili da poter influire sulla proiezione. È tuttavia un dato di fatto che, in caso di persistenza di questo sviluppo, le sfide sociali risultanti dal cambiamento demografico potrebbero essere attenuate.

Un secondo punto importante per l'interpretazione delle cifre è che presuppongono che il sistema attuale rimanga perlopiù invariato. Ciò riguarda in particolare il numero di persone stimate per le strutture residenziali. Questa cifra non significa che sono necessari altrettanti posti letto. Al contrario, la cifra di 6160 posti letto significa che: se non ci occupiamo della questione con adeguate politiche sociali e sanitarie, bisognerà fare i conti con questo fabbisogno di posti nelle residenze. In questo senso la cifra è un invito a far sì che - grazie al sostegno della cura familiare, a ulteriori servizi di cure ambulatoriali e ad altre forme di assistenza preventive al ricovero (parziale), quale ad esempio l'assistenza abitativa - il numero di posti letto necessario nelle residenze sia nettamente inferiore. Si tratta di misure assolutamente necessarie già solo per questioni di costo e per

i lunghi tempi di realizzazione delle strutture di ricovero. Il motivo principale, tuttavia, è che in questo modo è possibile influire positivamente sulla qualità di vita delle persone non autosufficienti. Si sottolinea ancora una volta: le cifre indicano in che direzione può muoversi lo sviluppo in assenza di interventi, ma non si prestano in alcun modo a fungere da base per la pianificazione quantitativa delle infrastrutture da creare.

Le cifre, compresa la variante centrale da cui prendiamo spunto di seguito, chiariscono la dimensione del problema: nel complesso, avranno probabilmente bisogno di cura e assistenza circa 5700 persone anziane in più di oggi, pari a un aumento del 33%. Mantenendo il rapporto attuale tra cura a domicilio e cura in una residenza per anziani, occorrono circa 1700 posti letto aggiuntivi (ovvero 115 posti letti in più ogni anno). La sfida forse più grande è che occorreranno dal 30% al 40% in più di persone disposte a fornire tale cura. Questo riguarda sia la cura familiare, sia il personale ausiliario nelle famiglie e i professionisti che offrono cura nell'ambito delle residenze per anziani, del servizio infermieristico domiciliare o dell'assistenza domiciliare. Per farsi un'idea della sfida che ciò rappresenta a livello di personale, bisogna considerare che nelle strutture assistenziali si ha ad esempio un rapporto pari quasi a

1:1, ovvero una persona a tempo pieno per ogni posto di cura. Ciò significa che ogni anno bisogna sostituire il personale uscente e acquisire ulteriori 120 persone addette al servizio di cura nelle strutture. Considerato che questo problema si acuisce a seguito della nuova visione delle persone circa il work-life-balance, questa valutazione sarà ulteriormente ripreso nella sintesi dei risultati. È prevedibile che un tale fabbisogno sarà coperto in parte mediante altre forme di assistenza ambulatoriali e di ricovero. Che tali forme permettano di sgravare il carico nelle infrastrutture o relativamente al fabbisogno di personale deve essere esaminato singolarmente per ogni nuova forma di prestazioni di cura. Da questa breve illustrazione emerge che il fabbisogno di cura non è esclusivamente, e di certo nemmeno prevalentemente, un problema di finanziamento. Più importanti ancora sono gli aspetti organizzativi, la formazione del personale, i sostegni a quanti si occupano in modo informale delle persone non autosufficienti e la rivalutazione sociale dei mestieri sociali e legati alla cura. Tuttavia, ogni tipo di iniziativa strategica necessita anche di denaro. Il capitolo successivo si occupa pertanto in maniera un po' più approfondita di questo aspetto.

CONCLUSIONI

- Considerando anche solo lo sviluppo demografico, fino al 2035 il numero di persone non autosufficienti aumenterà presumibilmente di 5700 persone, ovvero del 33%.
- In base al criterio attuale di cura e assistenza a domicilio e in una residenza per anziani, occorrerebbero quindi ulteriori 1700 posti letto (pari a 115 posti all'anno).
- È importante sviluppare offerte di cura e assistenza innovative per fare in modo che questa domanda di posti letto in residenze per anziani diminuisca notevolmente.
- Anche la quantità di persone addette alle cure dovrebbe aumentare in misura almeno proporzionale a questa percentuale (33%). Per la cura professionale ciò significa che quest'anno, oltre alla rotazione di personale legata all'età, occorre trovare altre 120 collaboratrici e collaboratori addette/i alla cura delle persone non autosufficienti.



3 La struttura dei costi e il relativo sviluppo

Sebbene la cura svolga un ruolo importante anche a livello di economia politica, attualmente non abbiamo a disposizione un quadro d'insieme affidabile, e anche il presente lavoro può riassumere nella sintesi gli aspetti più rilevanti solo in forma parziale. Questo problema va ricondotto ad una serie di cause.

Gli attori presenti in questo settore sono infatti molto eterogenei, proprio come le modalità di finanziamento. Gli attori principali afferenti al settore pubblico sono il Dipartimento Sociale, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e le comunità comprensoriali. Devono poi essere menzionati gli interessati e le famiglie, e, in caso di necessità, i comuni. A questi si aggiungono, con tematiche intersettoriali, i diversi organi delle strutture di cura e altri servizi sociali.

Va da sé che proprio per quanto riguarda gli oneri finanziari e i costi opportunità – ovvero il mancato guadagno dovuto alla cura, ad esempio perché si lavora solo a metà tempo o perché non si può affatto esercitare una professione – delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, non vi è una panoramica completa della situazione. Eppure questi elementi di natura finanziaria vanno considerati, se si intende fare una stima delle risorse necessarie. Per fornire un quadro più chiaro della situazione, limiteremo le nostre analisi ai costi delle strutture di cura, all'assegno di cura, all'assistenza domiciliare e al servizio infermieristico domiciliare, nonché ad una stima di massima dei costi per gli aiuti domestici alla cura e il costo opportunità della cura informale.



3.1 Struttura dei costi delle residenze

La struttura dei costi delle residenze per anziani è stata rilevata sulla base dei bilanci pubblicati da 18 organizzazioni che gestiscono complessivamente 22 residenze. In alcuni punti i bilanci non sono molto dettagliati; sono stati pertanto integrati con altre fonti, in particolare per quanto riguarda la struttura delle entrate.

Per agevolare la leggibilità, i valori ponderati con il rispettivo numero di posti letto sono stati riportati alla fine come costi per posto in casa di cura. Tali costi possono quindi essere facilmente proiettati fino al 2035 con gli scenari calcolati nel capitolo precedente.

I valori dei bilanci richiedono inoltre un aggiustamento, in particolare per quanto riguarda gli ammortamenti. Come avviene spesso in ambito pubblico e nel settore non-profit, i costi di investimento vengono in parte conteggiati direttamente con le sovvenzioni della mano pubblica, cosicché solo una frazione degli investimenti viene effettivamente ammortizzata. Nella fattispecie si è quindi proceduto a una stima di massima dei costi effettivi e non degli ammortamenti registrati a livello contabile o fiscale. Si è in particolare ipotizzata una somma complessiva di investimenti pari a € 200.000 per ogni letto, composta da € 140.000 per la parte di realizzazione materiale e da € 60.000 per l'inventario. A tale riguardo si osserverà che si tratta di importi riferiti al 2020. Dal 2020 a oggi (2023), i prezzi in Alto Adige sono aumentati di più del 17%. I costi del settore edile e della relativa filiera sono a loro volta aumentati in modo ancora più cospicuo. Dato che tutti gli importi monetari si riferiscono al 2020, abbiamo rinunciato ad adeguarli. Si tratta di un'opzione giustificabile dato che, come mostra la tabella seguente, gli ammortamenti ammontano solo a circa € 10.000. Una sottovalutazione di questa voce non risulta pertanto gravare sui costi complessivi. La durata dell'ammortamento ipotizzata è stata di 30 anni per la parte edilizia, e di 10 anni per gli arredi. Quest'ultima, tuttavia, è troppo lunga considerata la dotazione medica dei letti destinati alle persone non autosufficienti. Applicando questo approccio, i valori risultanti sono i seguenti:

Costi	Costi di investimento per letto 2020	Durata ammortamento in anni	Ammortamenti all'anno
Costi totali	€ 200.000		
di cui per l'edilizia	€ 140.000	30	€ 4.667
di cui per gli arredi	€ 60.000	10	€ 6.000
Somma	€ 200.000		€ 10.667

Tabella 2: Costi d'investimento ipotizzati, durata dell'ammortamento e risultanti ammortamenti annuali per usura.

La tabella seguente riporta i valori di bilancio per ogni letto nella forma modificata:

Costi	Costi/letto	Entrate	Entrate/letto
Costi personale	€ 44.924	Diaria	€ 19.710
Materie prime, materie ausiliarie e materie d'esercizio	€ 3.205	Assegno di cura	€ 21.600
Servizi di terzi	€ 6.031	Rimborso Az. San.	€ 10.429
Locazioni, noleggio, leasing	€ 142	Sovvenzioni agli investimenti	€ 2.556
Ammortamenti	€ 10.667	altre sovvenzioni	€ 2.743
Altri costi	€ 506		
totale	€ 65.475		€ 57.038

Tabella 3: Conto profitti e perdite per ogni letto nelle residenze di cura, completato da ulteriori informazioni quali pagamenti da parte della Provincia o ammortamenti risultanti dai calcoli.

Il valore centrale da prendere in considerazione per la stima dell'andamento dei costi sono i costi per

posto letto e anno, pari a più di € 65.000. Tranne per la diaria di € 19.710, questo importo è attualmente sostenuto dalla mano pubblica. La differenza di quasi € 45.000 costituisce il costo della mano pubblica per il ricovero di una persona in una residenza. Naturalmente nel caso di una persona che continua a ricevere cura a domicilio vi sono comunque da sostenere l'assegno di cura e anche una parte delle prestazioni mediche, per cui rimane una differenza di circa € 15.000 per i servizi supplementari.

Da un punto di vista puramente economico, ciò significa che per forme alternative di assistenza a sostituzione del ricovero in una struttura può essere versato un importo di € 45.000 compreso l'assegno di cura e i costi per l'assistenza medica senza che vengano generati costi ulteriori. Si tratta di un dato a cui far riferimento, dato che nel dibattito pubblico si guardano spesso solo i costi delle nuove offerte senza tener conto dei possibili risparmi che si potrebbero conseguire. Un'analoga visione inclusiva è invece necessaria per dotare un sistema completo di cura di una base moderna.

3.2 Costi dell'assegno di cura

I costi dell'assegno di cura risultano dal numero di beneficiari moltiplicato per le relative aliquote differenziate in base al livello di non autosufficienza. Vi sono cifre precise per quanto riguarda gli assegni di cura versati, suddivisi per livello di non autosufficienza e mese. Nella fattispecie ci rifacciamo tuttavia a valori medi, più che sufficienti per la finalità qui perseguita di una stima delle variazioni di spesa tenuto conto della demografia, dell'aumento dei salari reali e dei maggiori aumenti salariali previsti per le professioni di cura, considerata sia la concorrenza per aggiudicarsi personale rispetto ad altre professioni, sia la concorrenza per aggiudicarsi personale di cura rispetto agli altri paesi europei.

Prendendo le cifre della tabella 1 e moltiplicandole per le aliquote dell'assegno di cura e per 12 (per i 12 mesi) al fine di rilevarle su base annuale, risultano le cifre seguenti:

Cura	Persone	Assegno di cura per persona e mese	Assegno di cura per persona e anno	Entrate complessive all'anno
A domicilio, livello di non autosufficienza 1	6.380	€ 555	€ 6.660	€ 42.490.800
A domicilio, livello di non autosufficienza 2	3.927	€ 900	€ 10.800	€ 42.411.600
A domicilio, livello di non autosufficienza 3	1.699	€ 1.350	€ 16.200	€ 27.523.800
A domicilio, livello di non autosufficienza 4	584	€ 1.800	€ 21.600	€ 12.614.400
In struttura	4.430	€ 1.800	€ 21.600	€ 95.688.000
Totale	17.028			€ 220.728.600

Tabella 4: Assegno di cura 2020 in base ai livelli di non autosufficienza e assegno di cura alle residenze (l'importo di € 1800 per le residenze è un'approssimazione di massima, vedi paragrafo seguente).

La somma arrotondata a 221 milioni di euro si discosta dalla somma riportata nei vari resoconti e pari a circa 245 milioni di euro. Il motivo è da ricondurre ai costi per le residenze che nel 2020 sono aumentati a causa di ratei e risconti, contributi per letti "vuoti" e una sovvenzione speciale alle strutture per compensare l'aumento dei costi adeguando il contratto intercompartimentale che disciplina la struttura retributiva nel settore della cura e dell'assistenza. Spostando questi costi sui letti occupati, si arriva a un importo di € 2.200. Si tratta in ogni caso in parte di indennizzi una tantum, ragione per cui non li abbiamo inclusi nella tabella 4.

Per la proiezione dei costi per il 2035 vengono prese in considerazione, per la cura a domicilio, le cifre qui riprodotte, mentre la proiezione per i residenti delle strutture avviene sulla base dei dati di bilancio, dato che questi sono meno interessati dalle imprecisioni menzionate sopra.

3.3 Assistenza domiciliare e servizio infermieristico domiciliare

In confronto ai costi delle strutture e dell'assegno di cura per la cura a domicilio, le voci qui riportate sono in proporzione ridotte, in particolare dato che il ticket a carico delle persone non autosufficienti è solo in parte da finanziare pubblicamente. Gli importi sono pur tuttavia non trascurabili.

I servizi di assistenza domiciliare offrono consulenza, prevenzione e assistenza a domicilio presso le persone assistite e nei centri diurni. Comprendono la cura di base (cura personale, vestizione, lavaggio della biancheria, ecc.), l'aiuto con i lavori domestici, misure di attivazione e pasti a domicilio (Amministrazione provinciale 2022). L'assistenza domiciliare è garantita dai distretti sociali (delle comunità comprensoriali) e dall'Azienda Servizi Sociali nonché da 22 istituzioni per un totale di 311 dipendenti che complessivamente forniscono più di 300.000 ore di cura. La sovvenzione della mano pubblica per questa prestazione ammonta a circa 9,5 milioni di euro all'anno. Oltre alla cura

domiciliare da parte dei distretti sociali, l'Azienda sanitaria offre il servizio infermieristico domiciliare, grazie al quale personale qualificato cura e tratta le persone con problemi di salute o nel loro stesso ambiente abitativo o nei distretti sanitari.

Le finalità del servizio di assistenza sono la cura all'interno dell'ambiente abitativo, l'aiuto alle pazienti e ai pazienti dopo le dimissioni dall'ospedale, l'assistenza a pazienti palliativi e l'assicurazione di un'assistenza ambulatoriale ottimale. Il servizio è gratuito ed è offerto dai comprensori sanitari locali (Azienda sanitaria dell'Alto Adige 2022).

Nel 2020, circa 2300 pazienti sono stati assistiti nell'ambito della cura domiciliare programmata e integrata con più di 16.000 visite a domicilio. I relativi costi del personale sostenuti ammontano a circa 18 milioni di euro. In questo importo non sono compresi né le spese di viaggio né i costi per il materiale impiegato.

3.4 Vari servizi pubblici

Oltre alle offerte presentate fin qui, ci sono ancora tutta una serie di servizi importanti che tuttavia, per motivi comprensibili, sono solo in parte registrati separatamente a livello contabile. Ciò è dovuto a due fattori: Da un lato, molte prestazioni sono fornite da strutture o altre istituzioni che non sono in grado di riportare le prestazioni specifiche con un onere giustificabile separatamente, e dall'altro abbiamo la fortuna che prestazioni di rilievo vengano fornite dalla società civile su base volontaria. Si menzioneranno tuttavia qui brevemente i servizi, da un lato perché a medio termine potrebbero assumere un ruolo nettamente più significativo, e dall'altro perché vogliamo evitare di dare automaticamente per scontato che l'enorme volume di lavoro su base volontaria continuerà a essere disponibile anche in futuro in questa proporzione. Gli elementi principali in questo contesto sono i seguenti:

- Attualmente esistono 208 posti per ricoveri temporanei nelle strutture esistenti. Questo servizio assume rilievo in relazione al carico di lavoro percepito dai familiari delle persone non autosufficienti e alla questione di come possa essere ridotto.
- Per un fabbisogno di cura limitato nel tempo, 13 istituzioni offrono 157 posti con costi pari a quasi 2 milioni di euro.

- Ogni anno, circa 2900 persone ricevono quasi 400.000 pasti grazie al servizio "Pasti a domicilio", a cui si aggiungono 11 mense per anziani con un totale di 463 posti.

Non inclusi in questo elenco, ma altrettanto importanti, sono 20 sportelli unici per l'assistenza e la cura, il cui compito è di garantire una consulenza complessiva e un'assistenza amministrativa alle persone non autosufficienti e al loro ambiente.

3.5 La cura informale a casa

Si tratta di una componente essenziale dell'assistenza delle persone non autosufficienti. Tuttavia, al riguardo vi sono pochissime informazioni affidabili, e questo per diversi motivi. Perfino il Ministero della Salute stima che il 60% del personale ausiliario addetto alla cura non sia regolarmente assunto (Barbagallo 2020). L'Osservatorio nazionale DOMINA sul Lavoro domestico (Luca 2020) indica per l'Alto Adige 4463 lavoratori domestici (senza distinzione tra lavoratori regolari o irregolari), il Ministero riporta 2900 lavoratori regolari e 4360 lavoratori irregolari, per un totale di 7260 persone in questo settore d'attività. La proiezione in ogni caso con una quota forfettaria presunta del 60% di rapporti di lavoro irregolari non è realmente affidabile.

Rispetto alla situazione in Alto Adige vi sono dati specifici grazie a uno studio dell'ASTAT relativo al 2013 (Bernhard et al. 2014). Da una proiezione del fabbisogno di cura e assistenza rilevato al tempo considerata la situazione demografica attuale, si ottiene una cifra di 5500 lavoratori addetti alla cura (Gudauner 2023). Di seguito ci basiamo pertanto su questa stima molto prudente. Naturalmente, con una base simile, anche i costi per questa parte del servizio di cura e assistenza risultano molto imprecisi. Osservando le cifre dell'Osservatorio DOMINA, che per la regione Trentino-Alto Adige riportano costi per 117 milioni di euro (salari, oneri salariali, TFR), si giunge a costi mensili pari a circa € 2100 per persona non autosufficiente. Nel caso dell'Alto Adige, dalla stima risultano quindi $2100 \times 12 \times 5500 = 145$ milioni di euro. Per farsi un'idea dell'ordine di grandezza: è una cifra maggiore del totale degli assegni di cura versati per la cura a domicilio.



3.6 Costi opportunità della cura familiare

I costi opportunità in questo contesto sono i costi che il sistema sanitario e sociale pubblico evita considerato che sono i familiari a fornire gran parte della cura. Naturalmente questa voce non genera spese dirette, e comprensibilmente la maggior parte delle persone preferisce questo tipo di cura relazionale da parte dei familiari rispetto alla cura a pagamento. Sarebbe però un errore non tenere conto di questi costi, dato che questa componente viene di per sé già ignorata volentieri a livello economico. Inoltre, i costi opportunità forniscono almeno una prima indicazione sui costi attesi nel caso in cui questa colonna portante della cura dovesse indebolirsi considerevolmente.

Anche convenendo che la cura familiare va presa in considerazione, ci sono due aspetti da chiarire: di quale mole di lavoro (in termini di ore) si sta parlando, e con quale costo orario lordo deve essere valutata? In questo caso si sceglie un

approccio prudente, che sicuramente sottovaluta ampiamente il valore di questo lavoro.

Nella valutazione per la definizione dell'assegno di cura, ogni livello viene abbinato a una stima del fabbisogno di cura in ore (per es. 60-120 ore al mese per il livello 1); prendendo il valore medio di ogni livello di non autosufficienza e assegnando al livello di non autosufficienza 4 un volume pari a 300 ore, si ottiene un primo valore approssimativo delle ore. Questo valore tuttavia è troppo basso, dato che le ore rappresentano solo il fabbisogno di cura e in nessun caso anche il fabbisogno di assistenza delle persone non autosufficienti. Questa differenza si aggrava in particolare in presenza di malattie psichiche o di demenza senile.

Prendendo per queste ore un valore minimo di monetizzazione di € 15 all'ora, ne risultano i valori esposti nella tabella seguente.

Cura	Persone assistite	Fabbisogno di cura per persona in media: ore/mese	Ore totali all'anno	Costi all'anno (per 15€/ora)
A domicilio, livello di non autosufficienza 1	6.380	90	6.890.400	€ 103.356.000
A domicilio, livello di non autosufficienza 2	3.927	150	7.068.600	€ 106.029.000
A domicilio, livello di non autosufficienza 3	1.699	210	4.281.480	€ 64.222.200
A domicilio, livello di non autosufficienza 4	584	300	2.102.400	€ 31.536.000
Totale	12.590		20.342.880	€ 305.143.200

Tabella 5: Valutazione della cura al domicilio in denaro (limite minimo assoluto), persone assistite, ore a persona e mese, ore complessive all'anno, costi all'anno a un costo orario lordo di € 15. Per il fabbisogno di cura mensile di una persona è stato definito di volta in volta un valore medio.

In base a questo calcolo, le prestazioni di cura al domicilio ammontano almeno a un valore di 305 milioni di euro. Tale somma viene fornita dal personale ausiliario addetto alla cura e dai familiari. Nel capitolo 3.5, sono stati stimati costi per il personale ausiliario addetto alla cura per 145 milioni di euro. Per la cura familiare si ha quindi un valore di 305 milioni di euro meno 145 milioni di euro, ovvero pari a 160 milioni di euro. La somma sottovaluta di sicuro ampiamente il valore effettivo per le ragioni già esposte. Viene tuttavia impiegata dato che non vi sono dati migliori a disposizione e che questo intervento non può in nessun caso essere tralasciato, anche perché potrebbe in futuro subire pressioni a seguito di cambiamenti sociali.

Sintesi dei valori di riferimento:

- I costi di un posto letto in struttura ammontano attorno a € 65.000, di cui € 45.000 circa attualmente a carico della mano pubblica.
- Sempre a circa € 45.000 (per ogni posto letto) ammontano i costi del personale nelle strutture, che nei prossimi anni sono destinati ad aumentare in proporzione eccessiva.
- I costi per l'assegno di cura ammontano a circa 220 milioni di euro, di cui 125 milioni di euro per la cura a domicilio.
- Questa cifra non copre nemmeno i costi per il personale ausiliario, che secondo una stima approssimativa dovrebbero aggirarsi attorno ai 145 milioni di euro.
- Una stima estremamente approssimativa e prudente della prestazione di cura familiare raggiunge un valore di 160 milioni di euro (costi opportunità).

Questo è perlomeno un quadro approssimativo dei principali costi di cura per le persone anziane in Alto Adige. Il prossimo capitolo riassume le voci esposte in un quadro d'insieme ed effettua una proiezione fino al 2035 tenendo conto di diversi scenari.

3.7 Panoramica e proiezione

Per la proiezione si utilizzano tre scenari: Nel primo scenario si tiene conto esclusivamente dello sviluppo demografico. A tal fine si ricorre ai dati esposti nel Capitolo 2 / Tabella 1, e segnatamente solo allo scenario mediano (ovvero quello più prudente e vicino a una soglia minima di costi). Nel secondo scenario si parte dal presupposto che le componenti di spesa, che comprendono principalmente la spesa per il lavoro, aumenteranno con una crescita media dei salari reali dell'1% all'anno (ovvero tasso d'inflazione più un punto percentuale). Infine, nel terzo scenario si tiene conto della fattispecie che si sta delineando, ovvero che in tutta Europa ci sarà un'enorme concorrenza per aggiudicarsi personale addetto alla cura. Supponiamo che ciò possa comportare un'ulteriore crescita annuale di due punti percentuali. Nel complesso, nell'interpretazione dei dati si terrà conto del fatto che tutte le cifre sono calcolate secondo il potere d'acquisto del 2020, e l'inflazione non è quindi presa in considerazione. Si tratta di una scelta giustificabile dato che anche le principali entrate della mano pubblica aumentano con l'inflazione (anche se con un ritardo di 1-1,5 anni), per cui la relazione entrate-uscite rimane in qualche modo stabile.

Le cifre vanno tuttavia interpretate con cautela, dato che contengono una serie di ipotesi che non si verificheranno esattamente in questo modo né dovranno verificarsi esattamente in questo modo e per molti punti devono essere oggetto di decisioni politiche. I punti da prendere in considerazione in modo specifico vengono affrontati durante l'interpretazione delle cifre. Sono elencati di seguito i punti principali di cui tenere conto per la lettura della tabella 6 nel suo complesso:

- La tabella non indica come saranno le cose, e tantomeno come dovrebbero essere. Si limita a estrapolare ciò che accadrebbe se la società ignorasse semplicemente i cambiamenti prevedibili. L'obiettivo è pertanto di suggerire misure in grado di guidare lo sviluppo nella direzione desiderata dalla società.

- Naturalmente l'estrapolazione della demografia è legata a determinate incertezze, che sono tuttavia gestibili. Meno certo è se le condizioni di salute della popolazione e pertanto il fabbisogno di cura possano essere registrati in questo modo.
- I dati poggiano inoltre sull'ipotesi che la percentuale di cura presso il domicilio rimanga costante. Si tratta di una variante molto ottimista, dato che questa percentuale è tendenzialmente destinata a diminuire tenuto conto di cambiamenti sociali quali famiglie più piccole, nuove strutture familiari, una dispersione geografica nettamente maggiore dei membri della famiglia e una quota di attività professionale nettamente più elevata delle donne.

Di tutti questi fattori si deve tener conto nell'interpretazione delle cifre. Nonostante questa approssimazione, i risultati mostrano chiaramente dove vi è bisogno di intervenire e quali approcci esistono per l'organizzazione dell'intero settore della cura e dell'assistenza.

Tipologia	Costi	Importo in mio. 2020	Crescita fino al 2035 in %	Valore 2035 scenario 1	Variazione scenario 1	Valore 2035 scenario 2	Variazione scenario 2	Valore 2035 scenario 3	Variazione scenario 3
Strutture									
	Personale	202	39	280	79	325	123	436	234
	Materie prime*	14	39	20	6	20	6	20	6
	Servizi	27	39	38	11	44	17	44	17
	Altro	3	39	4	1	4	1	4	1
	Ammortamenti	48	30	62	14	62	14	62	14
	Somma 1	294		404	110	455	161	566	272
	di cui privati	88		122	33	136	48	170	82
	di cui pubblico	205		283	77	318	113	396	190
Cura a domicilio									
	Livello 1	42	31	55	13	64	22	86	44
	Livello 2	42	34	56	14	65	23	87	45
	Livello 3	27	33	36	9	42	15	56	29
	Livello 4	12	18	14	2	16	4	22	10
	Somma 2	123		161	38	187	64	251	128
Assistenza domiciliare+servizio infermieristico domiciliare		28	32	37	9	43	15	58	30
Ausiliari		145	32	191	46	222	77	298	153
Costi opportunità		160	32	211	51	245	85	245	85
	Somma 3	333		439	106	510	177	600	267
Somma totale		750		1005	255	1152	402	1417	667

Tabella 6: Costi di cura fino al 2035 in 3 scenari sulla base della stima mediana per lo sviluppo demografico (materie prime* = materie prime, materie ausiliarie e materie d'esercizio)

Alcuni punti saltano immediatamente all'occhio in relazione al 2020:

- In molti casi si ha l'impressione che i costi della mano pubblica siano uguali alla somma dell'assegno di cura per la cura a domicilio e presso le strutture, ovvero pari a circa 245 milioni di euro. Prendendo dalla tabella le sovvenzioni pubbliche per le strutture, l'assegno di cura per la cura familiare e l'assistenza domiciliare o il servizio infermieristico domiciliare, ne risulta un importo pari a 356 milioni di euro. La differenza è dovuta alle spese non prese in considerazione nel dibattito pubblico (come la cura domiciliare), agli indennizzi una tantum alle strutture (letti vuoti, contratto collettivo) e in particolare alle sovvenzioni di cui non si tiene conto negli ammortamenti per investimenti e interventi di manutenzione straordinaria.

- Questa somma dev'essere letta, anche in vista del prossimo capitolo, in relazione all'importo sostenuto dalle persone interessate, dalle loro famiglie o, in rari casi, dai comuni. Tale somma risulta approssimativamente dalla differenza tra i costi complessivi pari a circa 750 milioni di euro e la percentuale pubblica pari a 356 milioni di euro (750-356=394). Si ricorderà qui ancora una volta che questo importo è nettamente sottostimato soprattutto tenuto conto delle ipotesi nel calcolo dei costi opportunità.

- Dal punto di vista della mano pubblica si vede quanto sia "efficiente in termini di costi" la cura a domicilio. Alla spesa pubblica per la cura nelle strutture (205 milioni) si contrappone un importo di 151 milioni per l'assegno di cura e l'assistenza domiciliare. Rispetto ai circa 4500 posti letto in struttura vi sono in ogni caso 12.500 persone che ricevono cure a domicilio. Questo dà un'idea della spesa economica da gestire per sostenere la cura a domicilio, senza tenere conto della qualità di vita solitamente nettamente superiore per le persone non autosufficienti. Indipendentemente da ciò, è chiaro che ci saranno sempre più persone che non potranno ricevere una cura a regola d'arte né a domicilio né con altre forme di assistenza (per es. assistenza abitativa) e che dovranno necessariamente cercare un posto in struttura.

Passiamo allo **scenario 1**, che tenta di fare una stima della situazione per il 2035 tenendo conto esclusivamente dello sviluppo demografico. Innanzitutto si nota che i costi complessivi dal 2020 aumentano di 255 milioni di euro nei prezzi finali. Per la mano pubblica risulta un aumento di 124 milioni di euro. (Questo coincide con le stime dell'EURAC, riportate nel Piano sociale provinciale 2030, Gudauner 2023). In questo scenario, non è ancora la componente finanziaria il problema principale, bensì la disponibilità di persone che si possano occupare della cura. L'incremento del 32% significa il 32% in più di personale nelle strutture, il 32% in più di ausiliari alla cura a domicilio nonché il 32% in più di prestazione di cura da parte dei familiari. Mentre quest'ultima è fortemente influenzata da sviluppi sociali e culturali – sebbene non si possa sottovalutare il cambiamento delle condizioni quadro economiche –, il numero di persone disposte a dedicarsi professionalmente alla cura dipende anche dalle condizioni di lavoro e pertanto dalla retribuzione.

Nello **scenario 2** si presenta un modello della componente di base dei costi per i salari e le retribuzioni che presuppone che i salari reali a lungo termine crescano di pari passo rispetto alla produttività del lavoro. La produttività del lavoro aumenta in linea di massima di circa l'1% all'anno, per cui nell'arco dei 15 anni dal 2020 al 2035 risulta un aumento del 16%. Le cifre di per sé sono solide, ma si pone il quesito di come suddividere i costi tra i singoli attori. Una possibilità è data dall'eventualità di tenere realmente costante la spesa pubblica. Ciò significherebbe che le strutture dovrebbero compensare i costi più elevati aumentando la diaria del ricovero o tramite altre entrate. Qualsiasi aumento della retribuzione che superi l'inflazione – com'è da attendersi considerata la carenza di personale nel settore della cura – dev'essere sostenuto, in questo modello, interamente dalle persone anziane interessate e dalle loro famiglie. Si tratta naturalmente di uno scenario estremo che, anche a livello giuridico, non può essere attuato senza conseguenze. Le spese per le prestazioni sanitarie alle strutture sono ampiamente soggette, al pari della fornitura di prestazioni da parte del servizio infermieristico domiciliare, alla legislazione nazionale. Ciò che è chiaro è che, nel 2035, per uno scenario con prezzi del 2020, risultano circa 400 milioni in più tra spese effettive e costi opportunità da sostenere rispetto a oggi.

Lo **scenario 3** è quello "più speculativo" dei tre, anche se gli indizi su cui poggia sono già chiaramente riconoscibili. Si profila infatti sin d'ora una forte concorrenza a livello europeo per aggiudicarsi personale

di cura e assistenza con qualsiasi tipo di qualifica. Ciò significa inevitabilmente, da un lato che i salari del personale di cura e assistenza aumenteranno molto di più del livello medio dei salari, e dall'altro che occorre creare condizioni di lavoro che vadano incontro alle esigenze del personale di cura e assistenza.

Che si tratti di orari di lavoro ridotti, di ulteriori giorni di ferie o di maggiori possibilità di perfezionamento professionale è ancora difficile da dire, oggi come oggi. Probabilmente a definire le condizioni di lavoro future sarà un mix di questi approcci combinato sicuramente ad altre misure ancora. In termini di contenuti, relativamente allo sviluppo dei costi ciò significa che questi saranno determinati da una parte monetaria e da una parte relativa alla qualità del posto di lavoro. L'ulteriore incremento (oltre all'incremento del salario reale medio) è stato ipotizzato pari al 2% annuo, per un totale del 3%. Si tratta di una stima molto approssimativa, per cui le cifre che ne risultano devono essere interpretate più come "voce per memoria" che come previsione affidabile. I principali risultati di questo scenario sono costi annuali aggiuntivi pari a circa 667 milioni rispetto allo status quo. I soli costi aggiuntivi stimati per il personale nelle strutture sono pari a 230 milioni. Lo scenario mostra solo lo sviluppo dei costi delle singole voci. Come già menzionato per lo scenario precedente, resta da stabilire quanto di questa cifra vada a carico della mano pubblica, questione che può essere chiarita solo a livello politico.

Riassumendo i risultati principali di questa proiezione, si giunge ai punti seguenti:

- Le risorse impiegate già oggi per la cura delle persone anziane (non sono state prese in considerazione tutte le altre persone non autosufficienti) sono pari a 750 milioni di euro. Rappresentano pertanto un multiplo della spesa per l'assegno di cura.
- La demografia e il prevedibile incremento dei salari reali (scenario 2) portano questo importo a 1 miliardo e 152 milioni di euro, aumentandolo di 402 milioni di euro. Di fatto non tutto l'incremento può essere sostenuto dalla mano pubblica, ma è questo l'ammontare che la società altoatesina deve attendersi.
- Questa somma totale rappresenta complessivamente un importo che non può essere coperto semplicemente con il bilancio provinciale o con il budget di bilancio delle famiglie. Per gestirlo occorre una strategia ben pensata.
- Appare evidente che i posti letto in struttura costituiscono di gran lunga la forma più costosa di cura. Ciò significa che si possono impiegare notevoli risorse finanziarie per organizzare forme di cura alternative in grado di ritardare un'assistenza in struttura e realizzare al contempo una cura di qualità elevata a un costo più vantaggioso.
- Tenuto conto delle somme che si profilano, occorre avviare un discorso politico circa la modalità di suddivisione degli oneri tra la mano pubblica e le famiglie, ma anche tra le famiglie con diverse possibilità economiche. Questa discussione va introdotta tempestivamente basandosi sui fatti, prima che la dinamica dei costi prenda il sopravvento e costringa a riparare verso soluzioni d'emergenza difficili a livello di politica sociale e sanitaria.

Il presente rapporto indica come prioritari i necessari mezzi finanziari, che costituiscono tuttavia solo la base per una cura di qualità elevata. L'organizzazione e il sostegno delle persone addette a fornire cura e assistenza è la sfida nettamente più grande, ma sarà leggermente più facile da affrontare se ci sono le necessarie risorse finanziarie a disposizione. Sotto questa luce, nel prossimo capitolo si riporta, sulla base di un sondaggio, come le cittadine e i cittadini si immaginano il finanziamento della cura e quali modelli finanziari potrebbero essere in grado di ottenere la maggioranza.

4 Il finanziamento della cura: i desideri della popolazione

Le dichiarazioni seguenti poggiano su un sondaggio online con un campione di dimensione n=390 persone della popolazione altoatesina (non un campione completamente casuale) eseguito nel mese di dicembre 2022 (esecuzione tecnica del sondaggio: RCM-Solutions srl di Terento/Alto Adige). Il sondaggio si riferiva alla stima del fabbisogno di cura e del fabbisogno finanziario, al mix prediletto tra finanziamenti pubblici e privati nonché alle diverse modalità di pagamento per la quota privata del finanziamento. I risultati principali possono essere riassunti come segue:



Il problema “Cura in età avanzata” viene tendenzialmente rimosso per motivi comprensibili. Solo il 20% circa degli intervistati indica, alla domanda se abbiano già riflettuto su chi li potrà assistere in età avanzata, dato che si tratta di un tema importante. Il 38% afferma di non averci mai riflettuto, e il 40% dichiara di averci già pensato, ma solo di sfuggita. Questi dati sono importanti, perché si tratta di un argomento di cui occuparsi per tempo nella vita, da un punto di vista sia organizzativo sia finanziario.

La consapevolezza circa il fatto che la cura delle persone anziane sia un problema è invece ben presente. In una lista di 7 possibili problematiche (inflazione, disoccupazione, mancanza di personale qualificato, indebitamento pubblico, cura e migrazione), la cura è al 4° posto, superata solo dall'inflazione e, in misura quasi uguale, dalla mancanza di personale qualificato e dal cambiamento climatico. Ciò desta la sensazione che il problema sia stato individuato, ma che non faccia piacere metterlo in relazione alla propria situazione personale.

Alla domanda concreta quali sono le persone e le istituzioni che potrebbero fornire le prestazioni di cura, con un risultato del 55% il/la partner si situa allo stesso livello di istituzioni quali il servizio infermieristico domiciliare, l'assistenza domiciliare, l'assistenza abitativa e il personale ausiliario

(badanti). La casa di cura (47%) e i propri figli (39%) sono anch'essi considerati significativi, ma vengono citati molto meno spesso.

Anche lo stato di informazione circa la situazione attuale è buono: circa il 70% degli intervistati dà una stima corretta del numero di beneficiari di un assegno di cura, e altrettanti sono correttamente informati in merito al numero di persone in residenze per anziani e case di cura. Nel complesso ciò sembrerebbe indicare che il tema della cura è – almeno a livello astratto – presente nella società.

Non altrettanto buono è invece lo stato di informazione in merito ai costi della cura in una struttura, che circa metà della popolazione sottovaluta ampiamente. Di sicuro ciò è dovuto al fatto che pubblicamente si registrano solo i costi a carico dei privati.

Provando ad immaginarsi il finanziamento della cura, alla domanda di chi debba sostenere i costi della cura, due terzi degli intervistati sono dell'opinione che debbano essere in parte a carico dei privati e in parte a carico della mano pubblica. Il 29% considera che solo la mano pubblica è tenuta a sostenerli, mentre una percentuale molto ridotta è del parere che debbano essere a carico dei singoli privati o della famiglia. Alla domanda a quanto dovrebbe ammontare la quota privata, si ottiene un valore medio del 45% che corrisponde sorprendentemente bene alla situazione attuale. Osservando le cifre dal punto di vista dell'opinione della maggioranza, il 50% della popolazione ritiene che la metà o più dei costi di cura debbano essere a carico dei privati. Ciò significa per contro che l'altro 50% predilige una partecipazione privata pari a meno della metà dei costi. Questo risultato è leggermente relativizzato dal fatto che il 47% della popolazione trova molto giusto o giusto che la quota privata si basi sulla situazione reddituale o patrimoniale. Il 34% ritiene però che considerare la situazione economica degli interessati sia ingiusto o molto ingiusto.

Le risposte alla domanda successiva, come si debbano trovare le risorse finanziarie, possono essere elencate nell'ordine seguente: il 45% caldeggia un'assicurazione di cura, il 38% un'imposta di successione, il 34% un'imposta di cura fissa e sempre il 34% una redistribuzione da altri capitoli di bilancio. Il consenso minore (24%) lo ottiene la proposta di un aumento sull'imposta sul reddito.

Il 36% vedrebbe però di buon occhio l'assicurazione di cura obbligatoria, mentre il 51% desidera vederla implementata come opzione facoltativa.

Per quanto riguarda la disponibilità a pagare, per dare un'idea più precisa agli intervistati è stato proposto un premio mensile fisso per un periodo di 30 anni. Il 44% degli intervistati sarebbe disposto a pagare € 30 al mese (l'importo più basso proposto), quasi il 33% potrebbe immaginarsi di pagare addirittura € 60 al mese. Solo il 23% potrebbe immaginarsi di pagare un importo superiore. Presupponendo un caso ottimale di € 60 al mese e 40 anni di servizio, si raggiunge l'importo (senza interessi) di $60 \times 12 \times 40 = € 28.800$. Nel capitolo successivo esamineremo se questo importo è sufficiente e quali prestazioni consenta. Come già per una domanda precedente, anche in questo caso è stato proposto che i premi assicurativi siano stabiliti in base al reddito familiare. Ben il 56% considererebbe un tale approccio auspicabile o molto auspicabile.

Per quanto riguarda le modalità di pagamento, vi è una chiara preferenza per versamenti regolari ma organizzati in modo flessibile. Insieme alle considerazioni del capitolo seguente, si possono così dedurre gli elementi di un modello di finanziamento strategico.

Una panoramica dei punti principali, da cui emergono solo i risultati che hanno ottenuto la maggioranza, può essere così riassunta:

- Per due terzi della popolazione è giusto che i costi per la cura siano suddivisi tra gli interessati e la mano pubblica. Del terzo restante, il 29% ritiene che debbano essere interamente a carico della mano pubblica.
- La popolazione tenderebbe ad accettare una suddivisione che prevede per il 45% il costo sostenuto da privati e per il 55% sostenuto dalla mano pubblica.
- Come fonte di finanziamento, a occupare il primo posto è un'assicurazione di cura (45%), mentre il 34% è dell'opinione che dovrebbe essere finanziata risparmiando su altri capitoli di bilancio; il resto degli intervistati chiede diverse forme di tassazione.
- Il 51% della popolazione vedrebbe però l'assicurazione di cura come assicurazione facoltativa senza obbligo.
- Una netta maggioranza è a favore di una ripartizione dei costi delle polizze per l'assicurazione di cura in base al reddito familiare, in maniera che il carico per le famiglie sia differenziato a seconda delle loro possibilità finanziarie. Ciò significa per contro che i costi dell'assicurazione per le persone che non se la possono permettere dovrebbero essere sovvenzionati.

5 Assicurazione di cura

Il fabbisogno di cura è un rischio che riguarda le singole persone con una variazione della sua criticità e della sua durata. Tali rischi sono tipici delle prestazioni assicurative: attraverso la condivisione del rischio, perlomeno i rischi finanziari a carico del singolo diventano calcolabili. Naturalmente le assicurazioni potrebbero essere organizzate in modo molto vario in base ai rischi coperti, all'ammontare delle prestazioni o al momento della stipula. Anche l'appartenenza a singoli gruppi di rischio può influire notevolmente sull'ammontare del premio o perfino sull'assicurabilità di principio dei rischi.

Nel presente capitolo viene presentato un modello quanto più possibile adatto alla realtà altoatesina e che utilizza anche l'infrastruttura già esistente in questo settore. I valori di riferimento di questa prima proposta per una discussione approfondita sono:

- Sono assicurabili tutte le persone che al momento della stipula dell'assicurazione hanno la loro residenza principale in Alto Adige.
- L'assicurazione deve essere stipulata al più tardi al compimento dei 65 anni per evitare che qualcuno stipuli l'assicurazione solo quando è in grado di prevedere di avere un notevole fabbisogno di cura (si tratta della cosiddetta selezione avversa).
- Il caso assicurativo viene stabilito mediante la medesima procedura e dalle stesse persone che procedono alla valutazione e all'inserimento in uno dei quattro (attuali) livelli di non autosufficienza.
- La prestazione dell'assicurazione al verificarsi del caso assicurativo consiste nel raddoppiare l'attuale (giugno 2023) assegno di cura. Tale assegno di cura viene adeguato, così come i costi delle polizze, al tasso d'inflazione italiano.
- Tenuto conto del divieto di discriminazione, il premio equo viene calcolato in maniera unitaria, ovvero non suddiviso in base al genere. Ciò non esclude un successivo sovvenzionamento del premio in base al reddito familiare.



Naturalmente tutti questi parametri possono essere adeguati nel corso della discussione socio-politica. I seguenti calcoli si basano sui dati relativi allo sviluppo demografico dell'Istituto provinciale di statistica (ASTAT 2023) nonché su un'elaborazione della statistica relativa all'assegno di cura per il periodo 2008–2019 (dati interni della Ripartizione 24 dell'Amministrazione provinciale). Da tali dati è possibile stabilire

a quanto ammonta il rischio di avere bisogno di una cura (secondo la definizione dell'assegno di cura) a partire da un'età di x anni e quanto è lunga la permanenza media nei singoli livelli di non autosufficienza. La relativa base per l'intero periodo è costituita da più di 58.000 persone, a cui sono stati concessi complessivamente pagamenti per 1,7 milioni di euro.

Per il calcolo del prezzo equo della polizza è stato impiegato un modello che determina, in base alle fasce d'età, con quale probabilità una persona possa passare da uno "stato di salute" a uno stato di salute diverso nel giro di un anno. I cinque stati di salute presi in considerazione sono i seguenti: 0=sano, 1=livello di non autosufficienza 1, ...4=livello di non autosufficienza 4, 5=trasferito o deceduto. Per tutti gli occupanti delle strutture si è presupposto il livello di non autosufficienza 4, dato che è quello attualmente impiegato a titolo forfettario anche per l'ammontare dell'assegno di cura.

I due grafici seguenti indicano da un lato la permanenza media nelle strutture, e dall'altro la permanenza media nei livelli di non autosufficienza da 1 a 4.

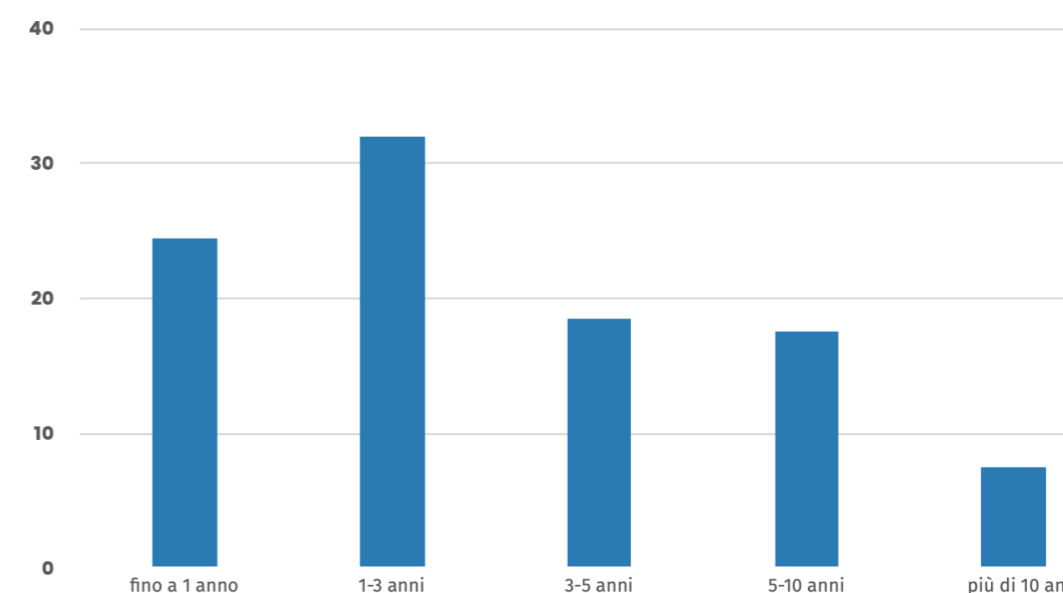


Figura 1: Permanenza nelle case di cura (suddivisione percentuale, anno 2020). Fonte: Provincia Autonoma di Bolzano, Ripartizione Politiche sociali, statistiche sociali 2021 (<https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/sociale/default.asp>)

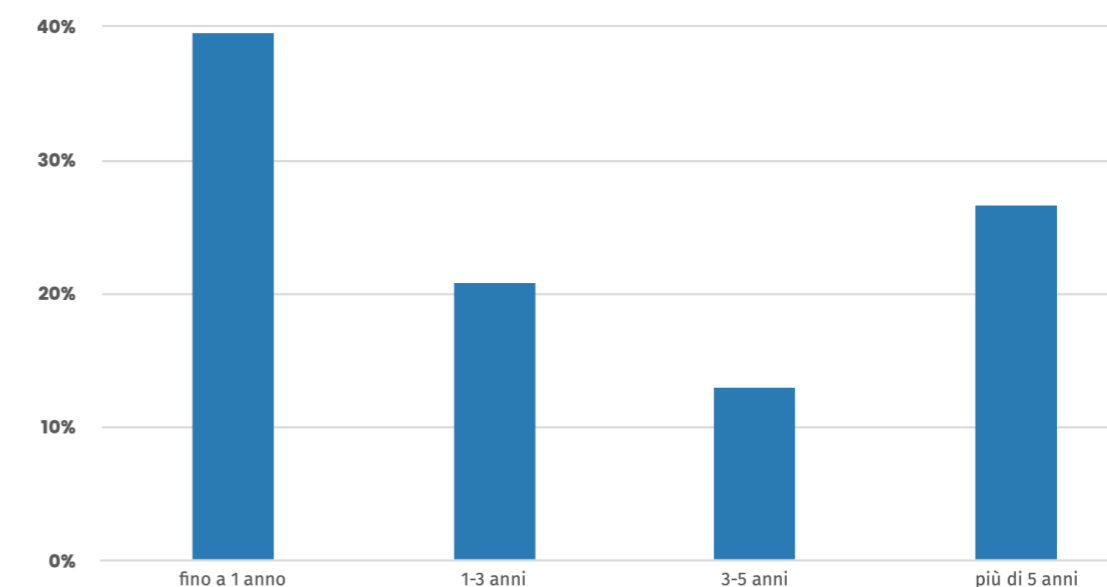


Figura 2: Permanenza nella cura a domicilio (suddivisione percentuale, base: anni di riferimento 2010–2012)

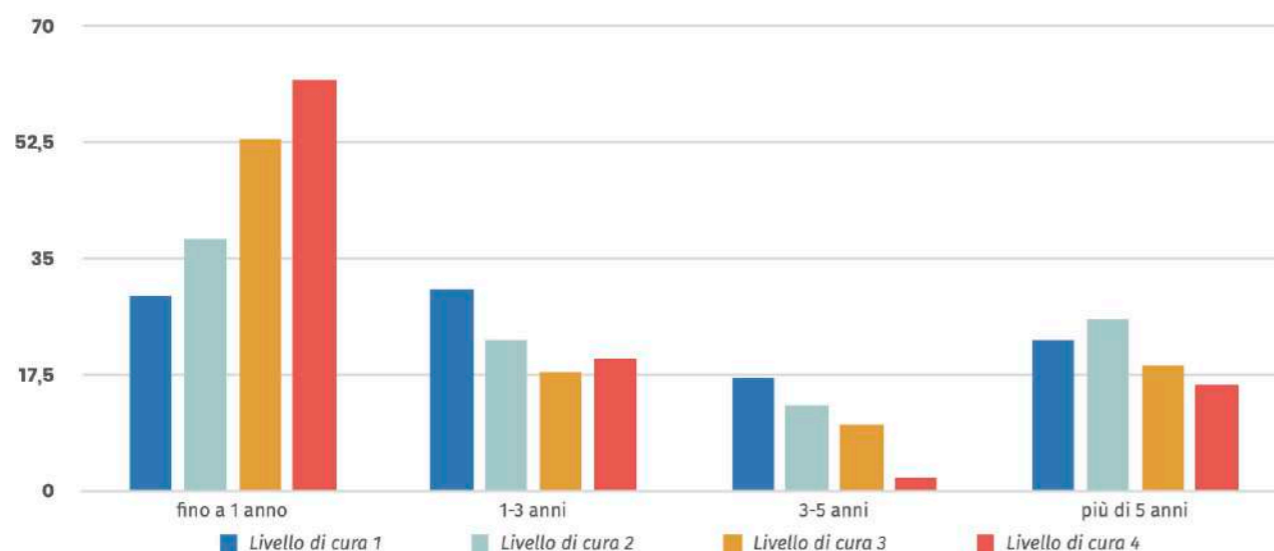


Figura 3: Permanenza nei singoli livelli di non autosufficienza (suddivisione percentuale, base: anni di riferimento 2010-2012)

Il grafico evidenzia ancora una volta quanto le singole persone siano interessate in grado diverso: sebbene per il 40% sia necessario solo un anno o meno di cura a domicilio, una persona su quattro necessita in realtà di cinque anni o più di una tale assistenza e cura. È pertanto evidente che un'assicurazione in tal senso risulta straordinariamente opportuna.

Per la stima della media dei costi di cura del singolo si deve tener conto di diversi fattori:

- l'aspettativa di vita della persona (potenzialmente in modo specifico al genere) con limitate probabilità di sopravvivenza,
- la probabilità condizionata (dall'età) che si abbia bisogno di cura,
- la permanenza nei singoli livelli di non autosufficienza e
- i costi nei singoli livelli.

I tassi di costo (mensili) qui impiegati corrispondono agli attuali assegni di cura versati per i singoli livelli di non autosufficienza da 1 a 4 (€ 555, € 900, € 1350 e € 1800). Per la cura in struttura si presuppone, indipendentemente dal grado di non autosufficienza, il livello di non autosufficienza 4 anche in termini di costi. Potenzialmente i dati consentirebbero di effettuare un calcolo dei costi separato per gli uomini e per le donne. Nel seguito si rinuncia tuttavia a una tale suddivisione.

Dai calcoli risulta che per un'assicurazione di cura dell'attuale ammontare è necessario un premio un tantum di circa € 39.000. Se gli ulteriori assegni di cura vengono versati solo a partire dal livello di non autosufficienza 2, l'importo necessario si riduce a circa € 33.000.

Si tratta di un importo notevole che supera la disponibilità a pagare risultante dal sondaggio condotto tra le cittadine e i cittadini, in particolare se si considera che i presunti 40 anni di attività lavorativa sono un'ipotesi molto ottimistica. Erano infatti indicati € 60 al mese per 40 anni, per un importo complessivo di $40 \times 12 \times 60 = € 28.800$. Se invece si parte dal presupposto che questi versamenti possano avvenire in un fondo (ad esempio in una pensione complementare come Laborfonds, Plurifonds, il Raiffeisen Fondo Pensione Aperto o un qualsiasi altro fondo pensionistico) con agevolazioni fiscali e si ipotizza un'aliquota fiscale marginale del 27% ovvero, in alternativa, del 38%, si otterrebbe, con un versamento netto di € 28.800, un importo pari a $28.800 \times 1,27 = € 36.576$ €, o, con $10.800 \times 1,38$, pari a € 39.744. Questo sarebbe sufficiente per finanziare la polizza. Ipotizzando che il premio per le persone con un reddito contenuto sia "sovvenzionato", le condizioni quadro tecniche potrebbero coincidere con le idee prospettate dalla popolazione.

Le cifre e la relativa collocazione sono importanti per diverse ragioni:

- Un premio pari in media a € 60 al mese è sufficiente per raddoppiare l'attuale assegno di cura.
- Rientra nell'ambito di ciò che in media - ma solo in media, appunto - le cittadine e i cittadini possono immaginarsi.
- È chiaro che uno strumento di finanziamento tanto ampio e nuovo richiede molta informazione e discussione. L'importante è che tutte le persone coinvolte sappiano con chiarezza che si tratta di un'assicurazione a lungo termine per un'importante prestazione di assistenza sanitaria. Molte persone fanno fatica anche solo a immaginarsi strumenti e importi simili, per cui è importante inserire le cifre indicate in un contesto più ampio.
- Innanzitutto, forse non molte cittadine e non molti cittadini sanno che la Provincia di Bolzano versa a ogni persona attraverso l'assegno di cura un importo pari quasi a € 40.000 (numero di componenti dell'anno di nascita = 6000, moltiplicato per 40.000 dà la cifra già menzionata di 240 milioni di euro). Trattasi di una prestazione notevole di una comunità solidale che vale la pena anche rendere visibile.
- In secondo luogo, nei vari media e nelle discussioni politiche sono stati messi in circolazione importi per un'assicurazione di cura notevolmente più bassi dell'importo di € 60 al mese. È importante che una discussione in merito a ciò che una società vuole si basi su cifre che siano anche realistiche e affidabili.
- La divergenza tuttora esistente tra la disponibilità a pagare e i mezzi necessari può essere colmata in vario modo: si può aumentare la disponibilità a pagare facendo lavoro di convincimento e comunicazione, ma si può raggiungere lo stesso obiettivo anche con tariffe in base al reddito familiare (per es. da € 20 al mese a € 80 al mese), con modelli di pagamento allettanti o tramite una riduzione delle prestazioni (per es. solo il 50% delle attuali tariffe dell'assegno di cura).



6 La situazione dei familiari delle persone non autosufficienti

Prima di esaminare i possibili modelli di finanziamento da un punto di vista politico-economico, occorre osservare un po' più da vicino la situazione della colonna portante della cura, ovvero la cura e assistenza in famiglia. La cura informale a domicilio costituisce un po' più del 70% della prestazione complessiva di cura, e in molte rilevazioni viene indicata dalle persone non autosufficienti come la forma di cura preferita. Al tempo stesso sappiamo che questa forma di cura in molti casi viene fornita con un auto-sfruttamento non irrilevante delle persone addette alla cura. Da studi internazionali (Grässel et al. 2014) è emerso che il carico individuale dei familiari che si occupano delle cure è un significativo predittore del trasferimento di una persona non autosufficiente in una struttura. A differenza di quanto accade per l'altrettanto importante cura professionale, organizzata in modo più visibile, la conoscenza relativa alla situazione della cura informale è molto più limitata.

Saperne di più in merito è auspicabile per molte ragioni, tra cui le principali sono: la qualità della vita delle persone che prestano le cure, la qualità della vita delle persone non autosufficienti, la potenziale pressione sulle strutture nel caso in cui la cura a domicilio si eroda, e naturalmente anche una notevole esacerbazione dei costi in caso di sostituzione della cura informale con la cura in struttura (vedi tabella 3).

Al fine di conseguire prime informazioni in merito a questo settore, nel contesto del presente studio sono state effettuate due rilevazioni. La prima rilevazione è stata eseguita nel contesto di due insegnamenti su questo tema nelle discipline sociali (Corsi di laurea in Servizio sociale e in Educatore sociale) presso la Libera Università di Bolzano. Per la rilevazione qualitativa si è proceduto in due fasi. Innanzitutto, le studentesse e gli studenti si sono confrontati nell'ambito di gruppi di lavoro con le loro stesse esperienze di cura nell'ambito dell'insegnamento "Introduzione al lavoro scientifico e alla ricerca sociale qualitativa" (Loch, anno accademico 2021/2022). In una seconda fase, sulla base delle esperienze su cui si è riflettuto e dei risultati emersi da ricerche nella letteratura è stata sviluppata una guida per interviste qualitative a tematica specifica con i familiari delle persone non autosufficienti.



Queste interviste qualitative contenevano l'invito al racconto relativamente a tre ambiti: (a) invito al racconto narrativo con la preghiera di esporre la propria storia di cura, (b) domande generate dal racconto stesso sulle proprie esperienze e (c) domande esterne sui seguenti temi: gestione del tempo e coordinamento, fabbisogno di cura dei familiari non autosufficienti nonché caratteristiche della quotidianità dedicata alla cura. Complessivamente, tra il mese di dicembre 2021 e il mese di febbraio 2022 sono state condotte dodici interviste con familiari di beneficiari di assegni di cura che vengono curati e assistiti a domicilio. L'esecuzione delle interviste e il numero considerevole di rifiuti o rinvii degli appuntamenti indicano che i familiari delle persone non autosufficienti sono tendenzialmente soggetti a un carico elevato di lavoro, e che il passaggio (legato alla pandemia) dalle interviste dirette alle interviste online ha comportato notevoli difficoltà. Il motivo è da ricondurre alla bassa disponibilità di tecnica digitale e di competenze digitali (digital literacy) presso i familiari delle persone non autosufficienti. Questo risultato è rilevante dato che nella discussione scientifica relativa alla cura vengono discussi ampiamente diversi strumenti digitali.

Nelle interviste qualitative sono stati affrontati in particolare cinque aspetti:

- a.** aumento del rischio di povertà e conseguenze della povertà dovuta alla situazione di cura,
- b.** contatti sociali, reti e organizzazione del tempo libero,
- c.** aspettative sociali nei confronti delle donne e degli uomini addetti alle cure,
- d.** cura, bisogno di cura e nuovo orientamento delle relazioni nonché
- e.** critiche all'attuale situazione di cura e proposte di cambiamento.

I risultati ottenuti tramite questo studio preliminare, uniti ai dati forniti dalla letteratura scientifica, hanno consentito di sviluppare un questionario strutturato e costituiscono il necessario quadro qualitativo per interpretare i risultati dello studio quantitativo.

L'analisi quantitativa è stata condotta nella primavera e nell'autunno 2022. A stabilire il contatto sono state le collaboratrici e i collaboratori dei servizi di assistenza domiciliare e del servizio infermieristico domiciliare, che hanno raccolto anche il consenso scritto a essere contattati (per telefono o tramite Internet). Senza l'assistenza delle collaboratrici e dei collaboratori di questi servizi, una parte di questo studio non sarebbe stata possibile, dato che, grazie al rapporto di fiducia esistente con i familiari delle persone non autosufficienti e con le persone in cura, il tasso di rifiuti è diminuito ed è stato così anche possibile contenere la distorsione generata dal rifiuto di rispondere. Il campione in ogni caso non è rappresentativo, in quanto sono state sentite solo le famiglie che ricorrono a uno dei due servizi.

Complessivamente, tra giugno e novembre 2022 sono stati effettuati 127 interviste telefoniche e 137 sondaggi online (a cura di Apollis / Bolzano Alto Adige; il questionario è stato redatto dalla signora Elisabeth Feilhauer e implementato nel software Lighthouse Studio della ditta Sawtooth). Ci preme sottolineare che in entrambe le forme di rilevazione è stato pienamente confermato il risultato dell'indagine qualitativa. Molti dei familiari delle persone non autosufficienti subiscono notevoli pressioni a livello fisico, psicologico, sociale e finanziario e hanno bisogno di aiuto. A livello puramente aneddotico si riporterà che le interviste, per le quali era stata calcolata una media di 20 minuti, di fatto sono durate in media 45 minuti, fino a raggiungere un valore massimo di 2 ore e 10 minuti.

In questo resoconto approfondiremo, oltre ad alcune statistiche descrittive, solo tre quesiti principali: Qual è il carico dei familiari delle persone non autosufficienti? Quali elementi risultano particolarmente gravosi? E quali misure di sostegno sono considerate particolarmente utili da parte degli interessati (e quindi dagli esperti)? Il questionario offre materiali che superano ampiamente questi due ambiti e che possono risultare utili per l'organizzazione dei servizi interessati.

I familiari intervistati erano per il 25% uomini e per il 75% donne; il 68% ha condotto l'intervista in tedesco, e il 32% in italiano. L'età media è di 60 anni. Circa il 43% degli intervistati è già in pensione, il 14% lavora a tempo pieno, il 18% lavora a tempo parziale e il 6% è lavoratore autonomo. Il 4% non stava temporaneamente lavorando (per es. congedo per fornire cure) e il 10% era senza lavoro in maniera permanente, mentre il 5%, infine, era in formazione.

Tra le persone non autosufficienti erano rappresentati praticamente in parti uguali uomini e donne con un'età media di 80 anni. Circa il 33% aveva un livello di non autosufficienza 1, il 27% un livello di non autosufficienza 2, il 24% un livello di non autosufficienza 3 e il 16% un livello di non autosufficienza 4. Confrontando questa ripartizione con la ripartizione del numero totale di beneficiari dell'assegno di cura, si constata che il livello di non autosufficienza 1 è sottorappresentato, e i livelli di non autosufficienza 3 e 4 sono sovrarappresentati. Ciò è dovuto al tipo di contatto stabilito, dato che il servizio di assistenza domiciliare e il servizio infermieristico domiciliare sono impiegati in proporzione maggiore dalle persone con un fabbisogno di cura più elevato. Si tratta di un elemento di cui tenere conto nell'interpretazione degli ulteriori risultati.

Chiesto il rapporto di parentela tra il familiare della persona non autosufficiente e la persona stessa, si vede che nella cura familiare fanno la parte del leone i figli (figlia/figlio), con il 53%, seguiti dal partner o dalla partner, con il 31%. Completano il quadro i genitori (6%), nonché generi e nuore (4%).

Per misurare il carico dei familiari delle persone non autosufficienti si è fatto ricorso a uno strumento impiegato a livello internazionale, la "Burden Scale for Family Caregivers" (BSFC), disponibile in 20 lingue (Grässel et al., 2014). Comprende 28 domande da cui, tramite semplice addizione (tenuto conto della polarità), si può calcolare l'indice di carico. Per la valutazione si impiegano due chiavi diverse a seconda che si tratti di cura a seguito di demenza o meno.

Per la demenza (i valori per la cura dei malati non affetti da demenza sono indicati di volta in volta tra parentesi), si ha un carico minimo (sebbene nella cura familiare non si possa mai davvero parlare di carico minimo) quando il valore è inferiore a 36 (42), un carico medio quando il valore è compreso tra 36 (42) e 45 (55) punti, e un carico grande o molto grande per un valore compreso tra 46 (56) e 84 (84). Il grafico seguente indica il carico rilevato nel nostro campione:

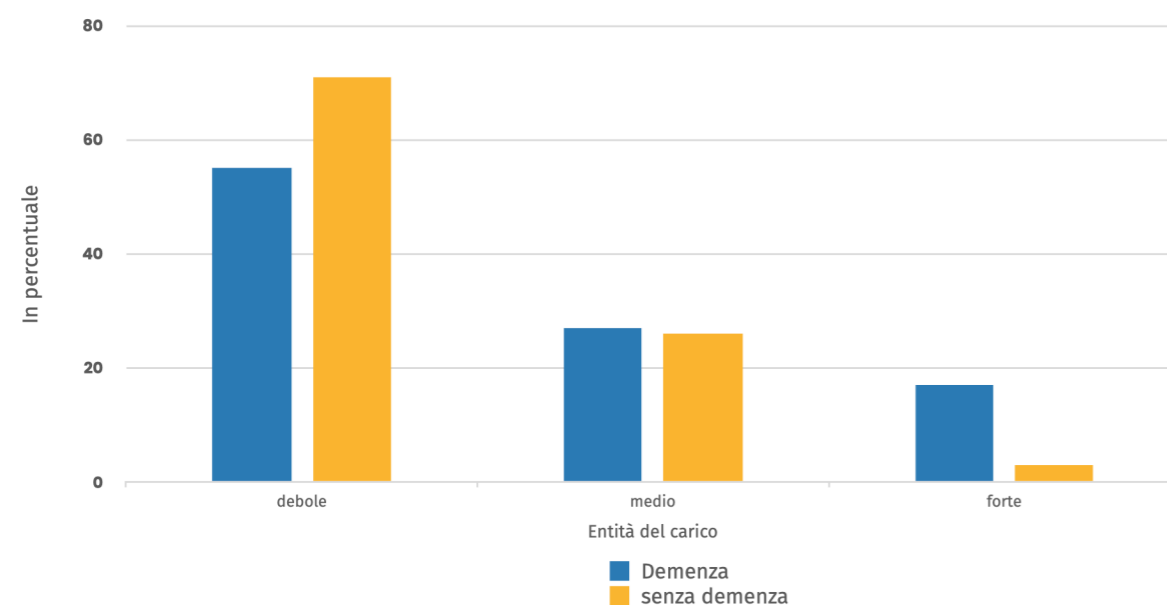


Figura 4: Distribuzione percentuale in base a categorie di carico in base alla suddivisione in categorie per il fabbisogno di cura, e per le persone non autosufficienti affette da demenza.

Confrontando queste suddivisione con il campione utilizzato per la standardizzazione del BSFC (vedi BSFC_german_o.pdf), è possibile confrontare i valori con quelli riportati nella letteratura. Come valore di riferimento si applica una percentuale del 38% dei familiari addetti alla cura con carico medio o grande (in assenza di demenza). Nel caso in rassegna si constata un valore nettamente inferiore pari al 28%, ma il fatto che un quarto degli intervistati riporti un carico medio o grande è sicuramente allarmante. Il nostro campione non è sufficiente per riportare separatamente il carico effettivo dato dall'assistenza alle persone anziane affette da diverse forme di demenza. Il valore di riferimento a livello internazionale è di un tasso percentuale del 66% di familiari di persone non autosufficienti con un carico medio o grande. Il 44% rilevato in questo caso è nettamente inferiore. Considerato tuttavia il campione ristretto, i valori nella fattispecie sono solo indicativi. A essere invece chiaro è che, con una percentuale pari quasi al 30% di familiari di persone non autosufficienti con un carico grande o molto grande, vi è di sicuro un grande bisogno di intervenire. In un'analisi più approfondita si cercano i principali fattori determinanti un tale grado di carico.

Eseguendo, sulla base della scala BSFC, un'analisi degli elementi principali, si constatano diversi fattori indipendenti per il carico percepito: la mancanza di tempo per sé, conseguenze effettivamente negative per la propria salute e per il proprio standard di

vita, mancanza di tempo per curare i propri contatti sociali, la mancanza di possibilità di delimitare la cura dal "resto della vita", il rapporto con la persona non autosufficiente, il mancato riconoscimento del lavoro svolto e la rete familiare. Tutti questi fattori intervengono, statisticamente, in modo indipendente gli uni dagli altri, ma combinati tra loro influiscono sul carico dei familiari delle persone non autosufficienti. Si tratta di punti che vanno approfonditi con le specialiste e gli specialisti, dato che probabilmente determinano gli strumenti grazie ai quali è possibile raggiungere il maggior grado di riduzione del carico.

Per concludere la questione del carico ci sono ancora due aspetti che vengono indagati anche nell'ambito di grandi rilevazioni censuarie in maniera da rendere possibile il confronto tra i familiari delle persone non autosufficienti e la popolazione nel suo complesso.

Il grafico indica la percentuale dei familiari delle persone non autosufficienti intervistati, con riferimento al grado di soddisfazione in merito alle due domande seguenti:

- Nel complesso, quanto è soddisfatto/a in generale della sua vita attuale? 1 significa insoddisfatto/a, 5 significa soddisfatto/a
- E come se la cava con il suo reddito attuale? 1 significa molto male, 5 significa molto bene

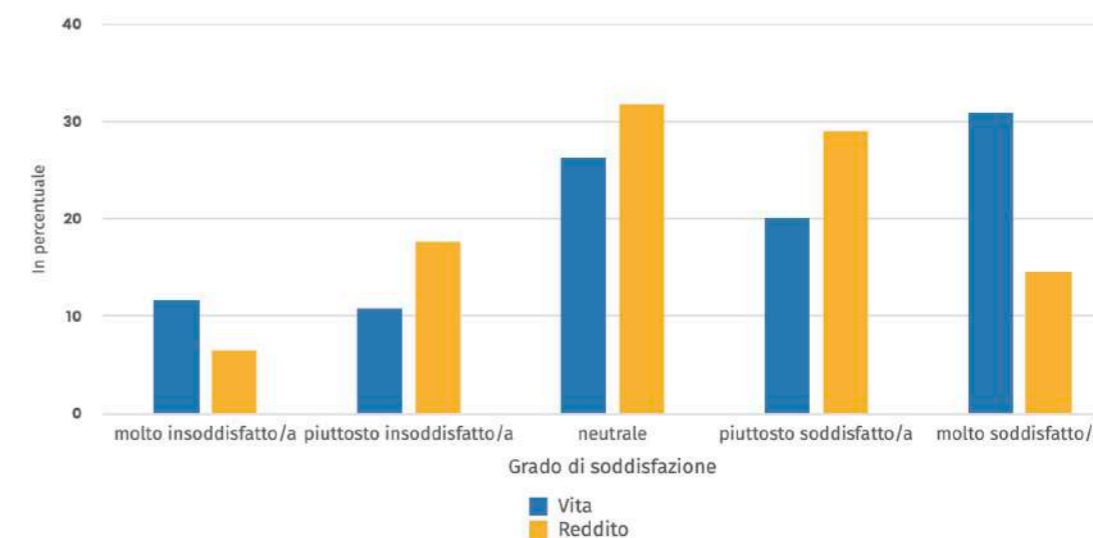


Figura 5: Soddisfazione della vita e situazione finanziaria dei familiari delle persone non autosufficienti

Solo due valori di riferimento: circa un quarto degli intervistati fa molta o moltissima fatica a cavarsela con il proprio reddito, e un familiare su cinque è insoddisfatto/a o molto insoddisfatto/a della propria vita. In entrambi i casi si tratta di una chiara richiesta di aiuto. Quale aspetto debba assumere tale aiuto è stato chiesto nel blocco seguente di domande.

A tal fine sono state presentate complessivamente 35 possibili misure di assistenza (denaro, consulenza, contatti sociali, assistenza diurna, ecc.) secondo una scala Likert in cinque parti (da 1 = non aiuterebbe per niente a 5 = aiuterebbe molto). Le misure di sostegno scelte sono state tra le più varie: da misure molto estese come un aumento dell'assegno di cura fino a semplici misure tecniche come l'applicazione di maniglioni. Con questa eterogeneità si è inteso offrire la possibilità di suddividere chiaramente le alternative in gradi. La seguente tabella indica per le singole misure di sostegno la percentuale di intervistati che l'hanno ritenuta molto utile nonché la percentuale di colori che l'hanno ritenuta molto utile e piuttosto utile. Per agevolare il confronto viene indicata anche la posizione della rispettiva misura di sostegno per entrambi gli indicatori.

Tipo di assistenza	Percentuale molto utile	Posizione molto utile	Percentuale molto utile e piuttosto utile	Posizione molto utile e piuttosto utile
Servizio infermieristico domiciliare all'occorrenza	72,4	1	87,1	1
Letto per degenza	64,6	2	74,3	4
Colloquio con personale qualificato in merito alla cura	59,6	3	76,0	3
Trasporto e accompagnamento dai medici	56,9	4	76,1	2
Servizio di guardia medica in caso di impegni urgenti	55,4	5	72,1	6
Assistenza assicurata durante il fine settimana	55,3	6	73,8	5
Aiuti di sostegno per fare il bagno (doccetta, ausilio per sostenersi, sgabello doccia)	54,4	7	70,4	9
Ausili per la mobilità	53,1	8	66,7	13
Assistenza assicurata durante le vacanze	52,2	9	63,3	17
Consulenza strutturata ed esaustiva prima delle dimissioni dall'ospedale	51,9	10	69,9	10
Maniglioni alla parete	51,9	11	65,9	15
Vacanze per la persona non autosufficiente	49,8	12	66,0	14
Consulenza in merito al carico derivante dalla cura	49,5	13	71,4	8
Offerte mobili (per es. medici, ergoterapisti, parrucchiere)	46,6	14	65,0	16
Maggiori mezzi finanziari (p. es. assegno di cura più elevato)	45,5	15	72,0	7
Assunzione obbligatoria per i familiari delle persone non autosufficienti (posizione)	44,5	16	61,2	19
Servizio di assistenza domiciliare regolare	44,1	17	59,7	21
Alleggerimento occasionale del carico grazie a visite di volontari	43,7	18	68,9	11
Assistenza per la burocrazia (p. es. presentare domande)	43,1	19	67,9	12
Assistenza diurna	42,1	20	62,7	18
Sostegno finanziario per le modifiche da apportare alla casa	40,5	21	60,0	20
Allarme caduta	38,1	22	49,5	29
Versamento aggiuntivo in un'assicurazione pensionistica	37,6	23	53,0	26
Sostegno per stabilire/ripristinare i contatti sociali nel comune	37,0	24	56,3	24
Hotline per la consulenza acuta (p. es. dal punto di vista medico/psicologico/sulla cura)	36,7	25	54,3	25
Cura notturna (per es. a domicilio o in struttura)	36,5	26	49,8	28
Servizio spesa	36,0	27	52,6	27
Sportello per l'assistenza giornaliera e punto di sostegno alla cura	35,9	28	57,8	22
Scambio con altri familiari di persone non autosufficienti	33,2	29	57,2	23
Sostegno finanziario per l'acquisto di mezzi ausiliari tecnici	32,5	30	48,3	30
Computer	31,7	31	40,5	32
Offerte per il tempo libero per persone con fabbisogno di cura	24,9	32	37,6	33
Assistenza remota	23,3	33	34,2	34
Incontro di tutto l'ambiente con moderazione (conferenza per famiglie)	21,4	34	43,3	31
Bürgertreffs+2:36	19,4	35	34,0	35

Tabella 7: Preferenze (valutazioni soggettive degli interessati/delle interessate) per le varie misure di sostegno (intero campione)

La tabella indica una chiara divisione per gradi delle preferenze relative alle singole misure di sostegno; nella maggior parte dei casi, entrambi gli indicatori coincidono. Ci sono però anche delle differenze, come nel caso degli ausili alla mobilità, dell'assistenza delle persone anziane non autosufficienti durante le vacanze dei familiari o anche dell'aumento dell'assegno di cura.

La tabella rispecchia la valutazione momentanea dei familiari delle persone non autosufficienti. Ciò significa che il potenziale delle misure non ancora conosciute nella pratica, come ad esempio nel caso dell'assistenza remota, viene sottovalutato. In tal senso questa classifica è un input per la discussione al fine di organizzare l'intero complesso della cura delle persone anziane che va integrato, nella discussione, con aspetti qualitativi. In ogni caso, il sondaggio qui valutato è uno dei pochi in cui i familiari delle persone non autosufficienti prendono la parola direttamente e non attraverso rappresentanti del loro gruppo di stakeholder.

In questa sede ci limitiamo, considerato proprio che i dati richiedono l'ulteriore discussione specialistica, ad alcuni (pochi) aspetti:

- Il servizio di assistenza domiciliare all'occorrenza, il servizio di guardia medica in caso di impegni urgenti, l'assistenza assicurata durante il fine settimana e l'assistenza assicurata durante le vacanze rappresentano chiare misure in grado di sostituire la prestazione di cura in caso di "assenza temporanea" pianificata della cura familiare e di attenuare pertanto le situazioni di stress.
- Il trasporto e l'accompagnamento di medici, l'aiuto di sostegno per fare il bagno e le offerte mobili mirano a un alleggerimento nella cura come forma di accompagnamento.
- I colloqui con gli specialisti, la consulenza prima delle dimissioni dall'ospedale o la consulenza in merito al proprio carico di cura sono volti a rafforzare le competenze personali e a eliminare la sensazione di insicurezza – che notoriamente comporta stress.
- Forse è un po' sorprendente che il supporto finanziario si riscontri in posizione solo centrale (15° posto). In questo caso, tuttavia, si constata una considerevole differenza tra "sarebbe di grande aiuto" e l'indicatore sintetizzato (grande aiuto, aiuto) (7° posto). Questo indicatore è in linea con i risultati relativi alla situazione finanziaria, che per un quinto degli intervistati è precaria, ma per il 35% soddisfacente. L'indicatore deve essere visto anche in relazione alla domanda se i servizi prediletti siano offerti gratuitamente, a una tariffa ridotta o a prezzo pieno.

Dagli ultimi due punti emerge chiaramente che il sostegno "ottimale" non è uguale per tutti i gruppi di familiari delle persone non autosufficienti, ma dipende dalla loro rispettiva situazione economica e sociale. Questo punto sarà quindi ripreso in analisi di approfondimento. Di particolare rilevanza è la domanda circa ciò che si augurano i familiari delle persone non autosufficienti che rilevano un carico elevato o molto elevato a seguito della cura fornita. La tabella seguente indica le rispettive preferenze. Si deve tuttavia tener conto che il campione di circa 50 persone è piccolo. Le cifre forniscono quindi solo una prima indicazione, senza che questa possa essere considerata pienamente affidabile a livello statistico.

Tipo di assistenza	Percentuale molto utile	Posizione molto utile	Percentuale molto utile e piuttosto utile	Posizione molto utile e piuttosto utile
Assistenza assicurata durante il fine settimana	78,6	1	87,5	2
Servizio infermieristico domiciliare all'occorrenza	73,2	2	91,1	1
Vacanze per la persona non autosufficiente	67,9	3	80,4	7
Servizio di guardia medica in caso di impegni urgenti	65,5	4	87,3	3
Letto per degenza	63,6	5	80,0	9
Trasporto e accompagnamento dai medici	60,7	6	80,4	8
Consulenza in merito al carico derivante dalla cura	59,3	7	81,5	6
Maggiori mezzi finanziari (p. es. assegno di cura più elevato)	58,9	8	83,9	4
Assistenza assicurata durante le vacanze	58,9	9	66,1	15
Consulenza strutturata ed esaustiva prima delle dimissioni dall'ospedale	56,4	10	70,9	13
Colloquio con personale qualificato in merito alla cura	56,4	11	72,7	12
Alleggerimento occasionale del carico grazie a visite di volontari	56,4	12	76,4	10
Maniglioni alla parete	56,4	13	74,5	11
Assistenza diurna	55,4	14	82,1	5
Aiuti di sostegno per fare il bagno (doccetta, ausilio per sostenersi, sgabello doccia)	54,5	15	69,1	14

Tabella 8: Preferenze per diverse misure di sostegno per le persone che sentono un carico elevato o molto elevato a seguito della cura fornita

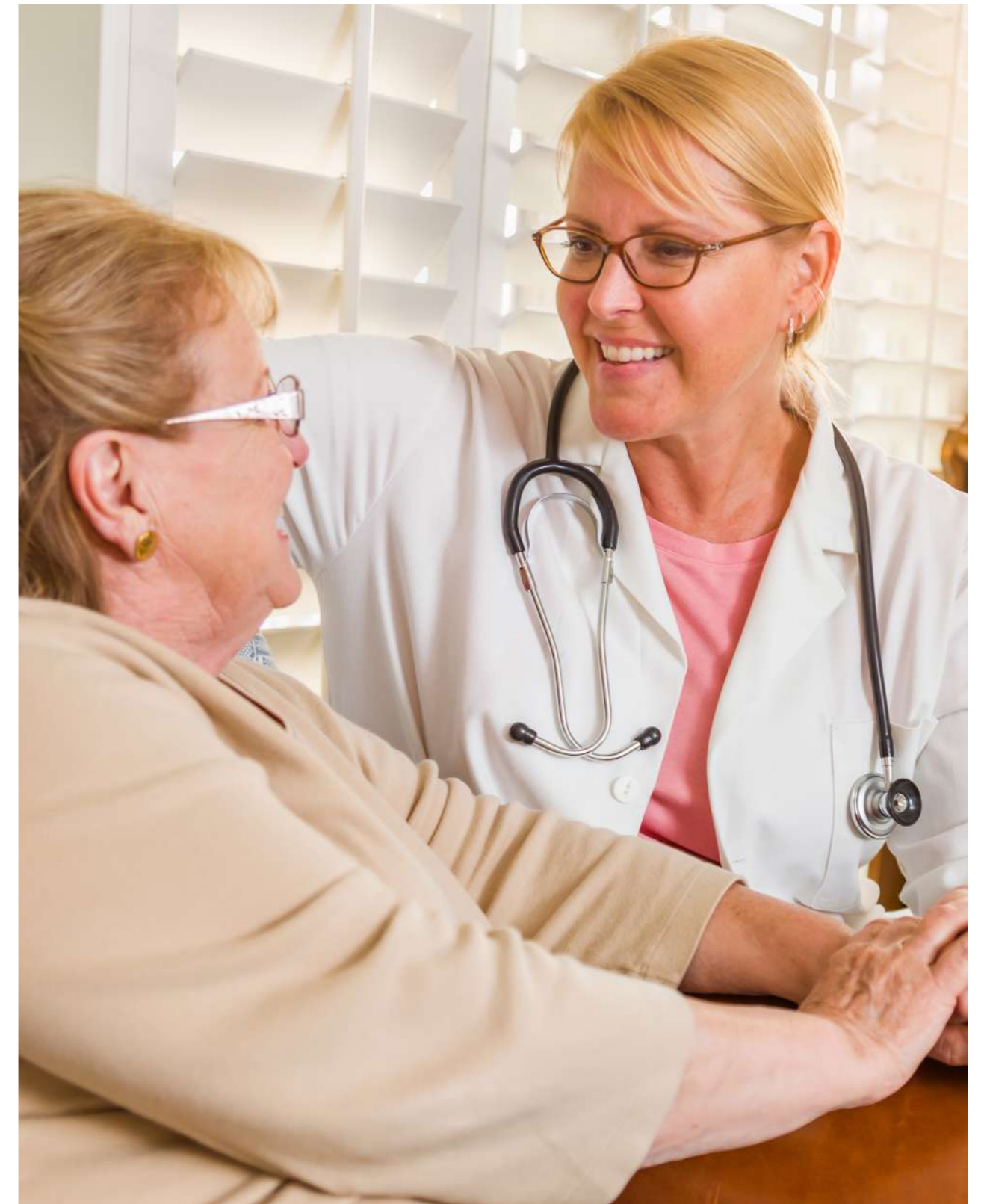
Vi sono in effetti un paio di variazioni sostanziali: Al primo posto c'è l'assistenza durante il weekend (6° posto nel sample complessivo), al terzo posto le vacanze per i familiari delle persone non autosufficienti (12° posto), al 7° posto la consulenza relativamente al proprio carico a seguito della cura fornita (13° posto) e all'8° posto più mezzi finanziari (15° posto). Il servizio di assistenza domiciliare all'occorrenza, il servizio di guardia medica in caso di impegni urgenti, il letto destinato alle persone non autosufficienti e il trasporto e l'accompagnamento dal medico vengono considerati importanti da entrambi i gruppi (campione complessivo e persone con notevole carico a seguito della cura fornita).

I risultati più importanti in termini di politiche sociali possono essere riassunti nei punti seguenti:

- La cura familiare è sostenuta principalmente dalla cerchia più stretta di familiari (partner, figli).
- Circa il 43% degli intervistati è già in pensione, ma pur sempre il 18% lavora ancora a tempo parziale e il 14% non ha, temporaneamente o permanentemente, un lavoro. Che ciò sia dovuto alla cura è quantomeno evidente. In tal senso la cura genera una potenziale lacuna previdenziale che, unita ai periodi di lavoro familiare, può costituire anche un pericolo di povertà in età avanzata.
- Il fatto che un quinto degli intervistati sia insoddisfatto o piuttosto insoddisfatto della propria situazione di vita e che un quarto abbia notevoli problemi finanziari è problematico. In entrambi i casi presenta un potenziale di indebolimento della cura familiare. Il fatto che poco più della metà non abbia grandi problemi finanziari mostra però anche che in questo caso si tratta di un problema di ripartizione. Lo strumento dell'assegno di cura nella sua forma attuale non sembra in questo caso essere mirato, ma fungere piuttosto da annaffiatoio.
- Vi è tuttavia un numero considerevole di possibili misure di sostegno che, secondo la stima degli interessati, potrebbero costituire un grande aiuto e offrire pertanto un alleggerimento del carico. Quali di queste misure sia maggiormente prioritaria varia secondo la situazione personale dei familiari delle persone non autosufficienti. Ciò significa che un moderno sistema di cura di stato sociale deve essere caratterizzato da una considerevole varietà per garantire una cura e assistenza di qualità elevata.

È chiaro che per alleggerire la cura familiare occorrono misure integrative o sostitutive al fine di migliorare la qualità di vita delle persone non autosufficienti, ma naturalmente anche dei loro familiari. Si ottiene peraltro anche un effetto secondario auspicabile a livello economico, dato che si riduce così la richiesta di posti letto nelle residenze, ovvero la forma di cura più costosa.

Dal sondaggio emerge inoltre che per sostenere la cura familiare occorre un mix di misure finanziarie e di diversi servizi di sostegno. Quale che sia l'aspetto assunto da questo mix, richiederà comunque un numero sempre maggiore di personale professionale e maggiori risorse finanziarie. Nel prossimo capitolo si tenta pertanto di presentare una sintesi degli aspetti finanziari di questo lavoro.



7 Gli aspetti finanziari della cura

I principali valori di riferimento per la dinamica finanziaria della cura sono stati elaborati nel capitolo 3. Per il 2020 abbiamo una stima molto prudente dei costi complessivi per la cura delle persone anziane (il fabbisogno di cura per i giovani e gli invalidi civili non è stato incluso in questo studio) pari a 750 milioni di euro, di cui 337 milioni, ovvero il 46%, a carico della mano pubblica. Togliendo i costi opportunità (ovvero i costi della cura familiare che non vengono sostenuti direttamente) pari a 160 milioni, la percentuale della mano pubblica ammonta quasi al 60%; la ripartizione corrisponde pertanto quasi perfettamente alle idee delle cittadine e dei cittadini quali espresse nell'ambito del sondaggio.

Facendo una stima molto prudente dello sviluppo demografico, la cifra delle persone non autosufficienti aumenterà del 34% entro il 2035; secondo una variante più pessimista, tale percentuale potrebbe arrivare fino al 47% (si ricorderà qui nuovamente la necessità di interpretare le cifre solo come valori indicativi di massima e non come previsioni precise). Trasferendo questa crescita alle singole voci di costo, per il 2035 si ottiene un valore di 980 milioni di euro, ovvero un incremento di 250 milioni di euro. Per la mano pubblica l'importo aumenta da 337 milioni di euro a 456 milioni di euro, ovvero di 119 milioni di euro. La percentuale della mano pubblica rispetto ai costi complessivi rimane invariata; la quota dei costi di cura nel bilancio provinciale aumenterebbe di due punti percentuali. Dato che si tratta sempre di modifiche reali (a cui si aggiunge pertanto il tasso d'inflazione), si tratta di un dato giustificabile dal punto di vista delle famiglie interessate. Con l'aumento sia del numero di persone non autosufficienti sia dei costi, i costi reali per persona non autosufficiente rimangono invariati. Questa riflessione presuppone tuttavia che nel 2035 avremo il 35% in più di familiari (ovvero almeno 3500 persone) disponibili e in grado di fornire la prestazione di cura. Da un punto di vista

puramente demografico, si tratta di un'eventualità piuttosto improbabile, ed è prevedibile il profilarsi di carichi multipli (ad esempio la figlia che cura il padre e il suocero). (Già oggi circa il 15% dei familiari assiste non solo le persone anziane, ma al tempo stesso anche i propri figli.) Se il necessario fabbisogno di cura fosse coperto all'esterno (sempre che vi sia la relativa forza lavoro disponibile), questi costi aumenterebbero notevolmente il carico delle famiglie. È più probabile che debba essere offerto un numero maggiore di servizi all'esterno, organizzati almeno in parte dalla Provincia di Bolzano e pagati con i fondi del bilancio provinciale.

I salari normalmente aumentano non solo con l'inflazione, ma anche con la produttività dell'economia nel suo complesso. Se ne tiene conto nello scenario 2 con una percentuale annuale. I costi totali aumentano quindi a 1123 milioni di euro, ovvero di 392 milioni di euro. Con il modello attuale, la mano pubblica spenderebbe quindi 519 milioni di euro. Questo aumento non è particolarmente problematico da un punto di vista economico, perché con la produttività aumentano anche gli introiti fiscali, i salari e, con un po' di ritardo, anche le pensioni. Mettendo a confronto il relativo potere d'acquisto, rispetto allo scenario

1 la situazione rimane pressoché invariata. Anche la percentuale di spese nel bilancio provinciale registra variazioni non degne di nota.

A determinare il principale incremento dei costi sarà invece la carenza di personale di cura rispetto allo sviluppo demografico. Già oggi si avverte un'intensa concorrenza per aggiudicarsi la forza lavoro tra i singoli settori dell'economia, e in particolare il personale di cura in tutta Europa. Che i costi vengano spinti da effettivi aumenti dei salari o che modelli di orario di lavoro o di carriera alternativi risultino efficaci non sono aspetti rilevanti dal punto di vista finanziario; resta il fatto che i costi per il personale di cura e la relativa formazione aumenteranno in misura molto più rapida rispetto alla produttività dell'economia nel suo complesso. Nello scenario 3 abbiamo ipotizzato un ulteriore incremento annuale dei costi del 2%. Non è possibile valutare in maniera affidabile se questo valore sia troppo grande o troppo piccolo. Inoltre, gli aumenti si verificheranno in maniera non continuativa, ma piuttosto brusca. Pertanto, proprio i valori seguenti sono da leggere a titolo di illustrazione su uno sfondo plausibile.

In questo scenario, i costi per la cura aumentano a 1368 miliardi di euro, ovvero di circa 650 milioni di euro rispetto al 2020. Togliendo i costi di

opportunità, rimane un aumento di 560 milioni di euro. Ripartendoli tra privati e mano pubblica come già fatto nel caso degli scenari precedenti, si ha per la mano pubblica un aumento di 327 milioni di euro. In particolare nel caso di questo ultimo scenario sorge tuttavia tutta una serie di quesiti politici: Si è disposti a far aumentare gli assegni di cura per un ammontare pari al reale incremento dei costi del settore di cura? Si può chiedere alle famiglie private che le tariffe giornaliere nelle residenze aumentino del 3% reale annuo? Gli aumenti dei costi per il personale ausiliario non coperti dall'assegno di cura possono essere addossati in maniera indifferenziata alle famiglie, oppure le si mette così in una situazione precaria creando al contempo un'ulteriore pressione sulla domanda di posti letto nelle residenze per anziani o presso altre offerte di ricovero?

A livello internazionale esiste una grande varietà di modelli per la tutela finanziaria della cura. Ciascuno di questi modelli è espressione di un sistema sociale di valori. Al fine di impostare in modo trasparente la discussione è opportuno dichiarare i principali giudizi di valore alla base delle considerazioni. Si tratta chiaramente di un compito della politica. Gli "assiomi" presentati di seguito sono pertanto solo proposte risultanti dal discorso politico e dalle misure applicate sinora.

- Anche in futuro non si può andare sotto al livello attuale della qualità di cura (nel senso più ampio).
- Si tratta piuttosto di aumentare la qualità della prestazione di cura tramite l'ulteriore sviluppo delle diverse prestazioni e ascoltando le richieste di tutte le persone interessate.
- Le condizioni quadro finanziarie e organizzative devono essere realizzate in maniera che queste prestazioni siano accessibili a tutte le cittadine e a tutti i cittadini con una partecipazione ragionevole rispetto alla loro situazione economica.
- Il finanziamento della prestazione di cura dev'essere addossato il meno possibile alla generazione dei giovani.
- Un sistema di assicurazione della qualità fa sì che queste prestazioni di cura garantite siano disponibili in modo capillare in tutta la Provincia in una qualità omogenea e di valore elevato.
- Differenze di contenuto, ma non di qualità, a seconda delle condizioni quadro (per es. contesto urbano-rurale) sono conciliabili con le condizioni indicate sopra.



La sfida dei modelli consiste nel fatto che queste condizioni quadro devono essere assicurate nonostante il prevedibile andamento della quantità (demografia) nelle prestazioni di cura e assistenza nonché l'enorme concorrenza per aggiudicarsi personale qualificato nel settore della cura e dei servizi sociali.

Oggetto delle considerazioni seguenti è esclusivamente l'assicurazione finanziaria della cura e dell'assistenza; chiaramente non si tratta che di una parte del tema sociale complessivo della cura.

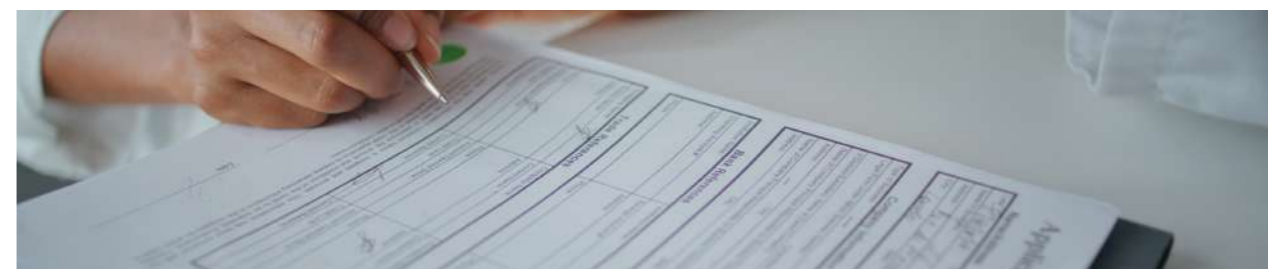
Modello 0: Status quo

Questo modello parte dal presupposto che non si intervenga attivamente sul modello attualmente esistente ma che si portino avanti le regole e i diritti senza variarli. All'assegno di cura sarebbe aggiunto solo il valore del tasso d'inflazione.

La somma dell'assegno di cura che non viene versato alle persone anziane residenti nelle strutture aumenta della componente quantità dello scenario 1, ovvero di 38 milioni di euro.

I costi per i servizi di ricovero e ambulatoriali (posti nelle strutture, servizio infermieristico domiciliare, servizio di assistenza domiciliare...) aumentano con certezza della componente quantità dello scenario 1 e della componente salario, stimata pari all'1% annuo oltre il tasso d'inflazione. Ne risulta un aumento dei costi di 113 milioni di euro nelle strutture e di 15 milioni di euro per il servizio di assistenza domiciliare e il servizio infermieristico domiciliare, a carico della mano pubblica. Nel complesso ne risulta un ulteriore carico annuale per il bilancio provinciale di 128 milioni di euro reali, una cifra considerevole ma che sarebbe sostenibile.

Oltre a ciò, in questo modello bisogna però tener conto di quello che accade nel settore privato. Considerato che, almeno per le famiglie che acquistano prestazioni di cura esterne, i costi aumenteranno in misura nettamente superiore al tasso d'inflazione (ma anche i costi opportunità della cura familiare aumentano), ciò comporta una svalutazione de facto dell'assegno di cura. In presenza di tariffe giornaliere invariate, un posto letto in struttura diventa sempre più attraente, a livello finanziario, rispetto alla cura a casa. Ciò riguarda in particolare le famiglie bisognose, che non possono più permettersi la cura esterna. Questo può comportare una notevole pressione sulle strutture di ricovero. Quanto possa essere grande questo effetto non è possibile stimarlo in maniera davvero affidabile. Considerato che attualmente già il 25% della prestazione di cura viene coperto con il ricovero, anche se solo una persona non autosufficiente su dieci passasse dalla cura a casa alla cura in struttura si avrebbe un aumento del 30% della "domanda" di posti letti in struttura. (Per chiarire: partiamo da 100 persone, di cui 25 sono assistite nelle strutture e 75 a casa. Se il 10%, ovvero 7,5 persone, fossero curate in struttura anziché a casa, nel complesso verrebbero curate e assistite 32,5 persone su 100 in struttura, ovvero il 30% in più.) Questo sviluppo rappresenterebbe un serio problema a livello di politica sociale e della sanità. In ogni caso, in questo scenario non sarebbe possibile, per le strutture, lasciare le tariffe giornaliere reali invariate, dato che i costi salariali aumentano in proporzione maggiore. Anche lungo quest'asse si avrebbe quindi una pressione sui costi per le famiglie. Inoltre, con l'aumento dei salari pari solo all'1% annuo non si troverà nemmeno sufficiente personale di cura, cosicché oltre alla pressione finanziaria sulle famiglie c'è da attendersi anche una massiccia carenza di personale di cura. L'idea di "non fare nulla", ovvero di lasciare che il sistema continui invariato, può essere considerata come l'eventualità peggiore.



Modello 1: Fare di ogni erba un fascio

Si aumenta l'assegno di cura dell'inflazione più degli incrementi attesi per i costi del personale di cura e si aumentano in uguale misura anche le sovvenzioni agli investimenti per le residenze e il budget per i vari servizi di cura. Ciò corrisponde allo scenario 3 e comporta, per il bilancio pubblico, un aumento dei costi di 190 milioni di euro nelle residenze per anziani e di 128 milioni di euro per l'assegno di cura. A ciò si aggiungono 28 milioni di euro per il servizio di assistenza domiciliare e il servizio infermieristico domiciliare. Complessivamente si tratta di costi aggiuntivi reali pari a 347 milioni di euro.

Tali costi vengono finanziati tramite un'imposta aggiuntiva di € 100 al mese per tutti (lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi). In questa forma pura, ciò comporterebbe entrate aggiuntive pari a circa 312 milioni di euro. Questo importo sarebbe sufficiente per coprire ampiamente i costi e portare avanti il sistema precedente. Dato che l'importo di 300 milioni di euro è necessario solo alla fine del nostro periodo di osservazione, si potrebbe iniziare con un importo mensile di € 50 e aumentarlo ogni anno del 5%.

L'approccio è semplice, ma presenta seri punti deboli: Innanzitutto, pagano tutti lo stesso importo, indipendentemente dal fatto che guadagnino € 1500 o € 5000 al mese. In secondo luogo, si tratta prevalentemente di una procedura contributiva. Ovvero i giovani finanziano le persone anziane non solo attraverso le imposte, come finora, ma anche con questa imposta aggiuntiva. Non ci sarebbe una posizione individuale: chi lascia il territorio "perde" quanto versato; chi si trasferisce più avanti (ad es. a 55 anni) riceve le stesse prestazioni di chi a questo punto ha già effettuato pagamenti per 35 anni. A livello teorico, questo potrebbe addirittura spingere (soprattutto anche gli altoatesini AIRE, ovvero le persone iscritte all'anagrafe degli italiani all'estero) a trasferirsi in Alto Adige al momento del pensionamento con l'aspettativa – legittima – che la necessità di cura raramente subentri prima del compimento dei 70 anni.



Modello 2: Partecipazione in base al reddito familiare

Attualmente l'assegno di cura non è legato al reddito e al patrimonio delle richiedenti e dei richiedenti, e i costi per posto letto in struttura presentano un tetto estremamente moderato, con circa € 1800 al mese (a fronte di almeno € 5000 di costi effettivi).

Un modello semplice potrebbe consistere nell'assoggettare l'assegno di cura (ad eccezione del livello di non autosufficienza 1, che è prestabilito a livello statale) alla dichiarazione unificata del reddito e del patrimonio (DURP) e di porre un tetto ai costi in struttura – anch'essi legati alla DURP – pari a € 2500. In una variante presentata a titolo esemplare si potrebbe pagare l'importo minimo (livello di non autosufficienza 1) a tutte le persone. Per le persone con un reddito inferiore a quello mediano (ovvero il 50% della popolazione) non cambierebbe nulla. Il restante 50% riceverebbe l'assegno di cura del primo livello di non autosufficienza più la metà della differenza tra l'assegno di cura attuale e l'assegno di cura del primo livello. Riceverebbero quindi molto meno di quanto non ricevano attualmente.

Il nuovo importo risulta dalle seguenti componenti:

- A** Per metà della popolazione, con i problemi finanziari maggiori, non cambia nulla. Metà dell'attuale assegno di cura risulta quindi come spesa.
- B** Per l'altra metà della popolazione viene versato in ogni caso l'assegno di cura del livello di non autosufficienza
- C** È inoltre dovuta la metà della differenza tra l'attuale assegno di cura meno l'assegno di cura del livello di non autosufficienza 1 per la metà della popolazione più agiata.

Partendo dal presupposto che il fabbisogno di cura non sia correlato allo stato DURP (o forse non è così, ma non abbiamo al riguardo dati attendibili), questo modello ridurrebbe di circa il 19% i costi dell'assegno di cura, per un importo pari a circa la metà dell'aumento da attendersi entro il 2035 a seguito dello sviluppo demografico.

Il tetto delle tariffe giornaliere a € 2500 mensili comporta un aumento del 38%. Le entrate delle strutture non aumenterebbero certo di questa percentuale, dato che i residenti delle strutture sono ben lungi dal pagare tutti la tariffa giornaliera piena, ma in questo modo si potrebbe assorbire una parte dell'aumento dei costi del personale. Quanto, nello specifico, dipende dall'organizzazione delle possibili riduzioni della tariffa giornaliera in base alla DURP. La spesa pubblica per la cura aumenterebbe comunque, dato che la pressione sulle strutture di ricovero rimarrebbe invariata a seguito del calo della cura familiare e dell'aumento dei costi per gli ausiliari di cura privati.

In questo modello svolgono un ruolo importante la DURP e possibili trasferimenti patrimoniali in vista. Sono pertanto centrali le questioni relative al lavoro amministrativo e alla giustizia sociale. C'è inoltre da chiedersi se un tale modello possa essere introdotto "in un colpo solo" o se debba essere applicato solo per le nuove acquisizioni a partire da un certo momento.

Sia il modello 0 sia il modello 2 presentano una struttura molto conservativa e forniscono pochi impulsi per sviluppare nuove forme di cura. Al tempo stesso, i costi per le famiglie che ricorrono alla cura privata aumenterebbero nettamente (costi salariali), e per la parte superiore della suddivisione reddituale risulterebbe un assegno di cura nettamente inferiore. Il potenziale del modello è pari a circa 36 milioni di euro, e rappresenta quindi al massimo una soluzione parziale.

Modello 3: I soldi risolvono tutto (oppure no)

Questo modello parte dal presupposto che le prestazioni di cura (reali e monetarie) siano fornite a tutte le persone in ugual modo – ovvero senza tener conto del reddito e del patrimonio. A livello di contenuti consiste nelle componenti seguenti:

- l'assegno di cura per la cura a casa viene aumentato notevolmente, da un lato per attutire l'atteso aumento dei costi dovuto alla concorrenza sul mercato del lavoro, e dall'altra, per ridurre al contempo la pressione sulle strutture di ricovero (per es. del 3% annuo).
- Si organizzano servizi di ricovero e di ricovero parziale (elementi innovativi) in maniera tale da avere un'offerta trasparente e rispondente alle esigenze delle cittadini e dei cittadini e da ridurre la pressione sulle strutture.

Per capire, in linea di massima, cosa ciò comporti a livello finanziario, facciamo un esempio legato al livello di non autosufficienza 2. A questo livello il fabbisogno di cura è pari a 120–180 ore al mese o 4–6 ore al giorno. I costi orari più ridotti risultano dagli ausiliari all'assistenza privati (badanti). Si parla di circa € 20 all'ora. Il servizio infermieristico domiciliare genera invece costi per € 50 all'ora. Supponendo un mix di quattro unità di assistenza e di una unità di infermieristica, risultano costi giornalieri pari a $4*20 + 1*50=130€$ al giorno ovvero $130*30=3900€$ al mese. I costi sono pertanto ancora nettamente inferiori ai costi di un posto letto in struttura (discorso che invece non vale più per i livelli di non autosufficienza 3 e 4). Al fine di organizzare tale importo in maniera "socialmente accettabile", l'assegno di cura dovrebbe essere più o meno triplicato. Ciò comporterebbe una voce di costo pari a 470 milioni di euro. Deducendo le attuali uscite pari a 123 milioni di euro, rimangono 347 milioni di euro ovvero, con circa 260.000 occupati, un carico pari a circa € 1330 a persona all'anno.

- A** Il punto decisivo è come riscuotere il denaro: come fisso pro capite (€ 110 al mese), in misura proporzionale al reddito (tariffa lineare) o in maniera proporzionale all'imposta sul reddito (progressiva). Dato che l'importo di 300 milioni di euro è necessario solo al termine del nostro periodo di osservazione, si potrebbe iniziare con un importo mensile di € 50 e aumentarlo ogni anno del 5%.
- B** Naturalmente la domanda relativa alla giustizia sociale sorge in questo contesto così come nel caso della partecipazione in base al reddito familiare.
- C** Considerato che non siamo una società chiusa, sorge la domanda relativa alle persone che lasciano il territorio dopo aver versato per es. già € 30.000 e le persone che prendono la residenza in Alto Adige solo a 55 anni. E cosa ne è del denaro delle persone che muoiono giovani? Deve funzionare secondo il principio dello zaino (ovvero i contributi risparmiati vengono portati all'estero in caso di partenza o gli importi vanno agli eredi in caso di decesso), oppure i contributi decadono?
- D** Una tale procedura presenta naturalmente anche effetti di incentivazione: le persone che si trasferiscono in Alto Adige solo più avanti (per es. a 55 anni) ricevono le stesse prestazioni di chi in quel momento ha già effettuato pagamenti per 35 anni. Teoricamente, ciò potrebbe incentivare perfino (in particolare gli altoatesini AIRE) a migrare al momento del pensionamento, con la fondata aspettativa che la necessità di cura raramente subentra prima del compimento dei 70 anni.

Con questo modello, le strutture riceverebbero solo le tariffe giornaliere di cura rivalutate con l'inflazione, e dovrebbero quindi riscuotere probabilmente tariffe giornaliere nettamente più elevate. Questo renderebbe meno allettante la cura nelle residenze per anziani, e la domanda di prestazioni di cura ambulatoriali o parzialmente ambulatoriali aumenterebbe. In questa sede non si approfondisce (ancora) quali servizi si possano offrire alle persone interessate e quanto questi costino, e nemmeno quali servizi sarebbero a carico della mano pubblica e quali invece a carico dei privati.

Modello 4: Piena trasparenza dei costi

Questo modello parte dal presupposto che tutti i servizi siano calcolati commercialmente a costo pieno e che vengano in linea di massima registrati anche così (modello di mercato). Rispetto a questi prezzi ci sono, a seconda della situazione economica degli interessati, riduzioni (per le prestazioni pubbliche) o contributi (per le prestazioni private).

Le spese attuali della Provincia continuerebbero a essere utilizzate per finanziare queste riduzioni e questi contributi. Per la cura nel settore privato, l'assegno di cura verrebbe ridotto o aumentato in base al reddito familiare.

Dal punto di vista della Provincia, partendo da costi aggiuntivi per una percentuale pari quasi al 100% (determinati dalla situazione demografica, dalle mutate situazioni familiari e dagli aumenti dei salari reali nel settore della cura), per un quarto della popolazione con il reddito e patrimonio più basso si potrebbero aumentare le prestazioni, offrendole a un prezzo simbolico. Per un ulteriore quarto, la situazione potrebbe presentarsi simile a quella odierna, e per la restante metà della popolazione l'assegno di cura verrebbe praticamente meno, e le prestazioni acquisite diventerebbero nettamente più care. Il modello manderebbe chiari segnali di ristrettezza economica e al tempo stesso stimolerebbe soluzioni innovative.

Ci sono tuttavia tre problemi. Innanzitutto, il lavoro amministrativo sarebbe molto elevato, dato che da un lato si tratterebbe di verificare costantemente la situazione reddituale, e dall'altro si dovrebbero conteggiare anche le prestazioni percepite (analogamente al sistema del ticket nell'ambito della sanità).

In secondo luogo, questo sistema attirerebbe sicuramente fornitori di prestazioni privati, che potrebbero ridurre al minimo i costi riducendo però contemporaneamente anche la qualità. Per evitarlo occorrerebbe un vasto sistema di sviluppo e controllo della qualità. Ciò comporterebbe a sua volta costi elevati, da un lato, e inoltre non è chiaro come potrebbero funzionare concretamente questi controlli.

Il terzo problema è che questo modello contiene due grandi incognite per la popolazione: nessuno sa quale sarà la sua situazione economica in età avanzata né per quanto tempo avrà bisogno di cura (magari per niente, ma magari abbastanza a lungo da esaurire l'intero patrimonio). Pertanto, anche per le persone benestanti – e in questo caso sono già considerate benestanti tutte le persone che percepiscono un reddito superiore al valore mediano – occorre in questo ambito un modello assicurativo o perlomeno un'offerta assicurativa.



Modello 5: Assegno di cura 2

Questo modello è da intendersi come proposta su cui riflettere; non si consiglia assolutamente di prenderlo direttamente così com'è. Consiste negli elementi seguenti:

- A** L'assegno di cura viene congelato nominalmente al livello attuale, il che comporta de facto una svalutazione tenuto conto dell'inflazione. Per le nuove acquisizioni, l'importo dei livelli di non autosufficienza 2-4 viene ridotto annualmente del 5% reale fino a un massimo del 30%. Dato che tre quarti dell'assegno di cura sono destinati ai livelli di non autosufficienza 2-4, ciò comporta un alleggerimento della spesa pari a circa il 22% per quanto riguarda l'assegno di cura.
- B** Le tariffe giornaliere nelle residenze di cura vengono aumentate ogni anno del 10% reale per le nuove acquisizioni, l'aumento complessivo arriva fino al 100% (elevato abbastanza da non spodestare i servizi ambulatoriali, e contenuto abbastanza da non attirare in massa i fornitori di prestazioni privati).
- C** Le tariffe per le prestazioni mobili di cura vengono aumentate annualmente del tasso d'inflazione più il 5% fino al raggiungimento di prezzi in grado di coprire i costi (copertura, almeno, dei costi variabili).
- D** Viene introdotto un assegno di cura aggiuntivo di entità pari a quello attuale (giugno 2023 con l'adeguamento all'inflazione) (nel caso del livello di non autosufficienza 2 corrisponderebbe a $900 \times 0,7 = 630$; 0,7 per via della riduzione già calcolata del 30%), in ogni caso solo fino a una DURP corrispondente a un quartile della coorte di popolazione interessata (60+). La cura che non prevede un ricovero dovrebbe così conseguire un vantaggio relativo di prezzo. Questo consentirebbe un'assunzione più agevole, da un lato dei costi per la cura non in ricovero, e dall'altro per la cura non familiare. In questo modo si possono però coprire anche i contributi per la pensione assicurativa dei familiari delle persone non autosufficienti più un piccolo riconoscimento finanziario (costi aggiuntivi: 25%; più o meno coperti dai risparmi indicati al punto a).
- E** Viene offerta una polizza assicurativa semplice che copre l'assegno di cura aggiuntivo nonché la partecipazione per il ricovero in struttura. Da una stima assolutamente non vincolante risulta che occorrerebbe a tal fine un pagamento una tantum di circa 30.000-35.000 euro. (Calcolo di controllo di massima: l'assegno di cura cala del 30% = $240 \times 0,7 = 168$ milioni di euro all'anno, suddivisi per 5500 persone per anno di nascita risulterebbero costi per 168 milioni di €/5500 persone = € 30.545 a persona.) Questa polizza può essere stipulata fino al compimento dei 65 anni. In alternativa al limite di quartile per l'assegno di cura, il pagamento della polizza può anche essere inserito nel bilancio provinciale. Vengono offerte modalità di pagamento flessibili per le polizze: piano di risparmio, TFR, proventi della pensione complementare, ipoteca su un immobile. (In alternativa al punto precedente: componente dell'anno di nascita pari a 5500; di cui il quarto di popolazione che ha più bisogno di sostegno = 1375, per €30.000, da cui derivano costi pari a 41,2 milioni di € per il bilancio provinciale.)

Il modello esige un obbligo assicurativo, offre però alla cittadinanza uno strumento per coprire il rischio relativo alla variabilità del fabbisogno di cura. Organizzando la polizza in modo che possa essere fatta valere a livello fiscale, l'onere netto sarebbe perlopiù inferiore a € 20.000.

Anche in questo caso va certo controllata la situazione reddituale e patrimoniale, ma solo al momento della stipula della polizza. La polizza peraltro non andrebbe stipulata necessariamente a 65 anni; può essere infatti stipulata anche più avanti con un supplemento calcolato secondo criteri matematico attuariali.

Sono pensabili anche modelli con una partecipazione implicita: l'assicurazione interviene solo due anni dopo il raggiungimento del livello di non autosufficienza 2 (partendo dal presupposto che per due anni si possa far fronte autonomamente al carico) o dopo il raggiungimento del livello di non autosufficienza 3. Fino alla stipula della polizza, il denaro, ad esempio nel caso di un piano di risparmio, rimane come posizione individuale. I trasferimenti in Alto Adige o fuori dall'Alto Adige non costituiscono pertanto un problema.

Quale sarebbe in questo caso il ruolo della Provincia: In primo luogo questo modello non tocca affatto gli invalidi civili, dato che, come sopra indicato, hanno bisogno di altre forme di sostegno. Questo va quindi considerato indipendentemente dalla proposta qui presentata. In secondo luogo, il pagamento dell'assegno di cura 1, anche se in forma ridotta. In terzo luogo l'assunzione dei costi della polizza per il quarto della popolazione meno facoltoso. In quarto luogo: l'offerta garantita di prestazioni di cura attraenti e l'organizzazione di un ampio controllo della qualità anche nel settore della cura privata. Il bilancio provinciale coprirebbe inoltre le incognite statistiche rappresentate dall'andamento demografico e dei costi.

Come chiaro potenziale di sinergia si citeranno il sistema di valutazione esistente, l'assenza di costi di distribuzione e diverse strutture decentralizzate per la consulenza. Questo fa propendere per una soluzione pubblica – eventualmente in cooperazione con organizzazioni della società civile.

Modello 6: La variante delicata

Il modello parte dal presupposto che le spese per il fabbisogno di cura nel bilancio provinciale possano aumentare, ma che la loro percentuale venga congelata al livello attuale.

Ipotesi importanti: Le principali ipotesi all'interno di questo modello partono dal presupposto che il bilancio provinciale aumenti dell'1% reale a seguito della maggiore produttività e della progressione fredda. Gli elementi del modello sono i seguenti:

- A** L'assegno di cura di livello I viene rivalutato del 2% al di sotto del livello dell'inflazione e corrisposto come sempre, ovvero non in base al reddito familiare. Ciò corrisponde fino al 2035 a una riduzione reale del 34%. Questo basta per coprire la maggior parte delle componenti quantità. Al tempo stesso si tratta di un'assicurazione, dato che finora per il livelli di non autosufficienza 2-4 non esiste alcuna regola di adeguamento al tasso d'inflazione.
- B** I costi per le strutture aumentano annualmente del tasso d'inflazione pari al +2% per le persone che, al momento dell'entrata in vigore del nuovo regolamento, già vi risiedono. Per le nuove persone accolte, i prezzi aumentano del tasso d'inflazione +4%. Questo è sufficiente per coprire i crescenti costi del personale nelle strutture di ricovero.
- C** I costi per le prestazioni di cura ambulatoriali aumentano del tasso d'inflazione +3%.

Ciò significa, in questo scenario, che le famiglie vengono aggravate di tre ulteriori componenti di costi:

- ricevono de facto il 35% in meno di assegno di cura pro capite,
- devono far fronte a costi più elevati per i servizi di cura, e
- i costi a carico dei privati per un letto in struttura aumentano notevolmente nel corso di 15 anni.

Gli aumenti dei costi per la cura privata sono interamente a carico delle famiglie.

Rispetto all'ammontare preciso di tale onere si può fare una stima solo approssimativa. L'importo ammonta più o meno al livello dell'attuale assegno di cura. Lasciare le cose così è impossibile a livello di politiche sociali e non è nemmeno giusto. Tanto più che l'onere non viene ripartito in maniera uniforme su tutta la popolazione, ma ricade con particolare impatto sulle persone con livello di non autosufficienza maggiore e più lungo.

Già solo per questa ragione occorrono misure di accompagnamento in grado di fornire una compensazione più che maggiore agli oneri aggiuntivi sopra indicati, di ripartire i costi fra tutti e non farli ricadere solo sulle

persone che hanno bisogno di cura e di tenere conto, nella ripartizione dei carichi, anche della situazione economica degli interessati:

- Un'offerta assicurativa che copra questi rischi. L'ammontare del prezzo di una polizza equa è stato stimato nel capitolo 5 a circa € 39.000.
- Un "sovvenzionamento" di queste polizze a seconda della situazione reddituale e patrimoniale delle cittadini e dei cittadini.

A seconda di quanto vengano sovvenzionate queste componenti, ne risulta un carico aggiuntivo variabile per il bilancio provinciale. Partendo da una componente dell'anno di nascita pari a 5500 persone e assumendo che tutte si iscrivano all'assicurazione, ne risultano costi pari a $5500 \times 39.000 = 214$ milioni di euro. Ipotizzando che il bilancio provinciale si faccia carico interamente dei costi per un quinto, del 60% per un altro quinto e del 30% per un altro quinto ancora, i costi sarebbero pari a 81 milioni di euro. Con una crescita economica dell'1% annuo, rispetto alle uscite attuali di 245 milioni di euro si compenserebbero circa 40 milioni di euro. L'aumento reale delle spese per la cura e per l'assistenza nel bilancio provinciale rimarrebbe, con 40 milioni di euro, gestibile, e si può immaginare anche un margine d'azione per offerte di cura innovative che riducano anche l'esigenza di ulteriori posti letto in struttura.

Questo modello comprende alcuni elementi di rilievo per una valutazione:

- A** Il modello comporta per tutti un onere finanziario aggiuntivo di € 39.000, che può essere notevolmente ridotto tramite una procedura di risparmio che permette agevolazioni fiscali.
- B** La spesa pubblica per la cura viene sostenuta ancora per la maggior parte dalla popolazione lavoratrice tramite il bilancio provinciale, i costi aggiuntivi derivanti dallo sviluppo demografico e dalla carenza di personale sul mercato del lavoro vengono però spostati più puntualmente sulla fascia d'età interessata.
- C** Grazie al principio assicurativo, l'onere viene ripartito in maniera più uniforme tra le persone che hanno bisogno di cura e quelle che "se la cavano" senza cura.
- D** Prevedendo la stipula dell'assicurazione più avanti nell'età (a 60 o 65 anni), non si impedisce la mobilità della popolazione né si offrono incentivi a una migrazione indotta dalla cura.
- E** Il sovvenzionamento della polizza consente di alleggerire l'onere di coloro che hanno a disposizione meno risorse finanziarie e di aumentare l'onere di coloro che stanno finanziariamente bene solo dell'entità in cui possono attendersi prestazioni matematico attuariali. (Al tempo stesso, il rischio per gli interessati decade grazie alla durata differente del fabbisogno di cura.)
- F** Con un assegno di cura livello II, pagato dall'assicurazione, si rafforza l'autonomia delle famiglie e si favoriscono possibili innovazioni nell'ambito della cura.
- G** Il modello funziona anche se non tutte le cittadini e i cittadini utilizzano il sistema. Non è pertanto necessario un obbligo di un qualche genere, anche perché con l'assegno di cura di livello I (già esistente) si ha un'assicurazione minima. (I casi di cura drammatici che non hanno fatto ricorso all'assicurazione dovranno in ogni caso essere intercettati socialmente.)

Modelli a confronto:

I sette modelli si distinguono principalmente per gli oneri a carico delle famiglie delle persone non autosufficienti, e in particolare circa le opzioni seguenti: a) se si tiene conto della situazione economica delle persone non autosufficienti, b) se gli oneri devono essere tutti a carico delle sole persone non autosufficienti, oppure c) se vengono suddivisi in modo solidale tra tutti i cittadini e d) quali oneri sono a carico del bilancio provinciale. Riassumendo i modelli in base a questi punti di vista, ne risultano i gruppi seguenti:

- i modelli da 0 a 5 sono quelli che colpiscono maggiormente le famiglie; anche per tutti gli altri modelli l'onere aumenta, ma, almeno dal punto di vista finanziario, è sostenuto dalle contribuenti e dai contribuenti o dal sistema sociale di un'assicurazione.
- Nel caso del modello 1 si presuppone un importo fiscale fisso. Ciò significa che i redditi inferiori devono destinare una percentuale maggiore del proprio reddito alla cura. In linea di massima questo principio vale anche per il modello 3, sebbene siano già stati coinvolti diversi modelli fiscali.
- Nel caso dei modelli 0, 2 e 4, a sostenere l'onere complessivo sono le persone che hanno bisogno di cura, non vi è una suddivisione del rischio tra interessati e non interessati.
- Nel caso dei modelli 0, 1 e 3, la situazione economica degli interessati non svolge alcun ruolo. Per tutti gli altri modelli se ne tiene conto tramite prezzi in base al reddito, assegni di cura in base al reddito o sostegno all'acquisto della polizza assicurativa.

La tabella seguente fornisce una panoramica compatta in merito ai setti modelli di finanziamento per la cura. Le singole caratteristiche dei modelli sono state valutate in particolare rispetto alla loro desiderabilità sociale da 1 (desiderabilità molto elevata) fino a 5 (accettazione molto bassa).

Aspetto	Modello 0	Modello 1	Modello 2	Modello 3	Modello 4	Modello 5	Modello 6
Carico finanziario famiglie	4	1	3	1	3	4	3
Carico finanziario strutture	3	1	1	4	2	2	2
Carico strutture quantità	4	2	2	2	4	2	1
Carico bilancio provinciale	3	2	3	3	3	3	2
Equilibrio sociale	4	5	3	3	2	3	1
Carico dei giovani	2	4	2	3	1	1	1
Onere amministrativo	1	4	5	3	5	3	2
Stimoli innovativi	5	2	5	1	1	2	2
Accettazione popolazione	2	5	4	3	3	3	2
Media	3,1	2,9	3,1	2,6	2,7	2,6	1,8

Tabella 9: Confronto dei modelli per un'assicurazione sostenibile della cura (1 = desiderabilità sociale molto elevata, 2 = desiderabilità sociale elevata, 3 = desiderabilità media, 4 = desiderabilità bassa, 5 = non desiderato)

Dal nostro punto di vista prevale una netta preferenza per il modello 6. Allo stesso risultato si giunge anche tenendo conto dei principali risultati del sondaggio condotto tra la popolazione in merito al modello di finanziamento preferito: suddivisione dei costi 55:45 pubblico e privato, meno carico per i giovani, compensazione sociale, la forma preferita di assicurazione sociale e, con un po' un certo ribasso, anche la disponibilità a pagare.

In ogni caso, molti parametri e aspetti organizzativi non sono stati trattati affatto o solo in modo molto approssimativo. Anche se si approvasse del tutto un modello 6, non è ancora chiaro come si potrebbe giungere dal modello attuale a un'integrazione del sistema attuale con un'assicurazione per la cura senza incontrare problemi e rifiuti. Non da ultimo bisogna anche approfondire come dovrebbe essere organizzata la fase di risparmio per questo onere non irrilevante. A tale proposito ci sono diverse varianti possibili:

- l'organizzazione viene lasciata interamente alle persone interessate;
- si stabilisce un piano di risparmio con versamenti fissi;
- si stabilisce un piano di risparmio che premette agevolazioni fiscali nel quadro del fondo di pensione complementare;
- si collega il pagamento al versamento del TFR e/o
- si offre un modello che consente di effettuare il pagamento ipotecando un immobile.

Tutte queste possibilità presentano vantaggi e svantaggi che occorre approfondire anche da un punto di vista tecnico. In generale si sa però che le modalità di pagamento, per quanto riguarda sia la tipologia sia la frequenza nel ciclo di vita, devono essere quanto più varie possibile, dato che anche le condizioni di vita delle cittadine e dei cittadini sono molto eterogenee.

I necessari approfondimenti tecnici dovrebbero essere fatti a partire dal momento in cui vi è un consenso politico in merito all'orientamento del finanziamento della cura.

Prima appare sensato dare un'occhiata a ciò che bisognerebbe sviluppare a livello di contenuti dei servizi di cura al fine di preparare l'intero sistema al futuro non solo da un punto di vista finanziario, ma anche per quanto riguarda il personale, l'organizzazione e pertanto anche la qualità.



8 Impulsi internazionali e prospettive per l'Alto Adige

Le sfide della cura in età avanzata non sono una specificità dell'Alto Adige, ma sono presenti in modo analogo in praticamente tutti i Paesi sviluppati. È anche per questo motivo che l'OCSE tiene particolarmente conto di questa tematica in una varietà di pubblicazioni (OCSE 2017; OCSE 2019). Tanto i fattori alla base sono simili, quanto sono diverse in parti le soluzioni trovate. In questo capitolo si presenteranno quindi alcuni approcci importanti in tre Paesi – Danimarca, Paesi Bassi e Austria – che potrebbero fungere da stimolo fornendo preziosi input per l'ulteriore sviluppo della cura in Alto Adige.

8.1 Danimarca

Il sistema danese è decentralizzato. Risponde all'esigenza di andare incontro a una popolazione fortemente sparsa sul territorio. La responsabilità della cura delle persone anziane è infatti affidata ai comuni. Il sistema offre - almeno in teoria - alle persone interessate la scelta di usufruire dei servizi di fornitori pubblici o privati. In questo modo si crea una situazione di concorrenza e si previene l'insorgere di monopoli (Osservatorio per gli sviluppi sociopolitici in Europa 2012).

Già nel 1989 veniva introdotto il sistema dell'"assistenza integrata", che prevede la stretta collaborazione del servizio infermieristico domiciliare con tutta una serie di altri servizi al fine di garantire un'assistenza completa (Häkkinen 2000). Il sistema offre nel complesso un set molto ampio di servizi, che vanno dalle prestazioni mediche alle prestazioni del servizio infermieristico domiciliare fino alle semplici prestazioni di sostegno in famiglia ovvero, più in generale, nella gestione della vita quotidiana. Dato che il sistema giuridico danese prevede il diritto all'assistenza a domicilio, per ogni persona c'è una persona responsabile (Home Care Manager), che redige un piano di cura e coordina le singole prestazioni (Geyer et al. 2016).

Chi ha compiuto 75 anni e non riceve ancora alcun sostegno, ha diritto a una visita preventiva a domicilio da parte del rispettivo personale qualificato (assistenti sociali, infermieri, medici, ergoterapisti e



fisioterapisti) fino a due volte all'anno. Nell'ambito di queste visite, le persone interessate vengono informate anche in merito a tutte le possibilità di sostegno e assistenza.

Esiste un sistema di passaggio graduale dall'abitazione autonoma all'abitazione in alloggi per persone anziane (per es. con sistemi di allerta) e all'assistenza abitativa via via fino alla cura presso una struttura di ricovero. Questo processo viene accompagnato proattivamente tramite un'ampia offerta di assistenza e attivazione.

Per l'Alto Adige, gli aspetti interessanti di questo esempio potrebbero essere i seguenti:

- il coordinamento dei servizi da parte di un/a case manager tenuto conto dei bisogni e delle esigenze delle persone anziane,
- la consulenza preventiva nonché il sostegno, per es. per le procedure amministrative,
- l'accompagnamento più differenziato alle soluzioni di autonomia abitativa fino al passaggio ad altre forme abitative.

Le informazioni sono state tratte prevalentemente dalla letteratura in materia. Potrebbe valere la pena approfondirle ed esaminare anche le relative valutazioni rispetto all'efficacia, alla soddisfazione delle persone interessate e naturalmente anche ai costi.

8.2 Paesi Bassi

I Paesi Bassi hanno un sistema molto avanzato per l'assistenza delle persone anziane. Nel caso di questo modello bisogna però tenere conto anche del fatto che, con una densità di popolazione pari a 521 persone al km², i Paesi Bassi sono un Paese estremamente urbanizzato. A titolo di confronto: l'Alto Adige presenta una densità di popolazione pari a 71 persone per km².

L'elevata densità di popolazione consente ai Paesi

Bassi di organizzare tutti i servizi prevalentemente in base ai quartieri di residenza. In questo modo riescono a ottenere un collegamento tra le persone non autosufficienti e il loro ambiente, intervengono anche a livello locale a creare situazioni prive di barriere e offrono, nell'ambiente delle persone, servizi completi senza perdite di tempo legate ai trasferimenti. Alcuni di questi quartieri sono stati perfino ideati e costruiti specificamente per le persone anziane o per consentire a diverse generazioni di convivere. Inoltre, le offerte dei quartieri si contraddistinguono per un'elevata digitalizzazione, tra l'altro per la trasmissione delle informazioni e per l'accesso ai servizi.

Interessante è la forma organizzativa dei servizi in loco: i servizi vengono offerti da équipes di cura ambulatoriali auto-organizzate che godono di elevata autonomia e quindi messi in conto alla mano pubblica.

Anche se la situazione nei Paesi Bassi non è paragonabile a quella presente in Alto Adige, il concetto della cura per quartiere potrebbe fornire input importanti per le realtà cittadine.

L'idea di affidare a gruppi operanti in modo ampiamente autonomo la responsabilità relativa a interi quartieri cittadini o intere località è l'esatto opposto della cultura amministrativa italiana. Se si considera, tuttavia, che molti ausiliari di cura lasciano il lavoro perché le condizioni quadro offerte non vanno bene per loro, occorre perlomeno verificare se forme organizzative più libere, come ad esempio cooperative autogestite agenti per conto della mano pubblica, non possano essere in grado di riattivare un potenziale di ausiliari di cura che attualmente non viene utilizzato. Alla luce della carenza grande e crescente di personale di cura, vale in ogni caso la pena approfondire questo aspetto.



8.3 Austria

Il sistema di cura austriaco non differisce poi troppo dal sistema altoatesino: anch'esso prevede un assegno di cura, ma i livelli di non autosufficienza sono sette, e pertanto molto più differenziati che in Alto Adige. Inoltre, questo sistema offre un'assistenza facoltativa tramite visite a domicilio da parte di un ausiliario di cura. Questo mira a consentire uno scambio con i familiari delle persone non autosufficienti e a garantire una consulenza per quanto riguarda le esigenze di cura. Per la cura 24 ore su 24 sono previste obbligatoriamente visite a domicilio. Tali visite a domicilio sono potenzialmente in grado di aiutare a individuare tempestivamente un sovraccarico dei familiari delle persone non autosufficienti e a offrire il relativo sostegno. Che ciò avvenga effettivamente o che costituisca solo un potenziale sarebbe da chiarire contattando gli esperti austriaci.

L'esperimento forse più importante nel sistema di cura austriaco è il cosiddetto "Modello Burgenland". Nell'ambito di questo esperimento, i familiari delle persone con un livello di non autosufficienza pari almeno al livello 3 (su 7) hanno la possibilità di farsi assumere da una società ("Pflege Service Burgenland") se non svolgono alcuna altra attività professionale. I costi d'assunzione sono a carico della regione federale del Burgenland e della persona non autosufficiente. La partecipazione costituisce un tasso percentuale (80%-90%) dell'assegno di cura e del reddito che supera l'aliquota base per le prestazioni sociali (per persone sole € 1054). Nel quadro di questo rapporto di lavoro, le persone che si occupano della cura hanno un'assicurazione malattia e un'assicurazione previdenziale, hanno diritto alle ferie e, in caso di malattia, hanno diritto a un sostituto.

Questo approccio risolve tutta una serie di problemi per le persone che si dedicano alla cura: esiste una base finanziaria, per quanto

modesta; si evitano lacune assicurative, che molto spesso comportano pensioni molto basse; e il rapporto di cura viene inserito in un contesto organizzativo chiaro. Inoltre, questo modello offre un'altra possibilità: i familiari delle persone non autosufficienti possono decidere, una volta che queste persone non possono più essere assistite a casa, se desiderano svolgere professionalmente questo mestiere combinandolo a un'adeguata formazione. La formazione viene finanziata all'interno del modello. Il Modello Burgenland dev'essere integrato valutando punti di sostegno alla cura vicini al domicilio al fine di mettere a disposizione ulteriore competenza di consulenza e di sostenere maggiormente l'approvvigionamento orientato ai bisogni delle persone in cura nel loro contesto abitativo.

Il potenziale di questo modello è grande, dato che anche in Alto Adige circa il 40% dei familiari delle persone non autosufficienti non è in pensione né ha un lavoro a tempo pieno; si può quindi senz'altro presumere che potrebbe fornire, eventualmente in una forma modificata, una soluzione per un aspetto parziale della cura e dell'assistenza.

Inoltre, come già menzionato inizialmente, il modello di cura austriaco (al pari di altri modelli europei) presenta una maggiore differenziazione tra i livelli di non autosufficienza. Questo consente di tenere maggiormente conto, nella valutazione, delle situazioni di cura che richiedono molta assistenza e di ottenere in seguito un sostegno finanziario più adeguato alla situazione e alle esigenze.

In Carinzia vengono offerti, nel quadro di progetti modello (2021-2023), servizi psicosociali mobili per le persone anziane allo scopo di favorire l'integrazione sociale e l'invecchiamento sano. Queste offerte, promosse dal Ministero austriaco delle politiche sociali, sono gratuite per le persone

anziane e per i loro familiari; hanno contribuito in modo duraturo all'alleggerimento del carico delle persone anziane assistite e dei familiari delle persone non autosufficienti nonché alla riduzione di malattie, anche nel caso della pandemia. È quanto è emerso dalla valutazione intermedia (Hilfswerk 2023).

Queste offerte mobili potrebbero contribuire anche in Alto Adige ad alleggerire il carico dei familiari delle persone non autosufficienti nonché a prolungare il periodo di autonomia abitativa delle persone anziane.

Da questi pochi esempi risulta chiaro che lo studio di best practices può fornire input importanti per lo sviluppo in Alto Adige. Da un punto di vista metodologico vi sono però due problemi da considerare: la letteratura disponibile non approfondisce sufficientemente gli aspetti stringenti del sistema di cura, per cui prima di adottarlo si rende necessaria una visita sul posto. Il problema maggiore è però costituito dalla critica alle fonti: naturalmente gli stakeholder direttamente coinvolti sono i meglio informati, ma sono in pratica anche sempre parte attiva con i propri interessi. Una compensazione in tal senso è possibile solo parlando con un'ampia gamma di stakeholder, il che a sua volta è oneroso, ma varrebbe comunque la pena.

Nonostante queste difficoltà, l'utilizzo delle esperienze di altre realtà dovrà essere un motore importante per lo sviluppo dinamico del sistema in Alto Adige.



9 Limiti dello studio

Le sfide per la cura derivanti dal cambiamento demografico sono note da tempo e sono oggetto di analisi approfondita anche per l'Alto Adige (EURAC 2021; Bernhard et al. 2014; Gudauner 2023; ASTAT, Untermauzner 2016; OCSE 2017; OCSE 2019).

Il presente lavoro si basa su questi risultati e fornisce un contributo agli aspetti seguenti:

- cerca di compiere una sintesi delle diverse componenti di costi collegate alla cura delle persone anziane. Tale sintesi non è del tutto semplice a causa della varietà di attori (interessati, familiari, circoscrizioni, organi delle residenze, Dipartimento Sociale e Dipartimento Salute), e anche le cifre qui riportate non sono stime precise, bensì valori indicativi di massima che sono però sufficienti per decisioni strategiche in ambito di politiche sociali.
- Molti dei lavori presenti in merito alla cura delle persone anziane sottolineano l'importanza di due componenti: lo sviluppo demografico e il fabbisogno di ulteriori ausiliari di cura professionali. Il presente lavoro integra entrambe queste componenti con una stima della pressione sui costi risultante dalla concorrenza per aggiudicarsi personale qualificato nell'ambito della cura e dell'assistenza sociale con qualsiasi livello di qualifica. Questo aspetto è significativo non solo dal punto di vista finanziario: se una pressione sul risparmio impedisse alle offerte pubbliche di creare condizioni quadro allettanti per le persone che vi lavorano, ne conseguirebbe una perdita di qualità delle offerte di cura pubbliche. Si può presumere che ne conseguirebbe un'offerta privata più ampia per le persone che se lo possono permettere. Si spianerebbe così la strada per una cura multiclasse. Il problema viene illustrato in questo studio, ma deve essere integrato con una strategia per rendere più attraenti la cura e l'assistenza professionali.



- Tramite i costi della cura ripartiti nel presente lavoro emerge chiaramente che la cura in ricovero è la forma di assistenza più costosa. Lo studio sostiene pertanto la strategia formulata nel Piano sociale provinciale 2030 di investire in nuove forme di cura e assistenza. In quale misura se ne faccia ricorso è un problema culturale, in ogni caso non si devono sottovalutare gli effetti di stimolo derivanti dai costi di singole offerte di cura per le famiglie. Anche questo tema viene solo abbozzato nel capitolo relativo al finanziamento e dovrebbe essere analizzato in modo trasversale attraverso tutte le prestazioni di cura. I modelli presuppongono l'attuale assegno di cura per i quattro livelli di non autosufficienza. Questi modelli sono tuttavia sufficientemente flessibili da poter essere leggermente adeguati a un'eventuale riforma dei livelli di non autosufficienza.
- La prestazione di cura quantitativamente più significativa è fornita dalla cura informale. Al contempo, questo tipo di cura è particolarmente fragile a causa del cambiamento sociale. La presente ricerca ha messo in evidenza che la cura informale rappresenta, per una parte considerevole delle persone addette alle cure, un carico notevole, e che questo carico può essere ridotto

tramite misure di sostegno. A questo proposito, i dati del presente lavoro non sono che un primo approccio, dato che le esigenze delle persone che sinora non hanno utilizzato né il servizio di assistenza domiciliare né il servizio infermieristico domiciliare non sono ancora state rilevate a livello quantitativo. La situazione sarà tuttavia corretta a breve tramite un'ulteriore rilevazione. Più importante è un approfondimento dei dati al fine di individuare il fascio di prestazioni di cura che sarebbero particolarmente utili per determinati gruppi target. È stato mostrato ad esempio che le priorità delle persone che lamentano un carico forte o molto forte derivante dalla cura fornita sono nettamente diverse dalla media dei familiari delle persone non autosufficienti.

- Sinora, la discussione in merito alla "forma corretta" del finanziamento della cura è stata condotta a livello politico e dagli stakeholder. Il rilevamento effettuato nell'ambito del presente studio si interroga per la prima volta sulla posizione della popolazione. I risultati forniscono prime indicazioni per modelli di finanziamento potenzialmente in grado di godere della maggioranza. In ogni caso, le preferenze sono state chieste in modo molto generico. Una volta individuate due o tre alternative contenenti anche maggiori dettagli, si dovrebbe ripetere una rilevazione analoga con un campione leggermente più grande.
- Un aspetto importante non è stato messo in evidenza in questa rilevazione: la situazione della cura professionale. La letteratura internazionale mostra che le esigenze per un posto di lavoro nel settore della cura sono molto eterogenee, e che in futuro si dovrà presumibilmente fare i conti con condizioni di lavoro molto differenziate per aggiudicarsi il numero necessario di ausiliari di cura. Si dovrebbero inoltre rilevare le preferenze delle persone che attualmente lavorano già nell'ambito della cura, ma naturalmente anche le preferenze dei giovani che attualmente devono decidere in quale settore

vedono il loro futuro professionale, nonché delle persone che desiderano accedere nuovamente alla vita professionale, ad esempio dopo aver dedicato del tempo alla cura dei figli.

- In questo lavoro si interrogano le preferenze della popolazione (per il finanziamento della cura) e il punto di vista dei familiari delle persone non autosufficienti in merito alla situazione di cura, al carico derivante loro dalla cura e a possibili misure di sostegno. Manca del tutto il punto di vista delle persone non autosufficienti. Trattasi di un elemento che non può essere coperto con i metodi qui applicati e che andrebbe esaminato con una rilevazione qualitativa completa. Il Centro di competenza per il Lavoro sociale e le Politiche sociali della Libera Università di Bolzano ha avviato, nell'autunno 2023, uno studio pilota che indaga le esperienze di cura delle persone non autosufficienti in Alto Adige.
- A titolo di completezza si ripeterà ancora che il presente lavoro prende in considerazione solo la cura delle persone anziane. Ciò non deve in alcun modo essere interpretato come un segnale che l'assistenza alle persone più giovani non richieda almeno la stessa attenzione sociale. Con riferimento all'assistenza alle persone più giovani, tanto gli obiettivi di sostegno (quali l'autonomia, l'integrazione nel mercato del lavoro, la formazione e lo studio universitario) quanto le esigenze di cura sono talmente diversi che non è utile mischiare i due ambiti d'intervento.

Queste osservazioni sono volte ad aiutare le lettrici e i lettori a comprendere meglio il possibile portato del presente lavoro e i relativi limiti nonché a interrogarsi naturalmente sull'ambito in cui ulteriori studi potrebbero risultare utili per dare fondamento alle decisioni politiche.



10 Risultati principali e prospettive

Nel presente capitolo vengono sintetizzati i principali risultati dello studio.

- In accordo con molti altri studi, partendo dal 2020 ed entro il 2035 si deve mettere in conto per l'Alto Adige una crescita pari a circa il 35% del fabbisogno di cura e assistenza per le persone anziane. Di quanto aumenterà il fabbisogno di cura nelle residenze dipende da fattori d'influenza esterni (per es. strutture familiari), ma anche da misure di sostegno e incentivi finanziari per le famiglie nonché dal potenziamento delle offerte ambulatoriali. Poiché la cura in residenze è, con circa € 65.000 all'anno per posto letto, la variante di gran lunga meno preferita dagli interessati e dai loro familiari, è assolutamente prioritario, da un punto di vista umano ed economico, sviluppare misure di sostegno e "soluzioni transitorie" (soluzioni per il passaggio dall'autonomia completa alla cura completa).
- La colonna portante della cura è la cura informale, familiare. È risaputo che questa presenta tuttavia un problema strutturale, considerati i cambiamenti sociali. La componente quantitativa significherebbe inoltre che circa il 35% o almeno 3500 persone in più dovrebbero impegnarsi nella cura familiare nel 2035. Dagli studi emerge che il carico per chi si occupa in modo informale della cura delle persone non autosufficienti è davvero elevato, e il presente lavoro ha mostrato che naturalmente anche in Alto Adige è così. Ciò premesso, occorre trovare ulteriori forme al fine di alleggerire il carico dei familiari e sviluppare forme miste di cura familiare e professionale.
- La domanda su quanto le singole misure di sostegno rappresenterebbero un alleggerimento per i familiari delle persone non autosufficienti mostra che sono richiesti un alleggerimento diretto del carico dovuto alla cura (emergenze, fine settimana), assistenza e consulenza delle persone addette alla cura, la creazione di spazi (come vacanze per le persone addette alla cura), il miglioramento dei contatti sociali e l'alleggerimento delle preoccupazioni finanziarie. Le esigenze sono varie, occorre quindi una "cassetta degli attrezzi" di politiche sociali che consenta di andare incontro a queste esigenze.
- Naturalmente ciascuna di queste misure comporta un maggiore fabbisogno di personale e/o finanziario. L'alternativa è in ogni caso il posto letto in residenza per anziani, che in generale è meno desiderato dalle persone non autosufficienti, richiede maggiore personale ed è più costoso.
- Alla cura familiare a casa - assistita da personale di cura privato e ausiliari, dall'assistenza domiciliare e dal servizio infermieristico domiciliare, da "Pasti a domicilio", visite dei vicini o altri servizi (vedi input internazionali, cap. 8) - si aggiungono anche altre forme di cura e assistenza, come l'assistenza abitativa. In questo ambito esiste in Alto Adige una grande quantità di idee e input derivanti da esperimenti sul campo più o meno maturi. In ogni caso non è facile ottenere una panoramica completa relativamente a questi approcci né accesso ai rispettivi documenti di



valutazione. Risulterebbe estremamente utile poter disporre di una banca dati centrale con un reporting strutturato. Il rilevamento comporta di sicuro un certo dispendio "burocratico", che viene tuttavia più che compensato dal fatto che dalle esperienze risulta il necessario impulso di apprendimento per un ulteriore sviluppo dinamico del sistema sociale e di cura.

- Qualsiasi sviluppo ulteriore, sia nella cura familiare sia nella cura in struttura, e per tutte le forme intermedie, deve essere anche sostenuto finanziariamente. Attualmente è estremamente difficile ottenere una panoramica - anche solo tramite il finanziamento pubblico - dato che non esiste un sistema di controllo adeguato, a iniziare dal fatto che i costi delle prestazioni di cura e gli investimenti a essi legati sono registrati in diversi capitoli, senza contare che i diversi organi per le prestazioni professionali di cura non utilizzano una rubrica unitaria, e le prestazioni accessorie nella contabilità dei costi non sono riportate separatamente. Un sistema di controllo unitario completo relativamente alle prestazioni di cura sarebbe estremamente importante, dato che consentirebbe anche di valutare più facilmente gli effetti economici degli approcci di cura innovativi sopra indicati. Non si tratta in questo caso di un controllo degli attori, bensì di una panoramica dei diversi approcci nella cura e nell'assistenza nonché della relativa gestione della qualità.
- Per quanto riguarda l'ulteriore fabbisogno di finanziamento, si constata che la pura componente quantitativa potrebbe essere finanziata anche esclusivamente con il bilancio provinciale se si portasse avanti il sistema attuale - sempre che la politica lo desiderasse. Questo modello comporterebbe tuttavia, da un lato, che non si disporrebbe dei necessari mezzi finanziari per migliorare di conseguenza la qualità del lavoro delle persone addette alle cure, con una probabile notevole pressione conseguente sia per le famiglie sia per le strutture. Ne conseguirebbero una notevole riduzione della qualità della cura e effetti collaterali indesiderati, come una cura multiclasse e un grande stress finanziario per le famiglie più vulnerabili. Nel capitolo 7 sono stati messi a confronto

a titolo illustrativo alcuni possibili modelli di finanziamento. Quello che hanno in comune è il fatto che il finanziamento sostenibile della cura richiede una percentuale leggermente in aumento dei costi di cura nel bilancio provinciale e un finanziamento supplementare. Per il finanziamento supplementare esistono vari modelli. A tale riguardo occorre una "prima decisione" politica, in maniera che si possano approfondire dettagliatamente due o tre modelli di finanziamento.

- Per una tale decisione è utile tenere conto dell'opinione della popolazione. Il sondaggio condotto nell'ambito di questo lavoro ha mostrato che vi è un consenso in grado di ottenere la maggioranza in merito ai punti cardine: gli intervistati sono dell'idea che i costi della cura debbano essere sostenuti più o meno per metà dalla mano pubblica e per metà dagli interessati o dalle rispettive famiglie, con una percentuale di costi leggermente superiore per quanto riguarda la mano pubblica (55%). Gli intervistati ritengono inoltre sia importante che la percentuale pubblica del finanziamento avvenga in base al reddito, e che il finanziamento sia addebitato il meno possibile sulla generazione dei giovani. Per quanto riguarda gli strumenti di finanziamento preferiti, al primo posto c'è un'assicurazione, seguita da un'imposta di successione. A questa visione si avvicina ad esempio un modello di finanziamento in base al reddito con un pagamento una tantum. Al tempo stesso si constata il desiderio di un obbligo quanto più contenuto possibile e di una quantità elevata di flessibilità. Il modello 6 descritto sopra cerca di integrare questi desideri perlomeno a livello di approccio.

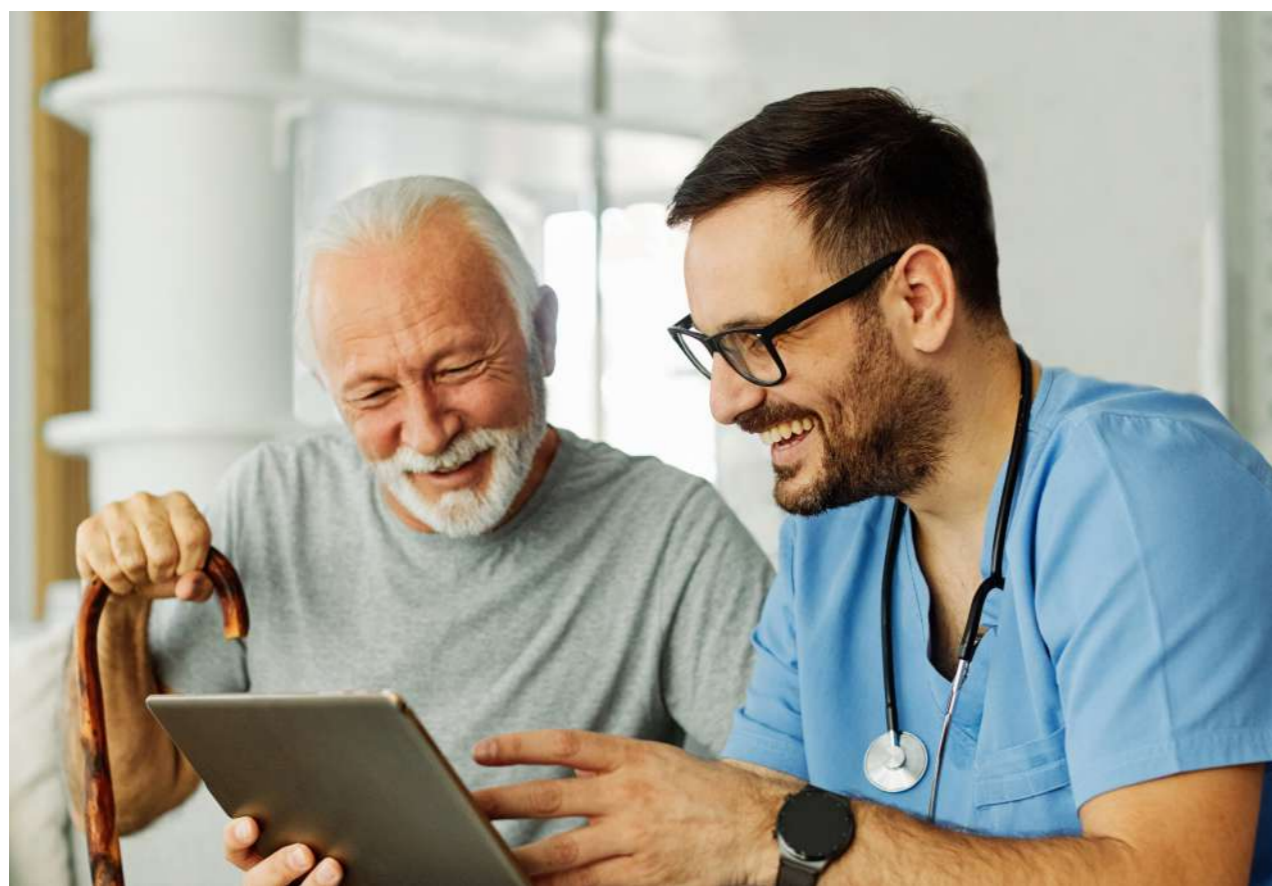
Questi punti sono sufficienti per decidere una strategia di massima a lungo termine sul tema del sistema di cura e assistenza basata sui seguenti aspetti: differenziazione delle prestazioni di cura e assistenza, sostegno delle persone addette alla cura informale nonché finanziamento duraturo della cura e dell'assistenza. I gruppi di lavoro possono pertanto iniziare a elaborare, in merito a queste colonne, elementi concreti che potrebbero poi essere testati gradualmente e infine deliberati.

Ciò che manca del tutto nel presente documento, ad eccezione del necessario aspetto finanziario, è la questione dei professionisti della cura. Questo aspetto riguarda quesiti quali: Come si trattengono le persone che esercitano una professione di cura o professioni vicine alla cura? È possibile convincere le persone con esperienza di cura (professionale o informale) a tornare alla cura e all'assistenza? Come è possibile ottenere sufficiente personale di cura, come è possibile accompagnarlo e assisterlo nel suo sviluppo professionale garantendo al contempo anche la qualità del sistema di cura? Naturalmente sorgono anche le domande seguenti: Come si possono raggiungere i giovani che in linea di massima sono adatti e si interessano a un mestiere di cura? Come si può riuscire a trattenerli in formazione e a sostenerli affinché, dopo la formazione, abbraccino anche una professione nell'ambito della cura?

Questo elemento è di importanza centrale e dovrebbe essere affrontato con urgenza. Lo stesso vale anche per la prospettiva menzionata nei limiti del presente lavoro e relativa alle persone non autosufficienti. Si tratta di un elemento

particolarmente importante, dato che ne va in primo luogo della qualità della loro vita. È tuttavia possibile affrontare nel frattempo le altre due assi strategiche, ovvero il sostegno dei familiari delle persone non autosufficienti e lo sviluppo di un modello di finanziamento attendibile.

Tenuto conto di queste sfide, è forse utile ricordare che l'Alto Adige parte da una posizione molto buona: abbiamo una coesione familiare superiore alla media e con essa un livello elevato nella cura informale; abbiamo molte persone molto qualificate e motivate nella cura professionale (anche se la loro lealtà e capacità di resistenza sono state messe a dura prova durante la pandemia); abbiamo infrastrutture moderne superiori alla media, in particolare per quanto riguarda le residenze per anziani; abbiamo, con l'assegno di cura e il tetto delle tariffe giornaliere nelle strutture, un sistema di assicurazione finanziaria che non teme confronti a livello internazionale. Una buona posizione di partenza non costituisce però un invito a sedersi sugli allori, può anzi solo rafforzare la convinzione che le sfide possano essere affrontate anche con il necessario appoggio sociale.



Bibliografia

Amministrazione Provincia Bolzano (2022). *Ricoveri temporanei*. <https://www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/anziani/residenze-anziani-assistenza-abitativa/ricoveri-temporanei.asp>

ASTAT (2021). *Aktives Altern und Lebensbedingungen älterer Menschen 2019/Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani 2019*. Istituto provinciale di statistica, Bolzano. https://astat.provincia.bz.it/it/news-pubblicazioni-info.asp?news_action=4&news_article_id=656412

ASTAT (2022). *Statistisches Jahrbuch für Südtirol/Annuario statistico della Provincia di Bolzano*. Istituto provinciale di statistica, Bolzano.

ASTAT (2023). *Dati interattivi*. Istituto provinciale di statistica. <https://astat.provincia.bz.it/it/banche-dati-comunali.asp>

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (2022). *Relazione Sanitaria Provinciale 2019 – Assistenza territoriale*. <https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/pubblicazioni.asp>

Barbagallo, M. (2020). *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN. Long Term Care*. Ministero della Salute: Consiglio Superiore di Sanità. Rom.

Batchelder, L., Malley, J., Burge, P., Lu, H., Saloniki, E.-C., Linnosmaa, I. et al. (2019). *Carer Social Care-Related Quality of Life Outcomes: Estimating English Preference Weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers*. *Value in Health*, 22(12), 1427–1440. DOI: 10.1016/j.jval.2019.07.014

Bernhard, A., Böhnisch, L., Lombardo, S., Oberkalmsteiner, G., Salzburger, V. & Schefold W. (2014). *La terza età in Alto Adige 2013*. Bolzano: ASTAT.

Chen, G., Ratcliffe, J., Milte, R., Khadka, J. & Kaambwa, B. (2021). *Quality of care experience in aged care: An Australia-Wide discrete choice experiment to elicit preference weights*. *Social Science & Medicine*, 289. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114440.

Claßen, K., Oswald, F., Doh, M., Kleinemas, U. & Wahl, H.-W. (2014). *Umwelten des Alterns: Wohnen, Mobilität, Technik und Medien*. In der Reihe „Grundriss Gerontologie“. Stuttgart: Kohlhammer.

EURAC (2021). *Intervento di supporto scientifico al progetto di ricerca Servizi sociali Alto Adige 2030*. Bolzano: EURAC.

Geyer, J., Thorben, K. & Schulz, E. (2016). *Andere Länder, andere Wege: Pflege im internationalen Vergleich*. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 70(1), 52–58. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2016-1-52>

Gudauner, K. (2023). *Landessozialplan 2023*. Autonome Provinz Bozen/Südtirol. Bozen: Abteilung Soziales. *Landessozialplan 2030 by Land Südtirol – Provincia Bolzano – Issuu* (Stand 28.09.2023). Versione italiana: *Piano sociale provinciale 2030 by Land Südtirol – Provincia Bolzano – Issuu*.

Gould, C. C. (2018). *Solidarity and the problem of structural injustice in healthcare*. *Bioethics*, 32(9, SI), 541–552. DOI: 10.1111/bioe.12474.

Grässel E., Ciu T. & Oliver R. (2003). *Development and validation of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC)*. Toronto (Canada).

Grässel, E., Berth, H., Lichte, T. & Grau, H. (2014). *Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s*. *BMC geriatrics*, 14, 23. DOI: 10.1186/1471-2318-14-23.

Häkkinen, H. (2000). *Altenhilfe in Dänemark und Finnland am Beispiel präventiver Hausbesuche in Dänemark und einem Servicehaus in Finnland*. In U. Walter & T. Altgeld (Hrsg.), *Altern im ländlichen Raum. Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik* (S. 173–191). Campus Verlag.

Hilfswerk (2023). *Gemeinsam gegen Alterseinsamkeit, Armut und Ausgrenzung!* Unveröffentlichter Enderbericht aus den Hilfswerk Landesverbänden. Wien.

ISTAT (2023). *Statistiche demografiche*. <https://demo.istat.it/>.

Jong, L. d., Ploethner, M., Stahmeyer, J. T., Eberhard, S., Zeidler, J. & Damm, K. (2019). *Informal and formal care preferences and expected willingness of providing elderly care in Germany: protocol for a mixed-methods study*. *BMJ open*, 9(1). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023253.

Lützenkirchen, A., Wittig, A., Moll, G. & Kunkel, K. (2014). *Pflegende Angehörige besser pflegen*. *Soziale Arbeit für eine hochbelastete Bevölkerungsgruppe*. Lage: Jacobs.

Luca, M. de (2020). *Osservatorio DOMINA sul Lavoro Domestico. 2. Rapporto Annuale: Analisi, statistiche, trend nazionali e locali*. Con la collaborazione di Chiara Tronchin, Enrico Di Pasqua. Roma.

Maino, F. & Longo, F. (2021). *Platform Welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali*. Egea.

Makai, P., Brouwer, W. B. F., Koopmanschap, M. A., Stolk, E. A. & Nieboer, A. P. (2014). *Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review*. *Social Science & Medicine*, 102, 83–93. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.11.050

OECD (2017). *Economic support for non-self-sufficiency. Public and private responsibility in some alternative scenarios in the Region Trentino Alto Adige/Südtirol*. Paris: OECDpublishing.

OECD (2019). *Non Autosufficienza degli Anziani e Protezione sociale complementare per le Prestazioni di Assistenza a lungo Termine nelle Regioni e nelle Città. Riferimenti di policy per la Regione Trentino Alto Adige – Südtirol, Italia*. Parigi: OECD.

Osservatorio per gli sviluppi sociopolitici in Europa (2012). *Wohnen im Alter in Europa – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. Arbeitspapier Nr. 7*. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_DE.pdf (Stand: 26.03.2020).

Paone, N. (2022). *Wohnen im Alter. Welche Ermöglichungsstrukturen können das Altern im eigenen Zuhause in Südtirol sichern? Doctoral dissertation*, Free University of Bozen-Bolzano. <https://bia.unibz.it/esploro/outputs/991006355998401241>.

Pflege Service Burgenland (2020). *Gute Betreuung hat ein Zuhause*. <https://www.pflegeserviceburgenland.at/> (Stand 29.05.2022).

Wilz, G. & Pfeiffer, K. (2019). *Pflegende Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.

Untermarzonner, J. (2016). *Welfare state: L'Assegno di cura in Alto Adige. Stato attuale, Sviluppo, Prospettive*. Bolzano: AFI/IPL.

Autori

Prof. Gottfried Tappeiner (Università Innsbruck/Università di Innsbruck)
Prof. ssa Giulia Cavrini (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Dr.ssa Elisa Cisotto (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Prof.ssa Ulrike Loch (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Dr.ssa Nadia Paone (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Dr.ssa Federica Viganò (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Prof. Alex Weissensteiner (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)

Graphic Design

Vittoria Mannu
Logos Dolomiti

www.logosdolomiti

© 2024 authors All rights reserved
Bolzano/Bozen, Agosto 2024

Questa pubblicazione deve essere citata in questo modo:
Tappeiner G., Cavrini G., Cisotto E., Loch U., Paone N., Viganò F., Weissensteiner A. (2024), Invecchiare in
Alto Adige. Elementi per garantire la sostenibilità delle cure a lungo termine, Bolzano
ISBN 9788894764703



ISBN 9788894764703