

Università Degli Studi Della Calabria
DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E SCIENZA POLITICA
DOTTORATO DI RICERCA IN "POLITICA, SOCIETÀ E CULTURA"
XXI CICLO

Settore disciplinare: SPS/07 "Sociologia generale"

Tesi di dottorato

**L'INFLUENZA DEI SERVIZI SULLA QUALITÀ DELLA
VITA ANZIANA: I CASI DEL KENT E DELLA CALABRIA**

Candidata

Dott.ssa Fiorella Rizzuti



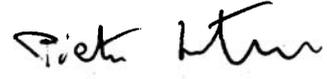
Supervisore

Prof. Antonio Samà



Coordinatore

Prof. Pietro Fantozzi



a.a. 2007-08

INDICE

<i>Introduzione</i>	1
---------------------------	---

PARTE PRIMA

Teoria e Metodologia

1. Qualità della vita e servizi alla persona dal modello medico a quello bio-psico-sociale: un percorso teorico	7
--	---

<i>Premessa</i>	7
-----------------------	---

1.1. Il modello medico dell'intervento di aiuto	7
---	---

1.2. Il modello bio-psico-sociale	9
---	---

1.3. L'intervento di rete e il community care	18
---	----

1.4. Empowerment.....	22
-----------------------	----

1.5. Il rapporto medico-paziente.....	23
---------------------------------------	----

<i>Conclusioni</i>	29
--------------------------	----

2. Metodologia	31
-----------------------------	----

<i>Premessa</i>	31
-----------------------	----

2.1. Ipotesi e motivazioni per intraprendere uno studio comparato	31
---	----

2.2. Metodologia e tecniche per la rilevazione dei dati	35
---	----

2.3. Indicatori.....	38
----------------------	----

2.4. Campione.....	40
--------------------	----

2.5. Gli aspetti etici.....	42
-----------------------------	----

<i>Conclusioni</i>	43
--------------------------	----

PARTE SECONDA

Le risposte istituzionali al problema dell'invecchiamento: una ricostruzione del contesto politico, economico, culturale e sociale inglese e italiano

3. Inghilterra	45
<i>Premessa</i>	45
3.1. Il welfare state inglese	45
3.2. Il governo di Margaret Thatcher.....	52
3.3. Il governo Blair.....	59
3.3.1 La riforma dell' NHS Plan del 2000	61
3.4. Il rapporto centro-periferia in Inghilterra	65
<i>Conclusioni</i>	69
4. Italia	71
<i>Premessa</i>	71
4.1. Il welfare state nella costituzione italiana del 1948.....	71
4.2. La nascita e lo sviluppo del welfare locale.....	74
4.3. Il sistema nazionale sanitario: la legge 833/1978.....	78
4.3.1 Dalla «riforma della riforma» alla «rifoma ter»	83
4.4. Legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”	89
4.5. L'influenza culturale nell'ambito del welfare nazionale e locale.....	95
<i>Conclusioni</i>	97
5. Il contesto sociale ed economico inglese e italiano	100
<i>Premessa</i>	100
5.1. Analisi socio-demografica.....	100

5.1.1 La popolazione italiana.....	100
5.1.1.1 La popolazione calabrese.....	103
5.1.2 La configurazione della struttura familiare in Italia e in Calabria.....	106
5.1.3 Il contesto demografico inglese.....	110
5.1.3.1 La popolazione in Kent.....	112
5.1.4 La struttura delle famiglie inglesi.....	116
5.2. Analisi della situazione economica dei due contesti.....	117
5.2.1 Italia e Calabria.....	117
5.2.2 Inghilterra e Kent.....	120
<i>Conclusioni</i>	124

PARTE TERZA

I Risultati

6. I servizi socio-sanitari agli anziani in Kent.....	127
<i>Premessa</i>	127
6.1. Il servizio domiciliare: l'esperienza dell'intermediate care.....	127
6.2. La valutazione dei bisogni e l'erogazione dei servizi.....	134
6.3. Gli ostacoli alla collaborazione socio-sanitaria.....	141
6.4. I Direct Payments.....	145
6.5. Le strutture semiresidenziali.....	147
6.6. Il servizio di respite care alle famiglie.....	149
6.7. I servizi residenziali.....	152
<i>Conclusioni</i>	158

7. L’offerta dei servizi socio-sanitari agli anziani in Calabria	160
<i>Premessa</i>	160
7.1. L’assistenza domiciliare	160
7.1.1. La qualifica dell’operatore socio-assistenziale.....	167
7.2. L’integrazione socio-sanitaria nell’erogazione della cura domiciliare....	171
7.3. I centri di aggregazione sociale	179
7.4. I trasferimenti monetari al posto dei servizi	181
7.5. Le strutture residenziali	184
7.5.1. Le cause dell’istituzionalizzazione in Calabria	188
<i>Conclusioni</i>	192
8. La qualità della vita anziana tra servizi comunitari e residenziali in Kent e Calabria	195
<i>Premessa</i>	195
8.1. L’empowerment dell’anziano nei servizi	195
8.2. L’influenza dei servizi sulla qualità della vita quotidiana degli anziani.....	207
8.2.1. I centri sociali calabresi: una risorsa per gli anziani autosufficienti	207
8.2.2. La qualità del tempo vissuto nelle strutture residenziali e semiresidenziali	210
8.3. I servizi e il tessuto relazionale degli anziani.....	219
8.3.1. La complementarietà e la non complementarietà tra servizi e relazioni primarie.....	219
8.3.2. Le relazioni tra pari nelle strutture residenziali e nei centri diurni	228
8.4. Il rapporto tra operatore e utente per una migliore qualità della vita anziana	234
<i>Conclusioni</i>	237

Conclusioni	240
Appendice A	247
Appendice B	249
Appendice C	251
Appendice D	253
Appendice E	254
Bibliografia	256

Introduzione

Due riforme intraprese dal governo italiano e inglese nel campo dei servizi sociali e sanitari a partire dal 2000 hanno conferito al tema della qualità della vita anziana una particolare importanza. Ciò ha spinto ad intraprendere un lavoro di ricerca comparato volto a rilevare in che modo l'implementazione delle riforme nell'ambito dei servizi socio-sanitari si rifletta concretamente sulla qualità della vita anziana dando voce alle percezioni e alle attese di chi eroga e di chi usufruisce dei servizi all'interno di questi due contesti.

L'*NHS Plan 2000* avvia in Inghilterra un processo di riforma che introduce un nuovo livello di assistenza definito "*Intermediate Care*" o «assistenza intermedia», destinato a collocarsi tra i servizi residenziali e territoriali, per quegli anziani che non possono definirsi né abbastanza malati per entrare nelle strutture residenziali e né autosufficienti al punto da rimanere nel proprio ambito familiare e che, quindi, senza un adeguato supporto socio-sanitario rischiano di essere ospedalizzati e istituzionalizzati.

Con il termine "*Intermediate Care*" si viene così a definire un nuovo *range* di servizi quali *rehabilitation care o recuperative care e rapid response*, che consistono in interventi terapeutici e riabilitativi erogati a casa o all'interno delle strutture residenziali, finalizzati a recuperare l'autosufficienza dell'anziano in un tempo massimo di sei settimane dal momento della rilevazione del bisogno, attraverso un'azione integrata tra le autorità sanitarie locali o *Primary Care Trust* (PCTs) e i Dipartimenti dei servizi sociali locali o *Social Service Departments* (SSDs).

La legge 8 Novembre 2000, n.328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* introduce per la prima volta in Italia un piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, analogamente a quanto era stato attuato ventidue anni prima in campo sanitario con l'istituzione del sistema sanitario nazionale attraverso la legge 23 Dicembre 1978 n.833.

La mancanza fino al 2000 di una legge nazionale di riferimento in materia di servizi sociali, oltre ad aver contribuito a determinare una disomogeneità nella fornitura dei servizi fra le regioni italiane, ha anche reso estremamente

problematico il raccordo fra comuni, aziende sanitarie locali e attori privati nell'erogazione dei servizi. Quest'ultimo, in particolare, acquista un'importanza notevole nella legge 328/2000 che si fa promotrice di un percorso di de-istituzionalizzazione dei servizi facendo proprio leva sul lavoro a rete tra servizi sociali e sanitari, e tra attori pubblici e privati da effettuarsi attraverso accordi di programma, definiti *piani di zona*, in cui questi attori hanno modo di indicare gli obiettivi, gli strumenti e le modalità organizzative e di integrazione nonché i criteri di ripartizione della spesa a carico, secondo le loro competenze e responsabilità.

La ricerca si è declinata in tre fasi. Nella prima si è provveduto a costruire il quadro teorico e metodologico, mentre nella seconda è stato analizzato il quadro contestuale volto principalmente a sottolineare le differenze e le similitudini presenti tra i due contesti. Infine, nella terza si è proceduto alla rilevazione dei dati e alla loro successiva analisi.

Si è così deciso di dividere l'esposizione del lavoro di ricerca seguendo esattamente queste fasi racchiudendo i capitoli in tre parti.

Andando più nello specifico, nel primo capitolo, rientrante nella prima parte, si è deciso di illustrare il percorso culturale che ha portato ad una elaborazione multidimensionale del tema del benessere e della qualità della vita della persona anziana.

Innanzitutto si è partiti con l'illustrare i presupposti generali che hanno guidato l'esercizio della professione medica a partire dalla fine del XVIII secolo, quando cioè gli viene conferito il monopolio della cura all'interno della società. Di fronte alla scoperta dell'anatomia e della microbiologia, la medicina parte dall'assunto che il corpo è un insieme di parti ognuna con una specifica funzione, per cui ad ogni malattia è possibile associare un'unica causa biologica. All'interno di tale prospettiva, l'intervento medico deve essere destinato esclusivamente alla osservazione del corpo del paziente per scrutare su di esso i segni del decorso delle malattie ed alla elaborazione di una diagnosi e cura, entrambe necessarie per riportarne la guarigione fisica.

Successivamente, si è provveduto all'illustrazione delle critiche che in concomitanza con lo sviluppo del modello medico di aiuto nascono e si sviluppano contro di esso riconoscendo le concause sociali ed economiche delle malattie accanto a quelle biologiche, oltre a contestare l'eccessivo potere esercitato dalla professione medica sui corpi dei pazienti ricoverati.

A questo proposito sono stati esposti i lavori di ricerca di autori di prestigio come Erving Goffman, Peter Townsend e Franco Basaglia che hanno denunciato gli effetti disumanizzanti del processo di istituzionalizzazione sul piano psicologico e sociale del benessere individuale, e di Michel Foucault e Ivan Illich che a differenza dei primi tre hanno posto una maggiore enfasi sul potere esercitato da parte dei medici sul corpo dei pazienti.

Sulla base di queste critiche, il medico geriatra G.I. Engel nel 1977 arriva ad elaborare un paradigma alternativo da lui stesso definito bio-psico-sociale, attraverso il quale il benessere diventa il prodotto dell'interazione tra fattori biologici e psico-sociali acquisendo un aspetto multidimensionale. In base a questa prospettiva, è chiaro che a differenza di quanto portato avanti dal modello medico dell'intervento di aiuto, si pone la necessità di un intervento di tipo integrato che coinvolga cioè i professionisti sociali affianco a quelli sanitari, oltre alla famiglia e alla comunità d'appartenenza dell'individuo in stato di bisogno.

Tale modello di intervento riesce ad acquisire una particolare diffusione a fronte dell'incremento della domanda dei servizi sociali e sanitari da parte di una popolazione anziana non autosufficiente in crescendo a cui però il welfare state, entrato in crisi a partire dai primi anni '70, non riesce ad offrire risposte adeguate per il deficit fiscale se non promuovendo lo sviluppo di un'azione a rete tra stato, mercato, terzo settore e quarto settore includendo in quest'ultimo la famiglia e la comunità d'appartenenza dell'individuo anziano.

È dalla sempre maggiore inclinazione a sviluppare servizi capaci di soddisfare i bisogni all'interno di una prospettiva bio-psico-sociale, seguendo un percorso di de-istituzionalizzazione dei servizi o di *community care*, che si vengono a collocare le riforme intraprese dai governi italiano e inglese.

Da qui la curiosità di analizzare all'interno di questi due contesti l'influenza dei servizi di *community care* sulla qualità della vita anziana rispetto a quelli residenziali dando voce alle percezioni degli operatori e degli utenti utilizzando una metodologia di ricerca di tipo qualitativo, che ha avuto come tecnica di rilevazione dei dati l'intervista semi strutturata, a cui si è voluto dedicare il capitolo secondo.

L'uso dell'intervista semi strutturata ha permesso da un lato di affrontare i temi generali da approfondire nel corso delle interviste senza seguire una struttura di domande ben definita, e dall'altro di usare comunque uno stesso percorso di indagine tale per cui a tutti i partecipanti sono state somministrate almeno inizialmente le stesse domande generali e attinenti gli stessi temi.

Considerando che l'ipotesi di fondo della ricerca è stata quella di andare a verificare se i servizi di *community care* hanno un impatto positivo sulla qualità della vita anziana rispetto a quelli residenziali all'interno di due contesti differenti, quali il Kent per l'Inghilterra e la Calabria per l'Italia, è chiaro che le prospettive centrali intorno a cui si sono incentrate le domande rivolte agli operatori e agli utenti sono state due: il rapporto tra qualità erogata ed attesa da parte dei professionisti, e quello tra qualità attesa e percepita da parte degli utenti.

Inoltre, poiché la rilevazione dei dati è avvenuta in due contesti diversi sul piano socio-demografico, politico, storico, culturale ed economico si è deciso di includere nella seconda parte del lavoro di ricerca che da qui in poi verrà presentato, i capitoli tre, quattro e cinque relativi alla descrizione delle differenze e delle similitudini tra Inghilterra e Italia dando ovviamente una particolare attenzione alle caratteristiche che queste hanno assunto a livello locale e quindi in Calabria e in Kent.

Infine nella terza e ultima parte, gli ultimi tre capitoli sono stati riservati all'esposizione dei risultati in cui si è provveduto ad offrire una descrizione dei servizi presenti rispettivamente in Kent e Calabria dando voce agli operatori e agli utenti anziani intervistati. In particolare, si è provveduto a presentare i risultati seguendo una prospettiva narrativa a supporto della quale sono stati utilizzati stralci di interviste ed elaborazioni di dati quantitativi estratti da un percorso di analisi secondaria dei dati. Si è così avuto modo di garantire un sostegno empirico

alle argomentazioni affrontate che hanno messo in risalto i punti di forza e di debolezza senza perdere di vista le analogie e le differenze culturali, sociali, economiche, politiche e storiche illustrate nei capitali tre, quattro e cinque costituenti la seconda parte del lavoro.

PARTE I
Teoria e Metodologia

Capitolo 1

Qualità della vita e servizi alla persona dal modello medico a quello bio-psico-sociale: un percorso teorico

Premessa

Il concetto di qualità della vita intesa come benessere fisico, psicologico e sociale si afferma a partire dagli anni '70. Negli anni precedenti, infatti, la dimensione sanitaria e quindi la salute fisica dell'individuo veniva privilegiata a scapito delle altre due. I percorsi teorici che hanno sostenuto i primi interventi a carattere prevalentemente sanitario nei confronti degli individui specialmente anziani fino a quelli più recenti che considerano invece la persona nella sua globalità, e quindi anche come attore sociale oltre che organismo biologico, saranno oggetto del presente capitolo che tra l'altro costituirà l'impronta teorica della ricerca che da qui in poi verrà illustrata.

1.1 Il modello medico dell'intervento di aiuto

Tra la fine del XVIII e l'inizio del XIX secolo si assiste alla nascita e allo sviluppo dell'intervento medico di aiuto. Con tale terminologia si vengono ad indicare l'insieme dei presupposti generali che caratterizzano l'esercizio della professione medica dal momento in cui gli viene conferito il monopolio della cura all'interno della società.

I progressi scientifici che hanno contribuito ad affidare il contrasto e la cura delle malattie esclusivamente alla professione medica si verificano a partire dal XVIII secolo, quando cioè si assiste alla nascita della clinica come luogo di indagine ed osservazione del corpo da parte dell'occhio clinico del medico al capezzale del paziente, pronto a scrutare su di esso i segni del decorso delle malattie. In particolare, si sviluppano nuove tecniche di osservazione come la

percuSSIONe e l'auscultazione¹ nei malati e si dà inizio alla pratica dell'autopsia effettuata sui cadaveri che apre le porte all'anatomia clinica, attraverso cui la malattia viene associata alla presenza di patologie anatomiche (Herzlich e Adam, 1999).

Il corpo inizia ad essere visto come un insieme di parti, ognuna con una specifica funzione mentre la malattia come il prodotto del malfunzionamento biologico o della lesione organica di una di queste. La medicina, agendo sulla parte del corpo compromessa, si trova ad abbracciare appieno la distinzione tra corpo (*res extensa*) e mente (*res cogitans*) di derivazione cartesiana tale per cui essa si assume esclusivamente il compito di occuparsi dell'organismo umano tralasciando la dimensione psicologica del benessere individuale (Ardigò, 1997).

Nel corso del XIX secolo, poi, grazie alla scoperta della microbiologia ad opera dei medici Louis Pasteur (1822-1895) in Francia, e Robert Koch (1843-1910) in Germania, le cause delle più devastanti malattie infettive che avevano dimezzato le popolazioni dei secoli precedenti (ad esempio la tubercolosi, la febbre tifoidea, il tetano e il colera), vengono imputate per la prima volta alla presenza di germi o batteri all'interno dell'organismo umano.

Si rafforza così l'idea che ad ogni singola malattia si possa associare un'unica causa biologica sulla base della relazione causa-effetto del microbo sull'organismo umano. L'agente patogeno va infatti a rompere il normale funzionamento del corpo che provoca la lesione organica e quindi la malattia. Al medico spetta quindi esclusivamente il compito di dare risposte tecniche a riparazione del danno attraverso le vaccinazioni e la somministrazione degli antibiotici.

La medicina tra il XVIII e il XIX secolo a fronte dei successi raggiunti in merito al superamento delle epidemie che fino a quel momento avevano avuto la meglio riesce a farsi attribuire i meriti del miglioramento delle condizioni di salute e dell'allungamento della vita media e ad acquisire una situazione di onnipotenza

¹La percussione è un metodo di esplorazione clinica che dai suoni ottenuti battendo col dito o col martelletto certe parti del corpo trae indizi per riconoscere lo stato degli organi sottostanti mentre l'auscultazione è un esame che si compie appoggiando l'orecchio o lo stetoscopio al torace, per esplorare i suoni del cuore e dei polmoni (Dizionario Garzanti della lingua italiana, 1981).

all'interno della società tanto da essergli conferita la legittimità di intervenire non solo per apportare la guarigione ma anche per risolvere fenomeni sociali quali la vecchiaia e la povertà che vengono fino agli anni '70 ridotte a patologie da curare attraverso pratiche di ospedalizzazione o istituzionalizzazione (Bucchi e Neresini, 2001).

1.2 Il modello bio-psico-sociale

In concomitanza con l'affermarsi del modello medico dell'intervento di aiuto nascono e si sviluppano una serie di critiche che portano a mettere in discussione il nesso tra causa biologica e malattia fino all'elaborazione di un nuovo modello di intervento, elaborato nel 1977 dal medico G. I. Engel, che prende in considerazione le concause sociali ed economiche della malattia e delle morte assumendo in letteratura il nome di modello bio-psico-sociale, a cui si vuole dedicare il presente paragrafo.

Durante il XIX secolo il primo medico che ha messo in dubbio il nesso tra causa biologica e malattia è stato Rudolf Virchow (1821-1902) che nel 1848 denunciò l'influenza dei fattori sociali ed economici per lo sviluppo delle malattie infettive tanto da esortare il governo prussiano a migliorare le condizioni di vita della popolazione per arginare l'epidemia di tifo che stava devastando l'Alta Slesia (Ardigò, 1997).

Tra il 1883 e il 1889 il cancelliere Bismarck in Germania e poi gli altri paesi riconobbero la minaccia delle cattive condizioni di vita e di lavoro della popolazione tanto da decidere di intervenire con sistemi di protezione sociale di tipo assicurativo e obbligatorio per garantire alla classe operaia il supporto economico necessario in caso di: malattia (1883), infortuni (1884), vecchiaia e invalidità (1889) arginando così il rischio di agitazioni e di non produttività dei lavoratori di lungo periodo (Ongaro Basaglia, 1982).

Nel 1976 Thomas McKeown (1912-1988) in un'analisi da lui effettuata sull'andamento delle malattie in Inghilterra e Galles tra il 1838 e il 1970 arrivò a dimostrare come in realtà il declino della mortalità in esso registrato sia

precedente alle scoperte scientifiche in campo medico tale per cui quest'ultime avevano influito in minima parte sul miglioramento delle condizioni di salute della popolazione rispetto alle trasformazioni delle condizioni igieniche ed alimentari durante il periodo da lui osservato.

A partire dagli anni '60 vennero, inoltre, pubblicati una serie di studi volti a denunciare gli effetti disumanizzanti sul piano psicologico e sociale dei processi di istituzionalizzazione promossi dal modello medico dell'intervento di aiuto che hanno comportato la messa in discussione del suo monopolio nel ruolo di cura all'interno della società. Sono in particolare tre gli autori che meritano qui una particolare attenzione.

Il primo in ordine cronologico fu Peter Townsend che, occupandosi in modo specifico dell'istituzioni per anziani, ha maggiormente influenzato la letteratura riguardante la vita degli anziani in istituto con il suo libro: *"The last refuge: a survey of residential institutions and homes of old people"* pubblicato nel 1962. L'obiettivo del suo lavoro fu quello di denunciare le condizioni di vita all'interno delle strutture residenziali al fine di spingere le politiche sociali di allora verso forme alternative di intervento.

Nel corso della sua ricerca egli riscontrò negli anziani istituzionalizzati: un processo di isolamento dalle famiglie, amici e comunità; l'incapacità di relazionarsi e sviluppare sentimenti affettivi con gli altri residenti e lo staff della struttura; la solitudine e la mancanza di *privacy* e identità, oltre all'impossibilità di autorealizzarsi².

Alla luce di quanto rilevato egli espose i seguenti principi a cui la cura secondo lui avrebbe dovuto ispirarsi dimostrando che quella negli istituti non è a questi ispirata:

- Rispetto per gli individui;
- Mantenimento della salute;

² «*Loss of occupation; isolation from family, friends and community; the tenuousness of new relationships with other residents and staff; the loneliness; loss of privacy and identity, and the collapse of power of self-determination*» (Townsend, 1962: 338).

- Preservazione dell'indipendenza;
- Diritto all'occupazione;
- Sicurezza sociale ed economica e uguaglianza sociale.

La scelta dell'istituzionalizzazione dei soggetti anziani, insieme al ritiro obbligato dal mondo del lavoro, è secondo Townsend lo strumento privilegiato del potere politico per marginalizzare e discriminare gli individui esclusivamente in base alla loro età. In tale quadro, l'istituzionalizzazione rappresenta uno dei modi attraverso cui la dipendenza è socialmente costruita e riprodotta.

Erving Goffman (1927-1982) e Franco Basaglia (1924-1980) pur non avendo studiato nello specifico l'istituzionalizzazione degli anziani hanno comunque offerto un valido contributo per analizzare il potere e il controllo delle istituzioni sugli individui, di cui le strutture per anziani fanno comunque parte.

Goffman studiò come sociologo gli ospedali per disabili mentali e le prigioni i cui risultati vennero pubblicati nel libro *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates (Saggi sulla situazione sociale dei malati mentali e altri internati)* del 1961. Il suo studio riguardò le percezioni degli istituzionalizzati e i fattori che determinano la deprivazione, il controllo e il restringimento delle vite degli individui nelle strutture residenziali. Nella sua analisi egli definì così le istituzioni totali:

«Ogni istituzione si impadronisce del tempo e degli interessi di coloro che da essa dipendono offrendo in cambio un particolare tipo di mondo, il che significa che tende a circuire i suoi componenti in una sorta di azione inglobante. Nella nostra società occidentale ci sono tipi diversi di istituzioni, alcune della quali agiscono con un potere inglobante - seppure discontinuo - più penetrante di altre. Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale, all'uscita verso il mondo esterno, spesso concretamente fondato nelle stesse strutture fisiche dell'istituzione: porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce, corsi d'acqua, foreste o brughiere. Questo tipo di istituzioni io lo chiamo "istituzioni totali"» (Goffman, trad. it. 1968: 33-34).

In esse, denunciò una perdita di identità dell'individuo in quanto finisce per identificare sé stesso con la malattia, o meglio con l'immagine di sé che l'istituzione gli offre. Ciò, in più parti del suo libro, venne da lui definito come *“la mortificazione del sé”*.

«La recluta entra nell'istituzione con un concetto di sé, reso possibile dall'insieme dei solidi ordinamenti sociali su cui si fonda il suo mondo familiare. Ma, non appena entrata, viene immediatamente privata del sostegno che un tal tipo di ordinamenti gli offriva. Secondo il linguaggio preciso di alcune delle nostre più vecchie istituzioni totali, la recluta è sottoposta ad una serie di umiliazioni, degradazioni e profanazioni del sé che viene sistematicamente, anche se spesso non intenzionalmente, mortificato» (ivi, 44).

Accanto ad essa riconobbe comunque l'inclinazione dell'individuo a conservare parte del proprio sé che riemerge in quelli che egli definisce *“adattamenti secondari”*: *«cioè un insieme di pratiche che, pur senza provocare direttamente lo staff, consentono agli internati di ottenere qualche soddisfazione proibita, o di ottenere altre permesse con mezzi proibiti. Gli adattamenti secondari sono, per l'internato, la prova del suo essere ancora padrone di sé, capace di un certo controllo sul comportamento: talvolta un adattamento secondario diventa quasi un margine di difesa del sé, una “churinga” nella quale si sente che l'anima risiede»* (ivi,82).

L'analisi dello psichiatra italiano Franco Basaglia, pur collocandosi anch'essa all'interno di un ospedale psichiatrico, si distanzia da subito da quello di Goffman poiché invece di assumere i caratteri di una narrazione di tipo astratta e generale delle istituzioni totali rappresentò sostanzialmente una denuncia di tipo politico dell'istituzionalizzazione. Quest'ultima, infatti, viene ad essere concepita come la conseguenza della mancanza di potere economico dell'individuo, o meglio, della sua incapacità di produrre in quanto malato. Il suo lavoro ispirò la legge di riforma n.180 del 1978 che ha portato alla chiusura dei manicomi.

«La situazione (la possibilità di un approccio terapeutico al malato mentale) risulta dunque strettamente legata e dipendente dal sistema, dove ogni rapporto è rigidamente determinato da leggi economiche. Ciò significa che non è l'ideologia medica a stabilire o indurre l'uno o l'altro tipo di approccio, quanto piuttosto il

sistema socio- economico che ne determina le modalità a livelli diversi» (Basaglia, 1968:120).

Nel suo lavoro, *L'Istituzione Negata*, pubblicato nel 1968, la malattia assume un significato diverso a seconda della posizione socio-economica del soggetto. L'istituzionalizzazione stessa non è data dall'evoluzione della malattia ma dal rapporto medico paziente che viene ad instaurarsi: *«La sua esclusione o espulsione dalla società è però più strettamente legata al suo mancato potere contrattuale (alla sua condizione sociale ed economica) che non alla malattia in sé»* (ivi,123).

L'esclusione dal mondo sociale e l'inserimento negli istituti psichiatrici, che riducono il soggetto ad oggetto in mano al potere medico, viene quindi riservato solo a coloro che per la loro bassa posizione sociale ed economica non hanno l'alternativa di ricevere cure migliori all'interno di strutture private capaci persino di reinserirli all'interno della società appena possibile: *«Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale [...] viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione»* (ivi, p. 130).

Il sottostare alle regole dell'istituzione determina la perdita di tutti gli aspetti che costituiscono l'identità dell'individuo come la possibilità di agire liberamente e il possesso di oggetti personali. Come in Goffman anche qui la perdita di identità e l'identificazione dell'internato con l'immagine che la struttura residenziale gli assegna acquista una certa enfasi: *“Se originariamente, il malato soffre della perdita della propria identità, l'istituzione e i parametri psichiatrici gliene hanno costruita una nuova attraverso il tipo di rapporto oggettivamente che hanno con lui stabilito, e attraverso gli stereotipi culturali con cui lo hanno circondato. Per questo si può dire che il malato mentale, immesso in una istituzione la cui finalità terapeutica risulta ambigua nel suo ostinarsi a rapportarsi ad un corpo malato, ha assunto su di sé l'istituzione stessa come proprio corpo, incorporando l'immagine di sé che l'istituzione gli impone”* (ivi, p.137-138).

Solo la presa di coscienza della violenza da parte non solo degli istituti ma della società che ha di fatto escluso i malati potrà creare le basi per il superamento della cura istituzionale che egli definisce come antiterapeutica per i malati mentali poiché basata, appunto, sulla violenza.

Ciò che deve cambiare è il «*rapporto con il medico che lo codifica e con la società che lo nega*» (ivi, p.147). Se questo non cambia non basta somministrare nuovi farmaci ai malati mentali o istituire comunità terapeutiche poiché entrambi rappresenterebbero nuove forme di violenza. Nel primo caso attraverso l'azione sedativa del farmaco che riduce l'individuo a soggetto passivo e nel secondo la comunità terapeutica si trasformerebbe in un perfezionamento di quella istituzionale che si voleva con essa superare poiché in essa rimarrebbe comunque il potere medico e l'oggettivazione del paziente.

Tra coloro che hanno contribuito alla messa in discussione dell'onnipotenza della medicina all'interno della società, insieme ai lavori di Goffman, Townsend e Basaglia di cui abbiamo parlato, spiccano le voci di altri due autori di prestigio: Ivan Illich (1926-2002) e Michel Foucault (1926-1984).

Il primo, nel suo lavoro *Nemesi Medica* (1976), affermò che «*la salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, specialmente nei più deboli, la fiducia in se stessi, l'autonomia e la dignità*» (Illich, 1976:13) per cui questa deve scaturire dalla capacità dell'individuo di far fronte in modo autonomo alla cura di sé.

Se lo sviluppo del modello medico dell'intervento di aiuto ha portato avanti un approccio finalizzato a trovare le cause biologiche della malattia al fine di trovarne la giusta cura e riportare l'individuo alla normalità, nel suo libro egli afferma come in realtà esso abbia colonizzato la vita del'individuo sottoponendolo a terapie e trattamenti anche quando in realtà sarebbe bastato un modo di vivere più salutare.

Egli definisce le conseguenze negative del predominio della medicina nella vita individuale come “*iatrogenesi*”³ che distingue in clinica, sociale e culturale.

La prima si verifica nel momento in cui la terapia conseguente alla diagnosi medica determina un peggioramento dello stato di salute individuale, la seconda quando il potere medico promuove attitudini e situazioni sociali e psicologiche tali per cui tutti i membri di una società vengono incoraggiati a diventare consumatori dei prodotti medici sia curativi che preventivi diventando così malati anche senza esserlo, a questo proposito Illich parla proprio di una espropriazione della salute da parte delle professioni mediche; infine la terza si ha quando si nega alle persone la volontà di affrontare personalmente la morte, il dolore e la malattia poiché si ha il predominio di una cultura che spinge a medicalizzarli.

In tutti e tre i casi, egli afferma che qualsiasi intervento medico non può apportarne il superamento. La *iatrogenesi*, infatti essendo parte dell'intervento medico non può da questi essere risolta ma solo prodotta per cui ogni suo intervento per quanto sia finalizzato a dissolverla diventa a sua volta produttore di altra *iatrogenesi*. Questo tipo di spirale di feedback egli la definisce *nemesis medica*⁴ il cui rovesciamento può avvenire soltanto nel momento in cui l'uomo decide di farsi carico di se stesso salvaguardandosi dal potere medico e dalle conseguenze nocive che ogni suo intervento può causare.

Il filosofo francese Michel Foucault denunciò il fatto che tra il XVIII e il XIX secolo si assiste all'affermarsi di un nuovo tipo di potere all'interno della società che egli definì *potere disciplinare*, di cui quello esercitato dalla professione medica all'interno degli ospedali è solo una delle tante espressioni.

In *Sorvegliare e Punire* (trad. it. 1976) egli definisce la disciplina come i: “*metodi che permettono il controllo minuzioso delle operazioni del corpo, che assicurano l'assoggettamento costante delle sue forze ed impongono loro un*

³ Il termine *iatrogenesi* ha origine dalle due parole greche *iatros* che significa medico e *genesis* che significa origine (Illich, 1976: 9).

⁴ “*I greci nelle forze della natura vedevano delle divinità. Per essi la nemesis era la vendetta divina che colpiva i mortali quando questi usurpavano le prerogative che gli dei riservavano gelosamente a sé. La nemesis costituiva l'ineluttabile castigo d'ogni tentativo d'essere eroi anziché creature umane. Come la maggior parte dei sostantivi greci astratti, Nemesis prese la forma di una divinità. Rappresentava la risposta della natura alla hubris, alla presunzione umana dell'individuo che cercava di acquistare gli attributi di dio. La nostra moderna hubris sanitaria ha determinato la nuova sindrome della nemesis medica*” (Illich, 1976:42).

rapporto di docilità-utilità” (ivi, 149). Si tratta di formule generali di dominazione esercitate nelle cliniche, nelle prigioni, nelle scuole, nelle caserme e nelle fabbriche che invece di usare la violenza sui corpi li domina addestrandoli o normalizzandoli rendendoli tanto più utili⁵ quanto più docili utilizzando due tecniche che Foucault definisce l’arte della ripartizioni e il controllo delle attività.

Attraverso l’arte delle ripartizioni la disciplina esercita il potere sui corpi ripartendoli nello spazio. A questo proposito essa esige l’isolamento e la separazione di un corpo rispetto all’altro assegnandogli un posto ben preciso in modo da renderlo più evidente e quindi più facilmente sorvegliabile e addestrabile. Nel controllo delle attività invece il potere disciplinare provvede ad adattare i comportamenti dei corpi che domina ad imperativi temporali. In questo caso esso provvede a scandire i comportamenti degli individui assegnandogli una durata precisa.

In entrambi i casi Foucault afferma che il potere viene esercitato in modo incorporato poiché agisce sulla volontà degli individui spingendoli ad obbedire alle regole coinvolgendoli in un processo di assoggettamento costante manipolando i loro gesti, i loro comportamenti, le loro attitudini tanto che egli stesso parla di una nascente microfisica del potere o di un’anatomia politica del potere. La disciplina dice Foucault è una anatomia politica del dettaglio in quanto finalizzata al controllo minuzioso della vita degli individui che regola momento per momento il tempo e l’opera degli individui in modo accuratamente calcolato.

Lo strumento di cui il potere disciplinare si avvale per qualificare, classificare, descrivere, analizzare e differenziare per mettere in evidenza il criminale, il pazzo, il malato o meglio il corpo da addestrare e normalizzare è la tecnica dell’esame. La conoscenza che scaturisce da quest’ultima dice Foucault è la *conditio sine qua non* per l’esercizio del potere.

⁵ In *Sorvegliare e Punire* Foucault (trad. it. 1976) descrive il supplizio che veniva riservato ai corpi dei condannati durante il periodo dell’*Ancien régime* contrapponendolo alla modalità con cui il potere disciplinare tende invece ad addestrarlo per potenziarne l’utilità. Tale cambiamento sostiene Foucault avviene con il passaggio all’età industriale che spinge ad assegnare ai corpi una specifica utilità economica in termini di forza lavoro tale per cui quest’ultimo inizia ad essere sottoposto ad una serie di castighi incorporati finalizzati a preservarne e potenziarne l’utilità addestrandoli.

Con la pratica dell'autopsia e l'osservazione costante sui corpi dei malati, sostiene Foucault in *Nascita delle clinica* (trad. it. 1969), la conoscenza del corpo da parte della professione medica mette quest'ultima nelle condizioni di esercitare il potere su di esso. Lo stato di morte e di malattia si trasformano da eventi negativi ad eventi positivi in quanto funzionali alla conoscenza del corpo necessaria per sviluppare la diagnosi e la cura delle malattie. Il cadavere in particolare non è più negazione della vita ma la condizione che permette di distinguere il normale dal patologico percorrendo a ritroso i processi della decomposizione del regime di funzionamento normale degli organi.

Gli ospedali sostiene Foucault diventano a partire dal XVIII secolo apparati esaminatori al cui interno gli individui diventano allo stesso tempo oggetto di conoscenza e di potere attraverso l'ispezione continua del medico.

Fu il medico G. I. Engel (1977), a fronte delle numerose contestazioni da lui stesso condivise verso il potere medico all'interno della società, a proporre per primo un paradigma alternativo conferendogli il nome di modello bio-psico-sociale capace di considerare non solo il lato biologico umano ma anche la persona, la famiglia e la società in cui questa è inserita per il raggiungimento del benessere individuale.

Si tratta di un approccio che considera l'esperienza della salute e della malattia individuale in modo olistico, senza cioè soffermarsi esclusivamente sull'aspetto fisico, abbracciando appieno la dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Salute del 1947 secondo cui la salute è « *uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solamente assenza di malattia o infermità*».

Tramite il modello bio-psico-sociale il benessere viene ad assumere un aspetto multidimensionale, diventa cioè il prodotto dell'interazione tra fattori biologici e psico-sociali. In particolare, dal punto di vista fisico si prende in considerazione la capacità dell'individuo di muoversi e agire, da quello psicologico il suo stato cognitivo legato alla memoria, al linguaggio e all'auto percezione e, infine, da quello sociale la sfera relazionale in cui si trova inserito dentro e fuori l'ambito familiare. Si supera pertanto il dualismo cartesiano tra psiche e soma portato avanti dal modello medico dell'intervento di aiuto e si pone fine alla esclusiva ricerca delle cause biologiche delle malattie affiancando quindi alla figura del

medico quella dello psicologo, del sociologo, dell'assistente sociale, della famiglia e della comunità di appartenenza che insieme ai primi vengono chiamati ad agire in modo integrato per soddisfare i bisogni della persona in modo globale.

In tale quadro la vecchiaia non viene più vista come un'esperienza negativa legata a un declino generale della persona a causa dell'età ma come una fase della vita multidimensionale da considerare nella sua globalità.

Nel 1995 l'organizzazione mondiale della sanità avendo già riconosciuto a metà degli anni '40 il carattere polivalente della salute prima citata definisce la qualità della vita come la «[...]percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative, preoccupazioni. Riguarda quindi, un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dalla interazione con il proprio specifico contesto ambientale».

1.3 L'intervento di rete e il *community care*

Adottando la definizione della qualità della vita proposta dall'organizzazione mondiale della sanità legata ad un'idea di un benessere inteso in termini bio-psico-sociali, di cui abbiamo parlato sopra, è chiaro che i bisogni connessi alla salute debbano essere soddisfatti attraverso un intervento in rete che includa tutti i livelli di intervento: pubblici e privati, sociali e sanitari, formali (aiuto erogato dalle istituzioni locali e dalle associazioni di volontariato e altri organismi del terzo settore⁶) ed informali (sostegno ricevuto da parte della famiglia, degli amici e dei vicini) che similmente ad un ottica sistemica diventano parti interdipendenti di un sistema sociale in cui ogni elemento interagisce con l'altro

⁶ La definizione di terzo settore è ancora oggetto di dibattito in letteratura. La poliedricità di questo attore sociale è tale per cui esistono molteplici definizioni e diverse etichette per identificarlo. Una definizione utile, per quanto non esente da critiche, è quella strutturale-operativa elaborata da Salamon e Anheier (1992). Secondo questa definizione il terzo settore è identificabile con quelle organizzazioni: 1) formalizzate; 2) indipendenti dal governo; 3) autogovernate; 4) volontarie; 5) nonprofit. Insieme a queste caratteristiche è richiesto che le organizzazioni di terzo settore presentino finalità di pubblica utilità (Kendall e Knapp, 1993).

modificandosi e adattandosi coerentemente all'interno per riportare l'equilibrio e quindi il benessere della persona.

La necessità di dover raggiungere il benessere attraverso un'azione integrata tra più soggetti non nasce solo dalla consapevolezza dell'inadeguatezza del modello medico dell'intervento di aiuto ma anche da quella di non poter più contare sull'azione sociale del *welfare state* che a partire dagli anni '70 entra in crisi a causa della concomitanza di fattori economici e sociali che compromisero le premesse su cui esso si era sviluppato quali: la piena occupazione, l'alta produttività, la divisione di genere nell'ambito familiare e la stabilità demografica (equilibrio tra popolazione giovane attiva e anziana non attiva).

Sul piano economico la crisi petrolifera del 1973 provoca un arresto della crescita economica e quindi un abbassamento del tasso di produttività e di occupazione che impedisce allo Stato di poter continuare a contare sulle ingenti quantità di risorse economiche che avevano caratterizzato la seconda metà del XX secolo. Dal lato sociale si assiste invece all'incremento della popolazione anziana a seguito dei progressi scientifici in campo medico e alla diminuzione del tasso di natalità a causa dell'ingresso della donna nel mondo del lavoro.

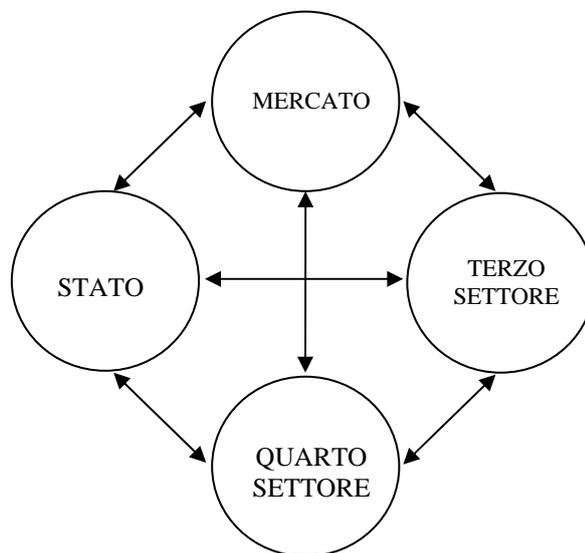
Ciò ha determinato sul piano previdenziale una crisi dei sistemi pensionistici basati su meccanismi redistributivi secondo i quali la popolazione attiva paga per quella non attiva, mentre su quello sanitario e socio-assistenziale ha fatto registrare un incremento della domanda dei servizi socio-sanitari da parte di una crescente popolazione anziana non autosufficiente.

Quest'ultima, infatti, raggiungendo una speranza di vita media sempre più elevata si ritrova sempre più spesso ad essere affetta da malattie cronico degenerative, come quelle cardio-vascolari o il diabete, per le quali la medicina pur non riuscendo a raggiungere la guarigione attraverso diverse terapie è riuscita, comunque, a promuovere la vita anche se in in stato di crescente bisogno socio-assistenziale e sanitario. È così che i servizi vengono chiamati a dare risposte capaci di offrire un supporto integrato tra servizi sociali e sanitari che alla luce degli effetti devastanti che il processo di istituzionalizzazione o ospedalizzazione può avere sul loro benessere bio-psico-sociale, siano allo stesso tempo in grado di garantire la permanenza nel proprio ambiente abitativo agendo a supporto

dell'aiuto offerto dalla comunità e famiglia d'appartenenza. Se in passato alle donne veniva conferito il ruolo di cura all'interno della famiglia, l'ingresso di quest'ultima nel mondo del lavoro ha determinato una sempre maggiore richiesta di servizi socio-sanitari in grado di supportarla o sostituirla in tale ruolo.

La risposta dello Stato alle richieste emergenti è stata sia quella di delegare o esternalizzare al mercato e al terzo settore la gestione ed erogazione dei servizi, rimanendo tuttavia responsabile della programmazione e del finanziamento delle politiche di *welfare* ed effettuando così il passaggio dal *welfare state* al *welfare mix* (Franzoni e Anconelli, 2007), che di coinvolgere nel ruolo di cura sempre più la famiglia e la comunità d'appartenenza dell'individuo in stato di bisogno.

È per questo che Di Nicola (1998) parla della presenza di quattro nodi differenziati e interattivi tra loro all'interno della società che da questo momento in poi vengono a caratterizzare l'intervento di rete: il mercato, lo Stato, il terzo settore e il quarto settore costituito dalle famiglie e dalle reti informali, che insieme si trovano a concorrere per il raggiungimento del benessere e della qualità



della vita individuale in senso globale.

Figura 1.1: La società come sistema d'azione plurale. (Fonte: Serra, 2001)

Il benessere è dato quindi dalla molteplicità delle risorse comunitarie ed istituzionali su cui l'individuo può contare in caso di bisogno. La famiglia e la

comunità devono essere messe nelle condizioni di continuare a svolgere il ruolo di cura all'interno della società considerando l'insostituibile contenuto affettivo delle prestazioni che queste sono capaci di offrire a differenza delle reti formali.

A questo proposito sempre la Di Nicola distingue così le reti formali da quelle informali: *«Si considera sistema formale di aiuto l'insieme dei servizi socio-sanitari, sia pubblici che privati, sia in natura che in denaro, finalizzati alla cura in senso ampio della persona, erogati su base professionale e da agenzie esterne alla famiglia. Tale sistema è formale nel senso che è specializzato quanto a funzioni che adempie e a soggetti destinatari. Le prestazioni sono regolate da specifici codici che delimitano il campo di intervento, le modalità di erogazione delle prestazioni e di accesso alle stesse, il tipo di relazione che si instaura tra chi eroga e chi usufruisce della prestazione. Per sistema informale delle cure si intende l'insieme dei servizi che sono erogati a favore di chi esprime un particolare bisogno, al di fuori di qualsiasi competenza professionale. Tale sistema è informale in quanto: non è specializzato da un punto di vista funzionale; le prestazioni non sono codificate da precise regole, in quanto il servizio è diverso a seconda del bisogno che è chiamato a soddisfare e, soprattutto, a seconda della sistematicità e della regolarità».*

Quando si parla di intervento di rete come azione sinergica tra reti formali ed informali volte al recupero del benessere in senso globale si entra in realtà nell'ottica del *community care*.

Con tale termine si viene ad indicare una tipologia di cura volta ad utilizzare tutte le risorse disponibili sia a livello formale che informale per mantenere e migliorare la qualità della vita degli individui in difficoltà rispondendo ai bisogni all'interno di un'ottica di de-istituzionalizzazione e territorializzazione⁷ dei servizi, rendendoli così più proficui anche sotto il profilo economico essendo quest'ultimi meno costosi dei primi (Means, Richards e Smith, 2003).

In tale quadro l'intervento di rete serve sia ad offrire risposte alternative a quelle dell'istituzione totale offrendo servizi alternativi come l'erogazione

⁷ Per servizi territoriali si intendono quei servizi posti vicino all'ambiente di vita delle persone poiché finalizzati ad agire insieme alla comunità d'appartenenza per soddisfare i suoi bisogni (Piva, 2000).

dell'assistenza sociale e sanitaria a domicilio della persona che a valorizzare le risorse informali della comunità d'appartenenza in cui l'individuo è inserito.

Il sempre maggiore rilievo dato alle reti informali per il benessere bio-psico-sociale della persona ha comportato lo sviluppo di quello che in letteratura viene definito il passaggio dal *welfare state* al *caring society* o *welfare society*, indicando con questa terminologia proprio il sempre crescente coinvolgimento delle reti informali per il benessere collettivo.

Franzoni e Anconelli (2006) definiscono il *welfare society* come un assetto di protezione sociale entro cui si incontrano varie organizzazioni e agenzie che sono direttamente finalizzate a obiettivi di benessere, recuperando anche il ruolo della famiglia e delle reti primarie. La relazione tra di essi è la base della garanzia di una cittadinanza definibile come societaria.

1.4 Empowerment

A fronte della complessità dei bisogni individuali che a partire dagli anni '70 vengono a caratterizzare la domanda assistenziale è chiaro che diventa sempre più necessario il coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia nella definizione dei pacchetti di cura a loro destinati in modo da renderli personalizzati e flessibili.

È qui che il concetto di *empowerment*, che significa letteralmente “accrescere in potere”, affonda le proprie radici. Procedere con interventi di *empowering* nel campo dei servizi sociali e sanitari significa non curare qualcosa che è visto come malattia, ma attivare risorse e competenze accrescendo nei soggetti individuali la capacità di utilizzare le loro qualità positive e quanto il contesto offre a livello materiale e simbolico per agire sulle situazioni e per modificarle.

L'individuo deve quindi poter contare su un sistema di servizi socio-sanitari disposti a sposare una logica interattiva tra operatore-utente all'interno del quale quest'ultimo assumi un ruolo attivo non più passivo nella definizione del proprio benessere. La soddisfazione dei bisogni deve diventare quindi un fattore di comune interesse tra operatore e utente. Tale atteggiamento da parte dei servizi viene definito dagli anglosassoni con il termine di *client-oriented*.

Il modello medico dell'intervento di aiuto di cui si è parlato nel primo paragrafo in realtà non ha solo contribuito a ridurre il malato ad oggetto di indagine e sperimentazione ma ha anche favorito una maggiore consapevolezza da parte dell'individuo sulle cose da fare per mantenersi in buona salute e su come diagnosticarsi e curarsi determinate malattie diventando artefice del suo benessere (Herzlich, 1999).

È il caso ad esempio delle malattie diabetiche che pur non essendo curabili dalla medicina permettono all'individuo di sopravvivere a lungo a condizione che si dimostri capace di autosomministrarsi l'insulina per via endovenosa quando necessario acquisendo così le competenze mediche indispensabili per sopravvivere.

1.5 Il rapporto medico-paziente

Il rapporto medico-paziente promosso dal modello medico dell'intervento di aiuto al momento del suo esordio in società si è caratterizzato per una asimmetria relazionale che ha visto il paziente in uno stato di totale passività e subordinazione. Solo successivamente come ricordato sopra il paziente, acquisendo una maggiore conoscenza del proprio corpo e della malattia, ha conquistato una posizione di *empowerment* nella relazione medico-paziente.

Si partiva, infatti, dall'assunto che il medico avesse conoscenza di quale fosse il meglio per il benessere del paziente tant'è che quest'ultimo poneva la propria fiducia nel professionista considerato come l'unico capace di conoscere ciò che fosse meglio per lui in ogni circostanza si trovasse. In altre parole, il paziente non si aspettava di sapere molto sulla propria malattia e sui trattamenti che il professionista medico decideva di somministrargli per il suo benessere. In tal caso si parla in letteratura di una visione paternalistica o "*paternalistic view*" della relazione medico-paziente che il modello medico dell'intervento di aiuto ha portato avanti.

Il primo sociologo a occuparsi di tale relazione fu Talcott Parsons (1902- 1979) che all'interno del suo approccio struttural-funzionalista assegnò al medico una

posizione dominante in quanto finalizzato a promuovere il regolare funzionamento del sistema sociale permettendo all'individuo malato, attraverso la guarigione, di poter continuare a svolgere il proprio ruolo all'interno della società.

Nella sua analisi la società è un sistema sociale cioè «*un insieme interrelato di parti che è capace di autoregolazione; ogni parte svolge una funzione necessaria alla riproduzione dell'intero sistema*» (Jedlowski, 1998:215). La malattia, quindi, impedisce all'individuo di svolgere il proprio ruolo⁸ all'interno del sistema sociale.

Una volta che un individuo viene definito malato si trova a dover svolgere un nuovo ruolo che è, appunto, quello del malato (*sick role*) che si caratterizza nell'essere un ruolo temporaneo e finalizzato alla guarigione che condurrà il soggetto a riprendere il proprio ruolo all'interno della società.

Nell'analisi di Parsons quindi il potere del medico è dato dalla possibilità di definire un soggetto come malato, assumendo il ruolo di *gatekeeper*, e dalla possibilità di intervenire sul corpo di questi per portarne la guarigione nell'interesse universale della collettività. Il paziente viene a collocarsi all'interno di un rapporto di subalternità nei confronti dell'autorità medica al fine di raggiungere la guarigione necessaria a riassumere il suo ruolo nella società.

In Parsons il rapporto medico-paziente ha, quindi, carattere asimmetrico e funzionale all'equilibrio del sistema sociale; non si prevede, la compartecipazione del paziente al processo di cura. Il dovere del medico è perciò quello di guarire il paziente e quello del malato di volere la guarigione.

Con Parsons, inoltre, la malattia acquista una connotazione sociologica in quanto non legata a un mero evento patologico ma alla categoria alienante del ruolo sociale del malato. Essa, infatti, acquisisce la connotazione di condizione deviante e di pericolo per l'equilibrio del sistema sociale. La salute da fatto biologico diventa sociale nel momento in cui viene da lui connessa al ruolo ricoperto dall'individuo nella società.

⁸ Per ruolo Parsons intende l'insieme delle aspettative comportamentali che la società ha verso l'individuo avente una determinata posizione sociale (Jedlowski, 1998:216).

Il rapporto medico paziente promosso dal modello medico dell'intervento di aiuto lo si ritrova anche nei lavori di Foucault, Goffman e Basaglia, di cui abbiamo parlato sopra, i quali riconoscono una distanza tra internato e potere medico tale per cui il primo è succube del secondo.

In *Sorvegliare e Punire* riprendendo la struttura del *panopticon* proposta come progetto di carcere modello dall'utilitarista britannico Jeremy Bentham nel 1791, Foucault afferma che l'immagine che esso offre si coniuga perfettamente con il potere disciplinare poco coercitivo e non violento esercitato negli apparati disciplinari quali ad esempio le prigioni, gli ospedali, le fabbriche, le caserme e le scuole.

Il *Panopticon* si compone di una struttura semi-circolare la cui circonferenza è divisa in celle separate da un muro e dotate da due finestre una che dà verso l'esterno e che permette alla luce di attraversarla, l'altra rivolta verso il centro dell'edificio dove è ubicata la torre di controllo tagliata da grandi finestre con un sistema di imposte che permette al guardiano di vedere senza essere visto. Ciò che caratterizza tale struttura è quindi sia l'impossibilità dei detenuti di vedere e di parlare con gli altri occupanti delle celle che l'occhio del guardiano che li sorveglia. Il fatto che il guardiano sia invisibile fa sì che ognuno si senta continuamente sottoposto a uno stato di potenziale sorveglianza. Tale inconsapevolezza spinge gli individui all'autocontrollo e alla disciplina o se volgiamo a farsi portatori di un potere che riesce così a farsi rispettare senza esercitare alcuna violenza rendendosi invisibile agli occhi di chi è controllato.

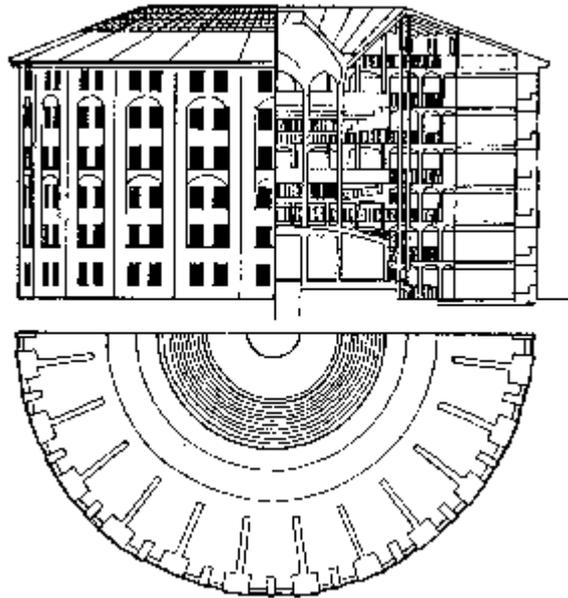


Figura 1.2: Panopticon (Fonte: Foucault, trad. it 1976)

In *Asylums*, Goffman afferma come vi sia una distinzione all'interno delle istituzioni totali «tra un grande gruppo di persone controllate, chiamate opportunamente "internati", e un piccolo staff che controlla» (Goffman, 1968: 37), lo stesso vale per Basaglia che denuncia come nelle istituzioni si abbia una netta divisione tra chi ha il potere e chi non c'è l'ha «il rapporto di sopraffazione e di violenza fra potere e non potere, che si tramuta nell'esclusione da parte del potere, del non potere: la violenza e l'esclusione sono alla base di ogni rapporto che si instauri nella nostra società. I gradi in cui questa violenza viene gestita sono, tuttavia, diversi a seconda del bisogno che chi detiene il potere ha di velarla e di mascherarla. Di qui nascono le diverse istituzioni che vanno da quella familiare, scolastica, a quelle carcerarie e manicomiali; la violenza e l'esclusione vengono a giustificarsi sul piano della necessità, come conseguenza le prime della finalità educativa, le altre della "colpa" e della "malattia". Queste istituzioni possono essere definite come le istituzioni della violenza» (Basaglia, 1968:115).

Tuttavia, per quest'ultimo, il rapporto medico - paziente in quanto legato all'appartenenza economica del malato può assumere tre differenti tipologie relazionali (Basaglia, 1968:121):

- *Aristocratico* all'interno del quale il malato non trovandosi in una posizione economica debole ha la possibilità di trovarsi in una posizione di potere che gli impedisce di sottostare al potere medico conoscitivo;
- *Mutualistico* qui il rapporto assume i caratteri della reciprocità nel momento in cui si è in presenza di un paziente o mutuato consapevole dei suoi diritti;
- *Istituzionale* in questo caso il rapporto medico paziente viene a collocarsi all'interno dell'istituto di ricovero all'interno del quale inevitabilmente il potere del malato viene annientato da quello medico.

È con lo sviluppo del modello bio-psico-sociale che la relazione medico paziente assume una visione più equa ("*equal view*") e aperta allo scorrimento di informazioni tra medico e paziente supportando il diritto del paziente di essere informato sulla malattia e sulle cure che riceve in modo da poter scegliere cosa è meglio per lui (Thompson, N. e Thompson, S., 2005).

A questo proposito l'analisi di Freidson (2002) merita qui di essere citata. Egli evidenzia come in realtà il rapporto tra medico e paziente si caratterizzi da uno scambio negoziale e non asimmetrico come affermato da Parsons, Basaglia e Goffman sebbene per quest'ultimo l'oggettivazione e il potere medico sull'individuo esercitato nelle istituzioni totali non sia assoluto considerando la capacità dell'internato di sottrarsi ad esso attraverso gli adattamenti secondari di cui abbiamo parlato nel secondo paragrafo.

Sia il medico che il paziente, secondo Freidson, hanno infatti un sistema di riferimento su cui orientare i loro comportamenti: quello del medico viene da lui definito *professionale* mentre quello del malato *profano*.

Secondo questo autore affinché si instauri un rapporto medico paziente è necessario prima di tutto che il malato riconosca di avere bisogno dell'aiuto di un medico. Ciò solitamente avviene quando il malato si rende conto di non poter fare affidamento sulle indicazioni suggeritagli dal proprio sistema di riferimento *profano*.

Il malato, infatti, nel momento in cui riconosce la propria condizione di malattia, farà affidamento prima sulla propria capacità di autodiagnosi e poi se i sintomi persistono sui consigli degli amici, vicini, parenti e colleghi di lavoro, e quando questi non funzionano anche su quelli provenienti da persone non esperte ma che hanno però avuto la stessa sintomatologia e ne sono guarite o da parte di qualcuno che un tempo faceva l'infermiere e che quindi conosce il problema. Solo quando anche con l'ausilio quest'ultimi la guarigione sembra irraggiungibile decide di consultare un buon medico.

L'intero processo di ricerca di aiuto da parte del malati coinvolge così una rete di potenziali consulenti che vanno dai membri del nucleo familiare ad estranei più autorevoli e distanti, opportunamente selezionati fino al professionista che subentra quindi solo quando tale sistema di riferimento non professionale, o meglio profano poiché composto da tecnici non legittimati a fare diagnosi e terapie di cura, non funziona spingendo quindi l'individuo a riconoscersi come malato e bisognoso dell'aiuto del medico.

Il medico dal canto suo prenderà come sistema di riferimento quello professionale per cui i suoi comportamenti saranno a sua volta condizionati dai principi della comunità professionale cui appartiene e dagli orientamenti del paziente se vuole che questi ritorni e continui ad essere suo cliente.

Ciò che rende negoziale il rapporto tra medico e paziente, quindi, è il fatto che il medico agisce mediando tra gli orientamenti professionali e i riferimenti profani dei clienti e così i clienti tra sistema di riferimento profano e professionale.

Freidson individua quattro tipi di sistemi di riferimento profani che definiscono la negoziazione tra medico e paziente prendendo in considerazione due dimensioni: grado di conformità tra cultura della clientela e della professione e ampiezza della rete di consulenti profani di cui un determinato soggetto dispone. Dei 4 tipi di sistema di riferimento profano che si possono ottenere egli però si sofferma solo su due. Il primo si configura come molto distante dalla cultura medica e si caratterizza da una rete di consulenti estesa; il secondo offre al soggetto pochi riferimenti profani. In questo caso o la cultura medica ha la meglio e quindi esercita senza resistenze il potere sul malato come nel caso del ricovero

di quest'ultimo negli ospedali o favorisce una assimilazione di parti considerevoli della sua conoscenza da parte del malato.

Questa è la situazione più diffusa oggi con le malattie cronico degenerative che fanno sì che il riferimento profano da parte del cliente sia particolarmente ridotto a causa di una necessaria assimilazione del sapere medico da parte di quest'ultimo per sopravvivere. Il paziente diventa così sempre più protagonista nella determinazione del suo stato di salute.

Tuttavia, una volta che l'individuo malato entra negli ospedali, non solo non viene messo in grado di recepire le informazioni relative alle diagnosi e cura delle malattie di cui sono affetti da parte dei medici ma anche dalla famiglia e comunità d'appartenenza essendo sradicato dal proprio contesto sociale e culturale (Freidson, 2002).

Conclusioni

In questo capitolo si è enunciato come a partire dal XVIII e XIX secolo la massima fiducia nel progresso e nella medicina abbia fatto acquisire alla professione medica il monopolio della cura all'interno della società. I presupposti teorici su cui essa ha consolidato la propria professionalità hanno dato vita al modello medico dell'intervento di aiuto che considera la malattia come il prodotto del malfunzionamento biologico o della lesione organica tale per cui per ogni malattia è possibile associare un'unica causa biologica.

All'interno di quest'ottica è chiaro che nella relazione medico-paziente quest'ultimo assume un ruolo passivo in quanto considerato nella sua sola dimensione corporea e quindi ridotto ad oggetto in mano alla professione medica.

In reazione all'affermarsi del modello medico di aiuto, tuttavia, si sono sviluppate tutta una serie di critiche che hanno partono a costatare come la malattia sia in realtà imputabile a causa sociali e psicologiche oltre che biologiche. In particolare, nel corso del capitolo si sono riportati gli studi più accreditati che hanno denunciato gli effetti disumanizzanti dell'istituzionalizzazione che il modello medico dell'intervento di aiuto ha promosso. A questo proposito si sono

citare le opere di Townsend, Goffman e Basaglia e poi di Foucault e Illich che a differenza dei primi tre hanno posto una maggiore enfasi sul potere esercitato da parte dei medici sul corpo dei pazienti all'interno della società.

Sulla base di questo percorso di studi critici verso il modello medico dell'intervento di aiuto nasce quello bio-psico-sociale proposto dal medico G. I. Engel nel 1977 che a differenza del precedente viene finalizzato a prendere in considerazione il benessere dell'individuo in modo olistico tanto da prevedere un intervento di tipo integrato che coinvolga cioè i professionisti sociali affianco a quelli sanitari oltre alla famiglia e alla comunità d'appartenenza dell'individuo in stato di bisogno.

Tale modello di intervento riesce ad acquisire una particolare diffusione a partire dagli anni '70 a fronte anche della crisi del *welfare state* causata dall'arresto della crescita economica e produttiva a seguito della crisi petrolifera del 1973 che di fatto va a diminuire le risorse a disposizione degli Stati sociali per garantire a tutti la protezione sociale di cui avevano bisogno al punto da costringere quest'ultimi a trasformarsi in stati di *welfare mix* affidando cioè l'erogazione e la gestione dei servizi al mercato e al terzo settore pur rimanendo responsabile nella programmazione e finanziamento delle politiche sociali.

Successivamente, la programmazione di servizi territoriali sociali e sanitari capaci di agire in rete insieme alla famiglia e alla comunità d'appartenenza sulla base di progetti di intervento personalizzati, e quindi capaci di dare ascolto all'utente e di garantirgli una situazione di *empowerment* nella definizione del proprio benessere, ha spinto la letteratura a parlare in realtà di un sempre più concreto passaggio da un *welfare state* ad un *welfare society*.

Capitolo 2

Metodologia

Premessa

Le motivazioni di intraprendere uno studio comparato riguardante l'influenza dei servizi sulla qualità della vita anziana e le strategie e gli strumenti utilizzati per il raggiungimento dei risultati sarà il tema di questo capitolo, che appunto si vuole dedicare a rispondere alle domande del come e del perché analizzare la qualità della vita anziana in relazione ai servizi sociali e sanitari in Kent e Calabria.

2.1 Ipotesi e motivazioni per intraprendere uno studio comparato

L'ipotesi della ricerca è stata quella di andare a verificare se i servizi di *community care* hanno un impatto positivo sulla qualità della vita anziana rispetto a quelli residenziali all'interno di due contesti differenti quali il Kent per l'Inghilterra e la Calabria per l'Italia mettendo in luce le differenze sociali, economiche, politiche e sociali presenti nei due contesti.

Le motivazioni per intraprendere una ricerca comparata proprio tra Inghilterra e Italia, risiedono nelle più recenti riforme in ambito sociale e sanitario che hanno coinvolto questi due paesi a partire dal 2000.

In Inghilterra, l'*NHS Plan 2000* ha posto particolare enfasi sull'integrazione sociale e sanitaria e sullo sviluppo ed erogazione di un nuovo livello di assistenza definita "*intermediate care*" del tutto innovativa e volta a supportare l'anziano e la sua famiglia per evitargli situazioni di istituzionalizzazione e ospedalizzazione non necessari.

Per quel che riguarda, invece, l'Italia a distanza di circa venti anni dall'affermarsi dell'universalismo in campo sanitario con la legge quadro n. 833 del 1978 viene introdotta quella relativa alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328 del 2000 volta a cambiare il modo di concepire e implementare l'assistenza sociale italiana che in mancanza di una legge quadro nazionale si è caratterizzata per una forte eterogeneità territoriale e per una non chiara definizione tanto dei confini tra pubblico e privato che tra sociale e sanitario, nella programmazione, gestione ed erogazione dei servizi sociali e sanitari. Anche in questo caso gli anziani acquisiscono un ruolo di primo piano come destinatari di servizi alternativi a quelli di istituzionalizzazione e ospedalizzazione (Franzoni e Anconelli, 2007).

L'esigenza che ha spinto questi due stati a elaborare un piano di riforma dei servizi risiede nel progressivo aumento della popolazione anziana che rappresenta oggi una vera e propria sfida per gli Stati di *welfare*. Ciò a causa delle malattie croniche che l'avanzamento dell'età spesso comporta insieme al cambiamento strutturale delle famiglie che diventano sempre più verticali e meno orizzontali per il ridotto numero dei figli all'intero e quindi incapaci di farsi carico dei membri più anziani¹. Di fronte a tale situazione è chiaro che lo Stato si trova sempre più a farsi carico dei loro bisogni sia sul piano sociale che sanitario con il conseguente aumento dei costi sociali e sanitari che pesano sulla spesa pubblica nazionale.

È per queste motivazioni che si è scelto di intraprendere uno studio comparato avente come soggetto di riferimento proprio la categoria degli anziani.

Tenendo ben presente le differenze politiche, economiche, sociali, culturali e storiche tra il contesto inglese e italiano, la ricerca è stata, quindi, finalizzata a rilevare in che modo l'implementazione delle riforme nell'ambito dei servizi socio-sanitari si rifletta concretamente sulla qualità della vita anziana dando voce alle percezioni e alle attese di chi eroga e di chi usufruisce dei servizi all'interno di questi due contesti.

Il fine, quindi, non è stato quello di estrapolare dall'esperienza inglese un modello universale di politica sociale ma di evidenziare i punti di forza e

¹ Cfr. Capitolo 5.

debolezza alla luce delle differenze e similitudini esistenti tra i due paesi analizzati.

Sono stati presi in considerazione sia il lato dell'offerta che della domanda in modo da avere una visione globale che parte dal livello decisionale, gestionale e di somministrazione dei servizi fino a quello degli effetti che questi hanno sulla qualità della vita dell'individuo anziano all'interno di una prospettiva di benessere bio-psico-sociale di cui si è avuto modo di parlare nel primo capitolo. La ricerca ha, quindi, preso in considerazione gli ambiti territoriali finalizzati alla gestione ed organizzazione dei servizi sociali e sanitari presenti nelle due realtà esaminate.

In particolare, nel Kent si sono considerate le autorità locali più vicine ai cittadini impegnate nella erogazione delle cure sanitarie definite *Primary Care Trusts* o PCTs e quelle sociali *Social Services Departments* o SSDs (**figura 2.1**).

1. Dartford, Gravesham & Swanley
2. South West Kent
3. Swale
4. Maidstone Weald
5. Canterbury Coastal
6. Ashford
7. East Kent Coastal
8. Shepway

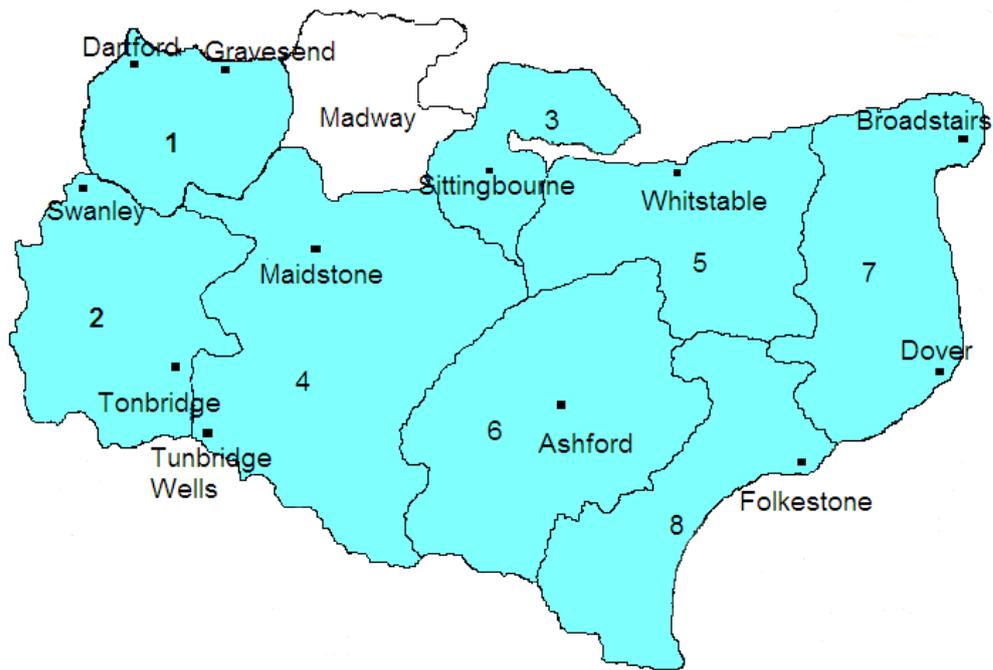


Figura 2.1: Dislocazione territoriale dei PCTs e SSDs in Kent.

In Calabria, invece, la rilevazione dei dati ha preso in considerazione i comuni capo ambito delle 11 *ex Aziende sanitarie locali*², in quanto rispettivamente responsabili dei servizi sociali sanitari territoriali (**figura 2.2**).

² Queste con la deliberazione della giunta regionale del 22 Maggio 2007 n. 272 sono state ridotte a cinque facendole così coincidere con gli ambiti provinciali calabresi. Per la nuova configurazione si rimanda al Cap. 4.

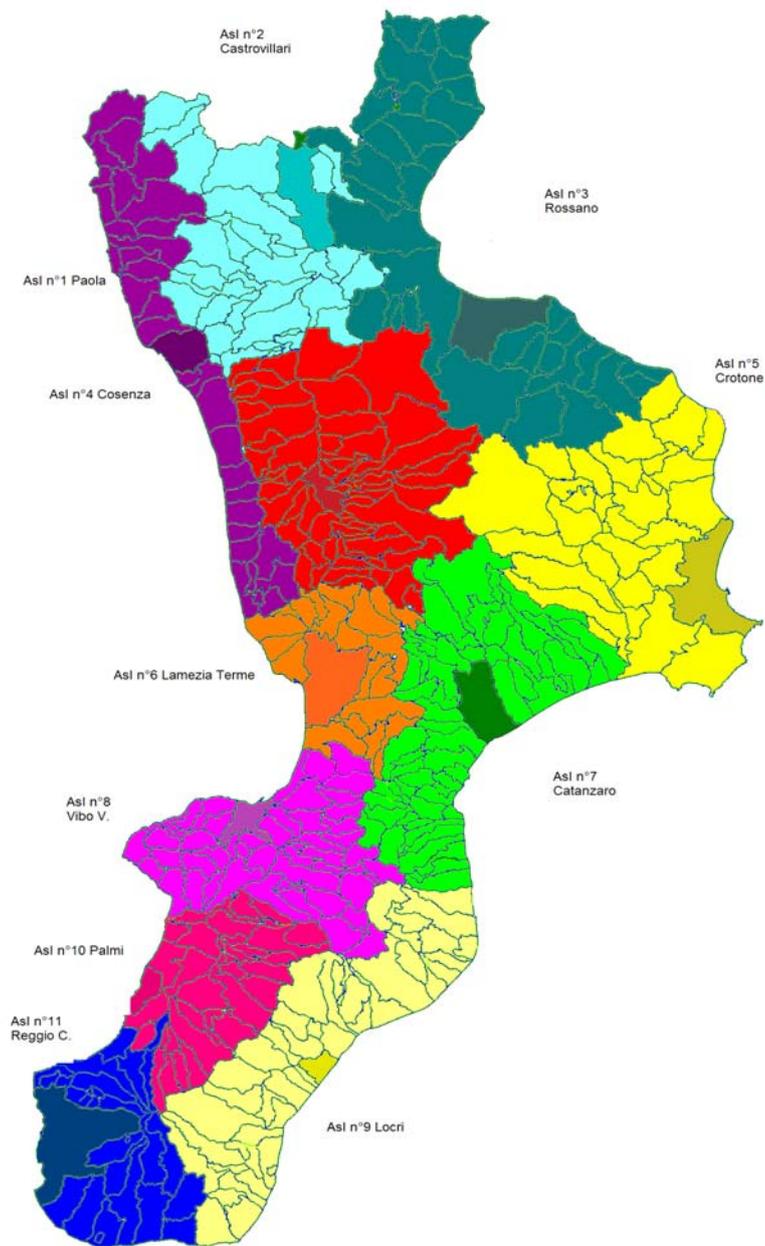


Figura 2.2: Dislocazione territoriale dei comuni capo ambito e Asl.

2.2 Metodologia e tecniche per la rilevazione dei dati

La ricerca si è basata sull'assunto che invece di agire in modo automatico gli uni alle azioni degli altri, gli esseri umani interpretano e definiscono le azioni in base a simboli. Il processo di stimolo- interpretazione- risposta si traduce in un

processo di interazione significativa che Blumer³ definisce interazionismo simbolico (Wallace e Wolf, 2000:226-227).

I significati sono il prodotto dell'interazione sociale ed è tramite questi che scaturisce la realtà in cui gli individui vivono e interagiscono. Secondo Blumer il significato si basa su tre premesse:

«La prima [...] è quella secondo cui gli esseri umani agiscono nei confronti delle cose sulla base dei significati che tali cose hanno per loro. Tali cose comprendono tutto ciò di cui l'essere umano può fare esperienza nel suo mondo: oggetti fisici quali alberi o sedie, altri esseri umani, quali amici o nemici, istituzioni, quali una scuola o un governo; idee guida, quali l'indipendenza individuale o l'onestà; le attività degli altri, quali i loro comandi o le loro richieste; e situazioni nelle quali un individuo si imbatte nella sua vita quotidiana. La seconda premessa è che il significato di tali cose è derivato dall'interazione sociale che il singolo ha con i suoi simili o sorge da essa. La terza premessa è che questi significati sono elaborati e trasformati in un processo interpretativo messo in atto da una persona nell'affrontare le cose in cui si imbatte» (Blumer,1969:2 in Izzo,1991:381).

Inoltre, secondo lo stesso Blumer *«Per quando riguarda la metodologia e la ricerca, lo studio dell'azione dovrebbe essere condotto dalla posizione di attore. Poiché l'agire è elaborato dall'attore in base a ciò che egli percepisce, interpreta e giudica, si dovrebbe considerare la situazione effettiva come l'attore la vede, percepire gli oggetti come l'attore li percepisce, stabilire il loro significato in base al significato che essi assumono per l'attore, e ricostruire la linea condotta*

³È a George Herbert Mead (1863-1931) che si deve l'importanza assunta dall'interazionismo poi da Blumer definito *interazionismo simbolico* nel 1969. Secondo la sua filosofia infatti i sé individuali e le azioni sociali si influenzano reciprocamente. In *Mente, Sé e Società* (1934) egli afferma che la costruzione del sé deriva dalla interpretazione e descrizione che gli altri fanno di noi così come il sé degli altri è dato da quella che noi facciamo di loro attraverso l'uso del linguaggio che è un insieme di segni condiviso per cui prodotto dell'interazione tra gli uomini. L'identità non è data dal soggetto ma dal linguaggio che è sociale. Allo stesso modo l'interazione tra gli individui è possibile per il comune significato che viene attribuito alle azioni. L'interazione così come il sé, quindi, è data dal continuo interpretare le azioni degli altri e agire sulla base di tale interpretazione. (Crespi, 2000 e Jedlowsky,1998).

dell'attore in base al modo in cui egli la elabora in breve si dovrebbe assumere il ruolo dell'attore e vedere il suo mondo dal suo punto di vista»⁴.

La comprensione dell'agire sociale, diventa, quindi, l'elemento caratterizzante di tale paradigma che può così essere considerato in linea di continuità con la teoria weberiana dell'agire sociale (Crespi, 2002:156).

«Per agire “sociale” si deve però intendere un agire che sia riferito secondo il suo senso, intenzionato dell'agente o dagli agenti all'atteggiamento di altri individui, e orientato nel suo corso in base a questo» (Weber, trad. it. 1995, vol. I: 4).

Conoscere il punto di vista dell'attore sociale è lo scopo dell'interazionismo simbolico che ha quindi condotto all'utilizzo di un metodo di ricerca di tipo qualitativo quale quello delle interviste semi strutturate attraverso cui è stato possibile rilevare le percezioni, i sentimenti e le attitudini sia da parte di chi opera nei servizi che di chi li riceve e per capire in profondità la realtà dei servizi inglesi e italiani arrivando a sottolineare i punti di forza e debolezza.

L'uso di tale approccio di ricerca ha, quindi, permesso di rilevare la conoscenza “*tacita*”, data cioè dall'esperienza sul campo dei professionisti e di coloro che da utenti sperimentano ogni giorno gli effetti dei servizi sulla propria qualità della vita.

Come tecniche di rilevazione dei dati le interviste semi strutturate hanno permesso di rilevare le informazioni attraverso una procedura flessibile. Queste, infatti, a differenza di quelle “*strutturate*” e “*in profondità*” hanno permesso da un lato di affrontare i temi generali da approfondire nel corso delle interviste senza seguire una struttura di domande ben definita. Dall'altro di usare comunque uno stesso percorso di indagine tale per cui a tutti i partecipanti sono state somministrate almeno inizialmente le stesse domande generali e attinenti gli stessi temi.

⁴ H. Blumer, *Sociological Implications of the thought of George Herbert Mead*, in C. J. Jessor (a cura di), *Social Theory Revisited*, Hillsdale (Ill.), Dryden Press, 1975: 325 opera cit. in Schwartz e Jacobs (1987).

Le interviste sono state registrate e alla fine di ogni intervista sono stati presi appunti sulle impressioni avute riguardanti per esempio la comunicazione non verbale dell'intervistato o le impressioni sul contesto.

Poi una volta trascritte si è proceduto con l'analisi dei dati che è avvenuta attraverso l'individuazione di categorie includenti similitudini in frasi e parole dette che sono state successivamente commentate in capitoli attraverso una prospettiva narrativa a supporto della quale si è provveduto a riportare stralci di intervista ed elaborazioni di dati quantitativi estratti da un percorso di analisi secondaria dei dati finalizzati a garantire un sostegno empirico alle argomentazioni affrontate.

2.3 Indicatori

Al fine di rilevare la percezione degli operatori e degli utenti in merito all'influenza dei servizi sulla qualità della vita anziana si è deciso di approfondire due prospettive centrali: il rapporto tra qualità erogata ed attesa da parte dei professionisti, e quello tra qualità attesa e percepita da parte degli utenti.

Gli indicatori utilizzati per rilevare le informazioni intorno a tali temi sono stati molteplici. Dal lato dei professionisti si è provveduto inizialmente a chiedere loro una descrizione dell'offerta dei servizi per poi passare alla rilevazione dei problemi più ricorrenti. In questo modo si è avuta la possibilità di domandare loro se riuscissero a raggiungere attraverso i servizi gli obiettivi sperati tenendo conto anche dei costi e delle risorse disponibili, e quindi se fossero soddisfatti del lavoro svolto. Si è ottenuto così un quadro dell'efficacia ed efficienza percepita dei servizi e delle prestazioni offerte.

A questo proposito si è provveduto anche a rilevare informazioni in merito alla loro competenza e attitudine professionale per il lavoro che venivano chiamati a svolgere. Inoltre, si è chiesto loro se fornissero le prestazioni a seguito di un'attenta conoscenza dei bisogni degli utenti e se fossero in grado quando necessario di fornire risposte olistiche e personalizzate oltre che tempestive per soddisfarli, lavorando anche in rete non solo con gli altri servizi disponibili a

livello territoriale ma anche con la famiglia e la comunità d'appartenenza dell'utente anziano. La mappa tematica utilizzata ha quindi riguardato i seguenti temi:

1. Descrizione del servizio erogato;
2. Criteri di accesso per il servizio offerto;
3. Principali cause di richiesta di aiuto da parte degli utenti;
4. Composizione del team di lavoro ed elenco delle qualifiche del personale;
5. Elenco dei principali problemi nell'erogazione del servizio;
6. Livello di soddisfazione verso il lavoro svolto;
7. Coinvolgimento dell'utente nel processo decisionale riguardante l'assistenza da erogare;
8. Lati positivi e negativi nella capacità di lavorare a rete sia con gli altri servizi territoriali che con la famiglia e la comunità d'appartenenza dell'utente.

La qualità della vita percepita e attesa da parte degli utenti è stata invece indagata chiedendo in una prima fase le motivazioni che avessero spinto all'uso del servizio. Si è cercato così di rilevare sia il coinvolgimento dell'utente anziano nel processo decisionale sulla cura da erogare e sia le aspettative di quest'ultimi al momento della richiesta di aiuto. Successivamente facendo domande sulla qualità percepita durante la ricezione dell'assistenza ricevuta si è chiesto loro se fossero soddisfatti del servizio o se avessero proposte per migliorarlo e se di fatto percepissero uno stato di miglioramento almeno in una delle dimensioni del benessere bio-psico-sociale.

In merito sono state somministrate anche una serie di domande riguardanti il rapporto tra operatore ed utente volte ad individuare il livello di fiducia e di confidenzialità riposta dal secondo sul primo. Fiducia e confidenzialità sono state considerate variabili cruciali nel determinare un effettivo miglioramento del loro benessere bio-psico-sociale. In questo caso le domande hanno fatto ad esempio riferimento alla presenza di situazioni di imbarazzo o comunque di disagio nel ricevere aiuto per l'igiene personale o/e nel parlare della propria vita privata.

Infine, si è chiesto agli anziani di descrivere come utenti una giornata tipo antecedente e successiva alla ricezione del servizio al fine di individuare le modalità e le aree in cui i servizi hanno influenzato la loro vita quotidiana e in particolare la loro vita relazionale e attiva.

Gli argomenti adottati nella struttura dell'intervista rivolta agli utenti anziani sono stati pertanto i seguenti:

1. Motivazioni di accesso al servizio;
2. Livello di soddisfazione verso il servizio e proposte di miglioramento;
3. Livello di fiducia e confidenzialità nel rapporto con il personale;
4. Descrizione delle attività svolte e degli incontri sociali possibili in una giornata tipo precedente e successiva al momento di utilizzo del servizio.

2.4 Il campione

Il campione è stato composto dai professionisti sociali e sanitari impegnati nella distribuzione dei servizi in Kent e Calabria e dagli utenti anziani di età non inferiore ai 65 anni.

In Kent, il numero degli operatori sociali e sanitari ha raggiunto le 55 unità così divise in base all'ambito di competenza:

- 8 Responsabili dei servizi sociali agli anziani;
- 8 Responsabili dei servizi sanitari agli anziani;
- 5 Responsabili delle strutture residenziali;
- 5 Responsabili dei centri diurni per anziani;
- 5 Responsabili dei servizi domiciliari per gli anziani;
- 6 Assistenti sociali;
- 6 Infermieri domiciliari;
- 6 Assistenti domiciliari;
- 3 Fisioterapisti e 3 terapisti occupazionali.

Anche in Calabria la numerosità del campione ha raggiunto le 55 unità. Nonostante la maggiore numerosità dei distretti, che da nove passano ad undici come illustrato nelle *figura 2.2*, le interviste si sono ridotte a causa dell'impossibilità di intervistare fisioterapisti e terapisti occupazionali in quanto generalmente non coinvolti nell'erogazione della cura domiciliare:

- 11 responsabili dei servizi sanitari agli anziani;
- 11 responsabili dei servizi sociali;
- 5 Responsabili delle strutture residenziali;
- 5 Responsabili dei centri diurni per anziani;
- 5 Responsabili dei servizi domiciliari per gli anziani;
- 6 Assistenti sociali;
- 6 Infermieri domiciliari;
- 6 Assistenti domiciliari.

Gli utenti invece sono stati divisi in uomini e donne e per tipologia di servizi raggiungendo un numero complessivo di 80 anziani considerando entrambi i contesti:

- 10 anziani (5 uomini e 5 donne) che ricevono i servizi domiciliari;
- 10 anziani (5 uomini e 5 donne) che ricevono i servizi di *day care*;
- 10 anziani (5 uomini e 5 donne) che ricevono le cure residenziali da non più di un anno;
- 10 anziani (5 uomini e 5 donne) che ricevono le cure residenziali da più di un anno.

Infine, quest'ultimi sono stati selezionati in base ad una sorta di campionamento accidentale o di convenienza in modo da preservare il buon esito dell'intervista. Infatti, si è preferito utilizzare gli operatori sociali e sanitari di loro fiducia come mediatori per ottenere non solo il consenso all'intervista ma anche una maggiore predisposizione a rispondere alle domande senza timore. Questi, quindi, hanno avuto il ruolo di informarli riguardo alla ricerca oltre a selezionarli

in base al loro stato fisico e psicologico e conseguente potenziale disponibilità ad avere un colloquio.

2.5 Gli aspetti etici

Nella ricerca sociale bisogna tenere conto delle potenziali conseguenze sul piano psicologico e sociale nell'utilizzo di parole o frasi dette dagli intervistati concernenti la loro vita. Può succedere, infatti, che quanto pubblicato possa essere offensivo o che le persone non vogliono che quanto da loro detto sia pubblicato ma rimanga riservato e usato a fini di ricerca senza che venga riportato integralmente in una rivista o quant'altro.

È necessario, quindi, che la persona da intervistare sia preventivamente e perfettamente informata dei fini della ricerca e di come i risultati vengono utilizzati. A differenza delle interviste effettuate agli operatori, quelle somministrate agli anziani hanno riguardato anche la loro vita personale. Ciò ha richiesto una maggiore attenzione nel rendere consapevole l'intervistato sulle motivazioni della ricerca e sull'anonimato.

A questo proposito si è preferito utilizzare l'operatore di fiducia per informare i partecipanti sul fine e sui benefici della ricerca e per essere da loro presentati come ricercatori in modo da evitare che questi potessero dimostrarsi non solo poco disponibili ad essere intervistati perché intimoriti di non sentirsi all'altezza della situazione, ma anche di rispondere alle domande più personali senza esitazione.

Inoltre, le domande più sensibili sono state somministrate seguendo ordini e modalità diverse in base al buon senso in modo da non intaccare la sensibilità dell'intervistato e rendergli meno dolorosa l'esposizione di frammenti di vita poco piacevoli durante i quali, tra l'altro, è sempre stata data la possibilità di porre fine all'intervista se da loro desiderato.

Infine, il tempo di durata di ogni intervista non ha mai superato i 30-40 minuti al fine di mantenere alto il livello di tolleranza specialmente quando si trattava di anziani semi-autosufficienti.

Conclusioni

L'ipotesi della ricerca è stata quella di andare a verificare se i servizi di *community care* hanno un impatto positivo sulla qualità della vita anziana rispetto a quelli residenziali all'interno di due contesti differenti quali il Kent per l'Inghilterra e la Calabria per l'Italia mettendo in luce le differenze sociali, economiche, politiche e sociali presenti nei due contesti.

La scelta di questi due contesti è stata dovuta all'avvio di un processo di riforma per quanto diversificato nel campo dei servizi sociali e sanitari volto a promuovere la de-istituzionalizzazione dei soggetti anziani a partire dal 2000.

La rilevazione dei dati è avvenuta attraverso l'uso di un metodo di ricerca di tipo qualitativo quale quello delle interviste semi strutturate che hanno permesso da un lato di somministrare le stesse domande generali a tutti i partecipanti e dall'altro di renderle più dettagliate volta per volta per approfondire gli argomenti emergenti nel corso delle interviste. In particolare le domande hanno riguardato due prospettive riguardanti il rapporto tra qualità erogata ed attesa da parte dei professionisti e qualità attesa e percepita dei servizi offerti da parte degli utenti attraverso una prospettiva bio-psico-sociale del benessere.

Il campione ha coinvolto 55 operatori sociali e sanitari sia in Kent che in Calabria e 80 individui anziani 40 in Kent e 40 in Calabria divisi per sesso e tipologia di servizio loro offerto.

La somministrazione delle interviste agli utenti anziani, infine, ha seguito una procedura etica che ha avuto come *iter* quello di informare in modo dettagliato i partecipanti sullo scopo della ricerca nonché sull'uso dei dati con la garanzia dell'anonimato e della massima confidenzialità.

PARTE II

**Le risposte istituzionali al problema
dell'invecchiamento: una ricostruzione del contesto
politico, economico, culturale e sociale italiano e inglese**

Capitolo 3

Inghilterra

Premessa

Il seguente capitolo viene dedicato alla storia del welfare state inglese dal momento della sua massima diffusione, negli anni del secondo dopoguerra, ad oggi. Si ritiene infatti che sia necessario ripercorrere le principali tappe dello sviluppo delle politiche sociali inglesi per poterne comprendere appieno le caratteristiche che oggi presentano. In particolare, si darà maggiore enfasi allo sviluppo dei servizi sociali e sanitari in quanto oggetto del presente studio.

3.1 Il welfare state inglese

L'affermarsi di uno Stato sociale inteso come riconoscimento dei diritti sociali accanto a quelli civili e politici (Marshall, 1976) avviene in Inghilterra nel 1945 con la vittoria del governo laburista di Clement Attlee (1945-1951). Tale governo si pose da subito l'obiettivo di attuare il rapporto di William H. Beveridge "*Social Insurance and Allied Services*" del 1942¹ che prevedeva sia l'introduzione di un sistema assicurativo obbligatorio nazionale a base fissa (*flat rate*), rivolto alla popolazione attiva, che l'inserimento di un sistema sanitario nazionale di tipo gratuito e universalistico, e quindi esteso a tutta la popolazione.

Entrambi gli obiettivi vennero raggiunti dal governo nel 1946 attraverso l'emanazione del *National Insurance Act* e del *National Health Service Act*. Quest'ultimo fece dell'Inghilterra il paese guida dell'universalismo in campo

¹ Fu Arthur Greenwood, allora ministro senza portafoglio e incaricato della ricostruzione dello stato inglese nel secondo dopoguerra a designare William H. Beveridge nel 1941 come presidente della commissione inter-dipartimentale per le assicurazioni sociali finalizzata a investigare l'intero campo della assicurazione sociale inglese. Il compito di Beveridge fu quello di eliminare i 5 mali sociali (*social evils*) presenti nella società inglese del dopoguerra: la pigrizia (disoccupazione); l'ignoranza (educazione); la malattia (sanità), lo squalore (problemi abitativi) e la mancanza (povertà) (Beveridge, 1942).

sanitario nel secondo dopoguerra. L'allora ministro della Salute Aneurin Bevan definiva l'introduzione del sistema sanitario a base universalistica come «il più grande esperimento nel campo dei servizi sociali che il mondo avesse mai intrapreso».

Alle porte dell'universalismo, il sistema sanitario inglese era disorganizzato e frammentato essendo erogato da una pluralità di enti pubblici e privati oltre ad essere guidato da una logica classista. L'obiettivo, di tale riforma, fu quindi quello di porre rimedio a tale frammentarietà e rendere i servizi sanitari accessibili al resto della popolazione.

Il sistema, infatti, si basava su tre separati organi di gestione dei servizi sanitari a livello locale: i servizi sanitari comunitari (*community health services*) affidati alle autorità locali, le quali avevano la responsabilità dei servizi sanitari domiciliari e, in particolare, delle infermiere domiciliari o "*district nurses*" che erogavano le cure a casa delle persone in stato di bisogno (Leathard, 1990); il comitato dei medici di famiglia (*family practitioner services*) comprendenti i medici di base, i farmacisti, gli ottici e i dentisti che godevano di una loro propria indipendenza nell'erogazione dei servizi sanitari, e i cui contratti individuali di lavoro erano amministrati dai *Local Executive Committees*; e gli ospedali, gestiti prevalentemente dalle organizzazioni di volontariato e in parte dall'autorità locali.

Con il *National Health Service Act* gli ospedali vennero interamente affidati al sistema sanitario nazionale e sottratti, quindi, al controllo del settore volontario e delle autorità locali, mentre a quest'ultime, in particolare, venne assegnata l'erogazione dei servizi sanitari comunitari, e sociali.

La gestione dei nuovi enti ospedalieri pubblici venne assegnata ai *Regional Hospital Boards* responsabili per la pianificazione, coordinazione e supervisione dei servizi ospedalieri all'interno della loro area. Questi dovevano essere designati dal Ministero della Salute e Previdenza Sociale (*Department of Health and Social Security*) previa consultazione con le autorità locali e la professione medica. I *Regional Hospital Boards*, inoltre, nominavano a loro volta i membri dell'*Hospital Management Committees* attraverso la consultazione delle autorità locali, la professione medica e le associazioni di volontariato. Infine, si stabilì che gli

ospedali di prestigio (*Teaching Hospitals*) dovessero essere amministrati da una apposita commissione denominata *Boards of Governors* e dal Ministero della Salute e Previdenza sociale.

A differenza del processo di nazionalizzazione degli ospedali che avvenne senza problemi, la classe medica si dimostrò fortemente contraria all'affermarsi del sistema sanitario pubblico poiché ciò avrebbe significato la rinuncia alla loro libertà professionale. Il ministro Bevan, quindi, fu costretto a concedergli l'indipendenza professionale in cambio del loro sostegno al processo di nazionalizzazione della sanità. Ciò significò riconoscere ai medici la possibilità di poter scegliere di volta in volta se offrire o meno i loro servizi per conto del sistema sanitario nazionale attraverso contratti individuali il cui salario si sarebbe basato sul numero dei pazienti che essi decidevano di avere in cura.

La loro autonomia venne, inoltre confermata attraverso la creazione di un consiglio esecutivo locale (*Executive Councils*) portatore dei loro interessi e nominato dal Ministero della Salute e Previdenza Sociale, dalle autorità locali e dalla professione medica stessa. Il sistema sanitario inglese assunse quindi la struttura qui di seguito riportata nel **figura 3.1**:

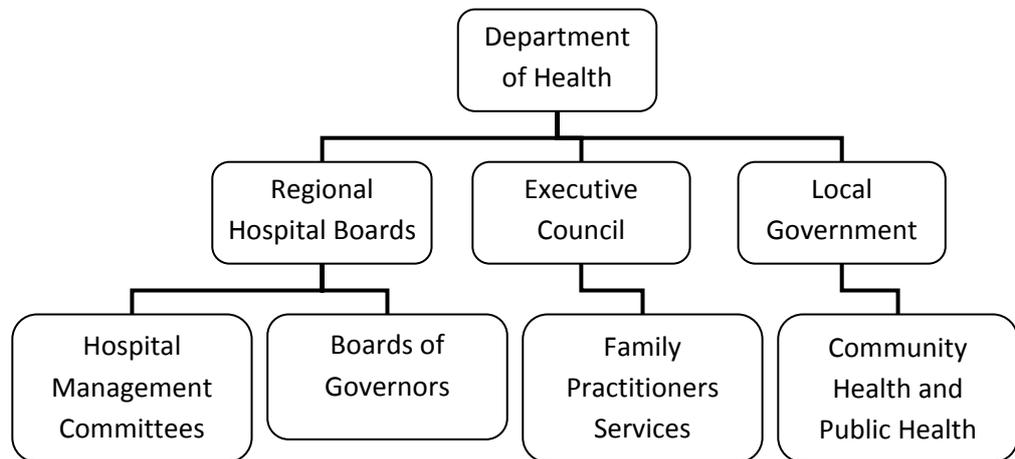


Figura 3.1: Struttura del sistema sanitario nazionale secondo l'NHS Act del 1946 (Baggott, 1998).

La creazione di un sistema sanitario nazionale sotto la responsabilità del Ministero della Salute e Previdenza Sociale si pensava potesse portare ad avere un sistema più coerente e integrato rispetto a prima. Ben presto, tuttavia, esso mostrò i suoi elementi di fragilità poiché prevedeva una possibile duplicazione delle competenze tra le tre strutture designate a erogare i servizi sociali e sanitari territoriali quali: i *family practitioners* amministrati dagli *Executive Councils*, gli ospedali gestiti a livello nazionale, e i servizi sanitari comunitari (*community nursing*) e sociali entrambi messi sotto la responsabilità delle autorità locali.

A più di venti anni dalla sua introduzione il sistema sanitario pubblico, quindi, mostrò tutte le giustificazioni di una sua necessaria riorganizzazione. Questa, tuttavia, fu preceduta dalla riforma dei servizi sociali introdotta dal *Seembohm Report* del 1968 che propose la creazione di nuovi organismi a livello locale a cui affidare il compito di erogare i servizi sociali precedentemente posti nelle mani delle autorità locali insieme a quelli sanitari. Fu così che nel 1970 con il *Local Authority Social Services Act*, in linea con il *Seembohm Report*, si formarono i dipartimenti dei servizi sociali a livello locale (*Social Service Departments*) che marcarono la divisione tra i servizi sociali e sanitari il cui dibattito per una loro possibile integrazione rimane tuttora aperto nell'ambito delle politiche sociali inglesi (Means *et al.* 2003; Glasby *et al.* 2004).

È all'interno di questa nuova configurazione dei servizi sociali locali che viene quindi ad inserirsi l' *NHS Reorganisation Act* del 1973 volto alla riforma del sistema sanitario pubblico che ebbe tra l'altro anche il merito di delineare insieme al *Local Authority Social Services Act* i confini delle autorità sanitarie locali e dei dipartimenti dei servizi sociali oltre a prevederne la necessaria coordinazione e integrazione.

Implementata nel 1974 la riforma introdusse una nuova strutturazione del sistema sanitario pubblico tale per cui al Ministero della Salute e Previdenza Sociale si affidò la responsabilità di tutta la politica sanitaria non solo a livello programmatico ma anche finanziario potendo stabilire la distribuzione e allocazione delle risorse. Inoltre, si affidò a questi la responsabilità del *training* dei professionisti sanitari e delle statistiche e ricerche del campo.

Le *Regional Health Authorities* (RHAs), furono poste in sostituzione dei *Regional Hospital Boards* i cui membri dovevano essere decisi dal Segretario di Stato per i servizi sociali e sanitari. Le funzioni amministrative ad esse affidate furono quelle di sviluppare una pianificazione a livello regionale definendo le priorità oltre alla responsabilità per il *training* dei professionisti sanitari e per le allocazioni e controllo dell'uso delle risorse da parte delle *Area Health Authorities* (AHAs). Queste ultime furono messe sotto il controllo delle RHAs che ne definivano i membri insieme alle autorità locali e l'università mentre il capo doveva essere investito dal Segretario di Stato. Esse avevano doveri di pianificazione e gestione al fine di definire i bisogni sanitari presenti nella loro area e valutarne adeguatamente il soddisfacimento. Infine, venivano a queste affidate tutte le funzioni in precedenza assegnate agli *Hospital Management Committees*, *Executive Council* e delle *Local Health Authorities*. Una delle loro più importanti funzioni fu proprio quella di sviluppare servizi in modo integrato con le autorità locali responsabili dei servizi sociali.

Affianco ad ogni AHAs vi erano poi le *Family Practitioner Committees* (FPC) finanziate direttamente dal Ministero con il compito di gestire a livello amministrativo i contratti di lavoro dei medici di base e degli altri specialisti quali dentisti, farmacisti e ottici. I membri dei FPC dovevano essere nominati dalle AHAs e dai dipartimenti dei servizi sociali locali e dagli altri professionisti locali. Infine, molte aree erano inoltre divise in *District Management Teams* e all'interno vi erano i *Community Health Councils* collocati a livello di distretto uno per ognuno di essi per rappresentare i consumatori dei servizi e controllare i servizi. Questi erano finanziati dalle AHAs. Il sistema sanitario pubblico assunse così la configurazione illustrata nel **figura 3.2**.

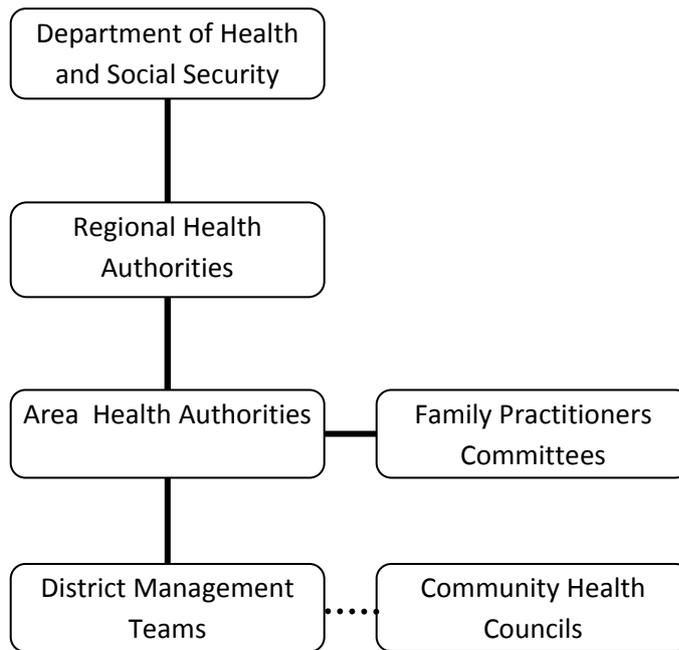


Figura 3.2: Configurazione del sistema sanitario nazionale secondo la riforma del 1973 (Leathard,1990).

Successivamente con l'*Health Services Act* del 1980 le AHAs vennero abolite e sostituite dalle *District Health Authorities* o DHAs responsabili per la definizione dei bisogni locali, dell'impiego dello staff sanitario e della programmazione e amministrazione oltre che della gestione degli ospedali e dei servizi sanitari comunitari secondo le linee guida provenienti dalle RHAs le cui responsabilità rimasero immutate. Inoltre, le *Family Practitioners Committees* diventano direttamente responsabili dal Ministero della salute e della previdenza sociale. La configurazione del sistema sanitario nazionale cambia quindi ulteriormente la sua configurazione come illustrato nel **figura 3.3**.

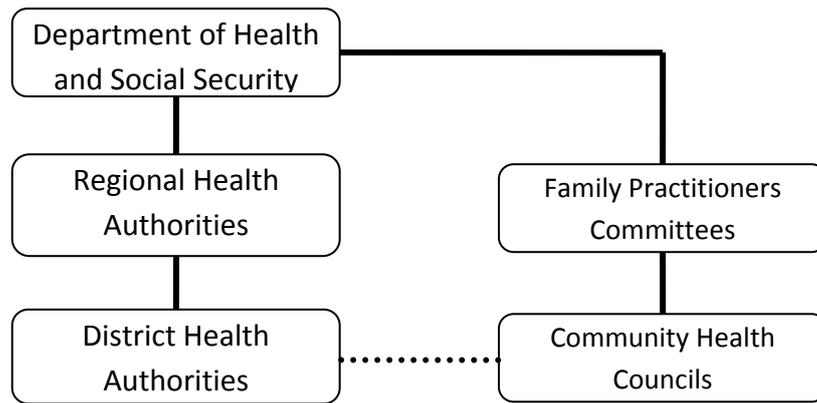


Figura 3.3: Configurazione del sistema sanitario nazionale secondo la riforma del 1980 (Leathard,1990).

In campo assicurativo con il *National Insurance Act* del 1946, secondo quanto previsto dal piano Beveridge, si stabilì l'introduzione di un sistema assicurativo contributivo a tasso fisso in modo che ricchi e poveri pagassero la stessa somma e ricevessero uguali benefici.

Tuttavia, il fatto che i ricchi pagassero la stessa quota dei più poveri faceva sì che lo Stato ottenesse meno contributi di quanto fosse necessario per garantire ai lavoratori i benefici richiesti. Per tale motivo, successivamente con il *National Assistance Act* del 1948 si introdusse un sistema a contribuzioni di tipo *means tested* basato sul reddito invece che sulla quota fissa modificando e non realizzando quanto stabilito dal piano Beveridge. Tuttavia, anche in questo caso il sistema assicurativo rimaneva rivolto esclusivamente alla sola popolazione attiva.

Dal punto di vista socio-assistenziale, inoltre, il *National Assistance Act* del 1948 stabilì di consegnare alle autorità locali il compito di erogare strutture residenziali volte ad accogliere e assistere persone in stato di bisogno a causa della età, infermità e ogni altra circostanza di bisogno di cure e attenzioni di tipo non sanitario ai quali i medesimi non erano in grado di provvedere² da soli stabilendo

² «It should be the duty of every local authority ... to provide residential accommodation for persons who are by reasons of age, infirmity or any other circumstances in need of care and attention which is not otherwise available to them» (The National Assistance Act, 1948: parte III).

da un lato il superamento delle *Poor Laws*³ inglesi che consentiva l'accesso alle cure socio-assistenziali soprattutto a coloro che non erano in grado di lavorare e dall'altro la riconferma di una forte demarcazione tra assistenza sociale e sanitaria.

I governi conservatori insediatisi dopo il governo Attlee continuarono una politica interventista espandendo il ruolo dello Stato come erogatore di benessere. Tra il 1960 e gli anni 1970 furono infatti erogati benefici e supporti alle famiglie, disoccupati, persone disabili e malati cronici, estendendo quanto era stato previsto dal piano Beveridge. Tuttavia, con il governo conservatore della Thatcher che iniziò nel 1979 e finì nel 1990 avvenne la svolta verso una politica liberalista.

3.2 Il governo di Margaret Thatcher

In Inghilterra, dal punto di vista politico la crisi del *Welfare State*⁴ diede la possibilità ai partiti di destra di attribuire le cause del disastro economico alla politica interventista dei partiti di sinistra. Si favorì così la salita al potere nel 1979 di Margaret Thatcher come leader del partito conservatore. Con tale governo si segnò il ritorno all'ideologia liberista tanto da far parlare di *neoliberalismo*⁵.

³ Le *Poor Laws* vengono emanate per la prima volta durante il regno di Elisabetta I nel 1601 e poi di nuovo nel 1834 sotto il regno di Guglielmo IV. Queste prevedevano il ricovero delle classi più povere al fine di garantire l'ordine pubblico e, durante il periodo dello sviluppo industriale, di racimolare forza lavoro anche negli strati più bassi della società. La legge distingueva mediante la prova dei mezzi tra poveri inabili a causa di malattia o vecchiaia e poveri abili. Per i primi si offriva il ricovero in strutture assistenziali definite *almshouses* mentre per i secondi si richiedeva l'ingresso in strutture definite *workhouses* all'interno delle quali l'assistenza veniva erogata a condizione che questi accettassero non solo l'internamento ma anche la disciplina del lavoro in esse presente (Girotti, 1998).

⁴ Cfr. Capitolo primo.

⁵ Il liberalismo emerge dai cambiamenti sociali successivi alla fine del periodo assolutista in cui il potere monarchico e quello della chiesa avevano assoggettato gli individui ad un modo di pensare che li vedeva come soggetti passivi. Con il liberalismo avviene il contrario andando a supporto di una filosofia che vede invece l'individuo come soggetto attivo e capace di prendere decisioni liberamente senza essere soggetti alla volontà di un potere arbitrario quale fu quello monarchico. Inoltre si afferma l'appartenenza dell'individuo ad un contesto familiare e comunitario capace di assicurargli protezione in caso di bisogno per cui l'intervento dello stato era considerato come inappropriato. In particolare il liberalismo inglese fu influenzato dal filosofo J. Locke (1632-1704) secondo il quale la libertà dell'individuo è un diritto naturale cioè parte dell'essere umano non quindi assegnata dallo stato (Malcolm, 2005).

Il governo Thatcher mostrò da subito, in linea con l'ideologia liberale, la sua forte opposizione verso il monopolio dello Stato nell'erogazione dei servizi, attribuendogli la colpa non solo del debito pubblico ma anche della dipendenza degli individui verso l'assistenzialismo statale che li aveva resi incapaci di provvedere a sé stessi e quindi di agire per raggiungere il loro benessere.

Lo scopo del governo fu, quindi, da subito quello di sostituire il ruolo di “*nanny state*” svolto sino ad allora dallo Stato a uno meno interventista finalizzato a incentivare e incoraggiare l'iniziativa individuale e comunitaria a scapito di quella pubblica (Thompson, N. e Thompson, S., 2005).

Nel *White Paper* del 1981, *Growing Older*, il governò Thatcher affermò chiaramente la volontà di favorire l'assistenza proveniente dalla comunità o *by community* e quindi dalla famiglia, amici e vicini rispetto a quella nella comunità o *in the community* offerta dai servizi pubblici locali disponibili nella comunità di appartenenza dell'individuo in alternativa alle cure residenziali.

«The primary sources of support and care for elderly people are informal and voluntary. These spring from the personal ties of kinship, friendship and neighborhood. They are irreplaceable. It is the role of public authorities to sustain, and, where necessary, develop, but never to displace such support and care. Care in the community must increasingly mean care by the community [...] Whatever level of public expenditure proves practicable, and however it is distributed, the primary sources of support and care for elderly people are informal and voluntary. These spring from the personal ties of kinship, friendship and neighbourhood. They are irreplaceable. It is the role of public authorities to sustain and, where necessary, develop but never to displace such support and care. Care in the community must increasingly mean care by the community» (DoH, 1981: 3).

Il partito conservatore portava così avanti una politica volta a far leva sul concetto di responsabilità personale e di solidarietà civile e quindi basata sull'individualismo e reciprocità e fiducia tra le persone. Inoltre, imperniato su una forte ideologia familista considerava la famiglia non solo come il luogo migliore per ricevere la cura ma anche come il più giusto.

Fu la stessa Margaret Thatcher ad affermare in un suo discorso del 1981 che «*Tutto inizia nella famiglia, perché la famiglia non solo è il più importante mezzo attraverso il quale noi offriamo la cura agli altri. Essa è anche il luogo dove ogni generazione impara la sua responsabilità verso il resto della società ... Io penso che i servizi pubblici possano giocare un ruolo efficace se non ci aspettiamo da essi ciò che possiamo fare da noi stessi*».

Il benessere veniva quindi affidato alla responsabilità dell'individuo e della sua famiglia e comunità di appartenenza, non allo Stato. Tale impianto ideologico, tuttavia, andava anche a supporto della necessità di determinare un maggior risparmio della spesa pubblica sulla quale pesava il forte debito che la crisi economica del '73 aveva comportato nelle “*tasche*” dello Stato. Il messaggio quindi era quello di massimizzare il *community care*, inteso principalmente come

informale proveniente dalla famiglia e comunità, perché più economico.

A tal proposito nel Dicembre del 1986 l'allora Segretario di Stato per la salute e la previdenza sociale Norman Fowler commissionò a Roy Griffiths il compito di analizzare il modo in cui i soldi pubblici venivano utilizzati nell'ambito del *community care* per proporre un miglior utilizzo⁶.

Il rapporto fu pubblicato a Marzo del 1988 sotto forma di Green Paper con il titolo *Community Care: Agenda for Action* e contenente una serie di proposte per promuovere lo sviluppo del *community care*. Per prima cosa, si propose la creazione di un ministero responsabile del *community care* finalizzato ad assumere la guida dei servizi comunitari. A questi, si doveva, infatti, affidare il compito di definire i valori e gli obiettivi e di controllare il corretto uso delle risorse pubbliche in relazione ad essi, se nonché il monitoraggio delle politiche locali e nazionali per assicurarne la coerenza.

⁶ “*To review the way in which public funds are used to support community care policy and to advise me [the secretary of state] on the options for action that would improve the use of these funds as a contribution to more effective community care*” (Griffiths, 1988).

Secondariamente, fu proposta la necessità di affidare ai Dipartimenti dei Servizi Sociali locali il ruolo chiave per l'erogazione del *community care* inserendo in essi la figura del *care manager*, il cui compito era quello di:

- Definire i bisogni reali dell'anziano;
- Sviluppare un pacchetto di assistenza attraverso un accordo tra i professionisti sociali e sanitari in base alla disponibilità delle risorse;
- Revisionare l'implementazione dei servizi e monitorare i bisogni e i servizi.

Lo scopo era quello di ottenere un più efficace e efficiente uso delle risorse pubbliche erogando i servizi a coloro che davvero ne avevano bisogno. Si propose infine la creazione di un mercato interno dei servizi che doveva avvenire attraverso la divisione dei dipartimenti dei servizi sociali e delle autorità sanitarie locali in enti compratori e venditori in modo da favorire l'acquisto dei servizi da parte del *care manager* non solo presso gli enti pubblici ma anche privati sia *for-profit* che *non-profit*.

Dopo il rapporto Griffiths pubblicato nel 1988 la risposta del governo si ebbe nel Novembre del 1989 con l'uscita del *White Paper "Caring for old people: Community care in the next decade and beyond"*, che tenne conto delle proposte di Griffiths nel campo dei servizi sociali e definì le modalità con cui il governo intendeva attuare il *community care* nell'arco di 10 anni.

Come previsto dal rapporto Griffiths, la responsabilità del *community care* venne affidata ai dipartimenti dei servizi sociali e in particolare alla figura del *care manager* a cui venne assegnata la responsabilità della definizione dei bisogni e dei servizi degli utenti al fine di ottenere servizi più flessibili e capaci di soddisfare i bisogni anziché essere questi ultimi a doversi adeguare ai primi (Barnes, M., 1997).

Tale processo venne indicato con il nome di *case management*, poi sostituito da *care management* nell'*NHS and Community Care Act* del 1990:

«The government sees considerable merit in nominating a ‘case manager’ to take responsibility for ensuring that individual’s needs are regularly reviewed, resources managed effectively and that each service user has a single point of contact [...] Case management provides an effective method of targeting resources and planning services to meet specific needs of individual clients» (DoH, 1989).

Alla base di questo processo vi era il necessario coinvolgimento dell’utente e della sua famiglia in modo da dare a questi la possibilità di dire la loro sui servizi che dovevano andare a soddisfare le loro necessità (Thompson, N. e Thompson, S., 2005).

“living people a greater individual say in how they have their lives and the service they need to help them” (DoH, 1989).

Il *White Paper* si basava in modo evidente sull’assunto che il *community care* fosse la migliore forma di assistenza per le persone in stato di bisogno e la casa come il luogo più appropriato per riceverla.

«Community care means providing the service and support which people who are affected by problems of ageing, mental illness, mental handicap or physical or sensory disability need to be able to live in their own homes, or in “homely” settings in the community» (DoH, 1989: para 1.1).

Ma, doveva essere soprattutto la famiglia ad offrire l’aiuto al momento del bisogno. Essa quindi doveva poter contare su un supporto formale adeguato specie nei casi di bisogni sociali e sanitari da soddisfare. La riforma quindi non poteva non includere la collaborazione tra i servizi sociali e sanitari che nei casi di necessità portasse alle famiglie quei supporti nel processo di cura necessari a spingerla a continuare a prendersi carico dei membri più bisognosi al suo interno. Il *White Paper*, infatti, riconosceva l’integrazione sociale e sanitaria nell’ambito del *community care* quando appropriata al raggiungimento di tale obiettivo.

«Community care is about the health as well as the social needs of the population. Health care, in its broadest sense, is an essential component of the

range of services which may be needed to help people to continue to live in their own homes for as long as possible» (DoH, 1989: p.33).

Inoltre, la figura del *care manager* poiché messa a capo del processo di valutazione (*assessment*) dei bisogni individuali diventava il potenziale gancio di congiunzione tra i due servizi. Lo stesso *White Paper* affidava ad esso il compito di gestire la collaborazione multiprofessionale.

«[...]manage the involvement, contribution, co-operation and partnership between the local authority and the other authorities and professions involved in providing services» (DoH, 1989: paragrafo 3.2.7).

Facendo riferimento alla figura del *care manager*, l'intero processo di cura descritto sin qui può essere rappresentato come nel **figura 3.4**.

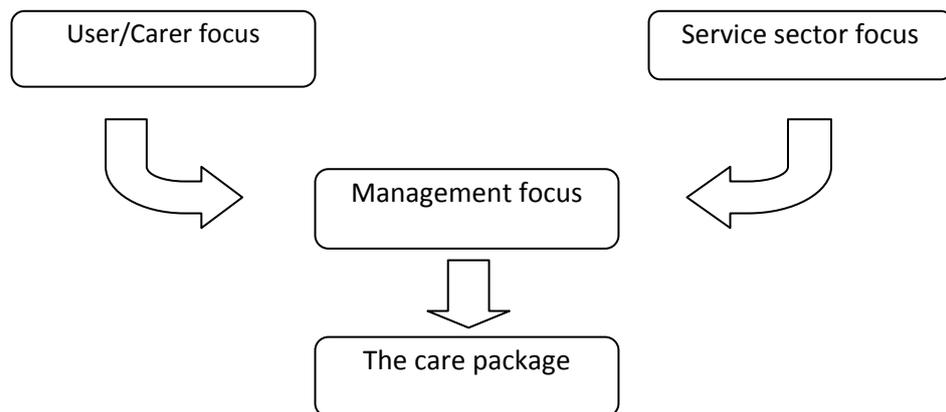


Figura 3.4: Rappresentazione grafica del processo di case management dal libro di Hughes (1995).

Nello stesso anno il governo emanò il *White Paper* “*Working for Patients*” che realizzò quanto previsto per i servizi sociali anche nei servizi sanitari. Gli obiettivi furono anche qui quelli di espandere la capacità di scelta del paziente e assicurare un efficiente e efficace utilizzo della spesa sanitaria oltre che un livello di cura superiore a livello qualitativo.

In entrambi i *White Papers* l'elemento di forte novità fu l'introduzione di un mercato interno dei servizi sociali e sanitari attraverso la separazione dei dipartimenti dei servizi sociali territoriali e delle autorità locali sanitarie in erogatori e consumatori favorendo la competizione dei primi con il privato che viene così messo in condizioni di competere con il pubblico all'interno di un mercato sociale dei servizi.

In particolare, le autorità sanitarie locali e i medici di base o GPs (*General Practitioners*) avevano il ruolo chiave nel comprare i servizi erogati dagli ospedali e dalle altre autorità sanitarie responsabili nell'erogazione dei servizi territoriali (*community health services* e *mental health services*) oltre che dagli enti privati. Così come i *care managers* responsabili dei servizi sociali territoriali potevano scegliere di acquistare i servizi sia dagli enti pubblici che privati *for-profit* e *non profit* essendo anch'essi divisi all'interno tra compratori e erogatori dei servizi (Cowen, 1999).

Inoltre si stabiliva che il ruolo dello Stato doveva essere prevalentemente quello di finanziatore e regolatore mentre quello di gestione e erogazione doveva essere affidato alle organizzazioni *non-profit* e *for-profit*, favorendo così un notevole risparmio della spesa pubblica.

Secondo Le Grand e Bartlett (1993) in realtà si trattò di un *quasi-market* nei servizi poiché a competere per l'erogazione dei servizi vi erano anche le organizzazioni non a scopo di lucro e a scegliere non era direttamente il consumatore ma il *care manager* responsabile di un budget ad esso assegnato a livello locale.

Si può quindi affermare che il governo Thatcher fece diventare il *community care* parte integrante delle politiche sociali inglesi in base, tuttavia, ad una logica principalmente di risparmio facendo leva soprattutto sulla cura informale e non di de-istituzionalizzazione che avrebbe invece significato un maggiore impegno pubblico a supporto di essa (Malin, Manthorpe, Race and Wilmot, 1999). Tutti i cambiamenti introdotti dal *Caring for People* e *Working for Patients* vennero poi consolidati e implementati attraverso l'*NHS and Community Care Act* del 1990 eccetto quella dell'introduzione di un apposito ministero per il *community care*.

Bisognerà aspettare la fine degli anni '90 e più precisamente la fine del mandato del governo di John Major che avvenne il 2 Maggio del 1997 per avere la svolta a sinistra con la politica laburista di Tony Blair.

3.3 Il governo Blair

Il partito di Tony Blair sale al potere nel 1997 e fino ad ora risulta essere uno dei governi più lunghi che il sistema politico inglese abbiamo mai avuto considerando che si trova tutt'ora al potere anche se sotto la guida del nuovo leader Gordon Brown eletto il 27 Giugno del 2007.

Se l'obiettivo principale del governo di Margaret Thatcher fu quello di voler limitare l'intervento dello Stato in campo sociale ed economico rafforzando la responsabilità individuale e comunitaria e l'introduzione di un libero mercato che doveva favorire chiramante il privato a scapito del pubblico, con il governo del *New Labour* di Tony Blair la priorità fu quella di raggiungere un equilibrio tra solidarietà sociale e individuo, e Stato, introducendo la così detta politica del *Third way* o terza via nel campo delle politiche sociali che sostituiva la competizione tipica del libero mercato della destra liberale con la concertazione, in modo da favorire un rapporto di tipo collaborativo tra acquirenti e venditori e quindi tra pubblico e privato, sociale e sanitario e tra cura formale e informale.

Il principale interesse del governo Blair fu quello di raggiungere una maggiore integrazione tra i servizi sociali e sanitari al fine di rendere la cura formale complementare a quella informale promuovendo quindi una politica rivolta appieno al *community care*.

Le ragioni alla base di tale interessamento furono date dalla necessità di diminuire la lista d'attesa per l'accesso agli ospedali, e alle strutture residenziali in generale, da cui scaturiva un'eccessiva spesa pubblica da parte dello Stato. Si riteneva, infatti, che tutto ciò potesse essere evitato offrendo risposte socio-sanitarie più mirate agli specifici bisogni individuali, e integrate a livello locale con la comunità e la famiglia di appartenenza degli individui in stato di bisogno, che risultavano, tra l'altro, essere soprattutto anziani.

Fu la crescente popolazione anziana con bisogni sempre più diversificati e complessi a spingere il governo a indirizzare il suo impegno verso una necessaria collaborazione tra i servizi sociali e sanitari a livello locale che fungesse come ammortizzatore dei processi di istituzionalizzazione e ospedalizzazione insieme alla famiglia e comunità (Sidell, 1995).

Secondo Warren (1951), addirittura già a partire dagli anni '50 le persone anziane iniziarono a non poter essere definite né come abbastanza malate per ricevere le cure ospedaliere e né come abbastanza in salute da non ricevere alcun aiuto poiché i loro bisogni erano posti al confine tra sociale e sanitario: *«C'è sfortunatamente un'ampia voragine tra gli aiuti erogati dal Regional Hospital Board e quelli amministrati dall'autorità locale. Così, i bisogni degli anziani frequentemente cadono tra i due enti – è il caso di coloro che non sono abbastanza malati da giustificare l'ammissione in ospedale e non ancora così inabili e fragili per un posto in una struttura residenziale».*

In un discorso del 1997 Blair affermò fermamente di voler rompere le barriere tra sanitario e sociale appurato come il migliore mezzo per apportare un miglioramento nell'uso delle risorse pubbliche: *“Le barriere tra medici di base, servizi sociali e ospedali devono essere fatte cadere”*(Blair, 1997). Successivamente, il suo segretario di Stato per la salute Frank Dobson, rafforzò tale affermazione con la famosa frase: *«Fare cadere il muro di Berlino tra i servizi sanitari e sociali »* (BBC Radio 4 (1997) Today Programme, 29 Dicembre).

Nel *White Paper “The new NHS: modern, dependable”* del 1997 il governo propose l'obbligo di collaborazione tra sociale e sanitario. Si stabilì la creazione di Piani di zona o *Health Action Zone* da usare come piani pilota da parte delle organizzazioni sanitarie locali e la creazione di nuovi corpi all'interno del sistema sanitario locale, denominati *Primary Care Groups* (PCGs), con il compito di sostituire le autorità sanitarie locali (AHAs) e raggruppare, insieme, i medici e gli altri servizi sanitari locali facilitando così la possibilità di incontro tra i servizi sia nel processo di erogazione che programmazione. Si stabilì infatti al loro interno la figura di un rappresentante dei servizi sociali a cui affidare la responsabilità del

75% del budget sanitario a livello nazionale. Ma è con l'*NHS Plan* del 2000 che il governo sembra aver raggiunto più che in passato, il suo obiettivo di integrazione socio-sanitaria come dimostreremo nell'illustrazione dei dati empirici della ricerca.

3.3.1 La riforma dell' *NHS Plan* del 2000

La riforma dell' *NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform* del 2000 ad opera del governo Blair introduce per la prima volta il concetto di *care trust* in campo sanitario con il fine di indicare un nuovo livello di assistenza che fa propria la collaborazione tra servizi sociali e sanitari.

I Care Trusts, infatti, vengono a rappresentare nuovi corpi del sistema sanitario locale che assumono il nome di *Primary Care Trusts*. Questi sono finalizzati a sostituire i preesistenti 480 PCGs in 315 PCTs, meno numerosi lungo il territorio nazionale e quindi più capaci a creare nuove opportunità per una più effettiva collaborazione con gli altri servizi sociali e tra enti pubblici e privati nell'erogazione dei servizi (Alcock, 2003).

Inoltre a questi, viene assegnata la responsabilità di un budget unico così ripartito: 82% destinato ai servizi di *community health* e ospedalieri, il 15% per le prescrizioni mediche ad opera dei medici di base o GPs, e il 3% per gli strumenti a quest'ultimi necessari quali computer e attrezzature diagnostiche oltre che per lo staff di supporto. I PCTs hanno anche lo scopo di annullare la lunga tradizione di autonomia e indipendenza dei GPs con gli altri servizi sanitari sostituendola con una nuova cultura fondata sulla responsabilità collettiva dei servizi e basata sulla collaborazione e condivisione delle risorse tra medici e PCTs al fine di migliorare la qualità dei servizi (Wilkin, and Glendinning, 2002). Infine, l'associazione dei medici (*British Medical Association*) diede le sue condizioni per far parte dei PCTs. Le richieste consistettero nella possibilità di avere la maggioranza nell'organo decisionale e il diritto di decidere chi dovesse presiedere l'organo (di solito un medico). Fu così che essi ottennero un ruolo di maggioranza all'interno

del consiglio di amministrazione dei PCTs, oltre ad avere un forte influenza sul processo decisionale rispetto agli altri membri.

I PCTs vennero proposti come il luogo dell'integrazione tra i servizi sociali e sanitari e si affidava ad essi la speranza di un migliore impiego delle risorse locali nel soddisfare le richieste della popolazione locale.

«We now propose to establish a new level of primary care trusts which will provide for even closer integration of health and social services. In some parts of the country, health and social services are already working together extremely closely and wish to establish new single multi-purpose legal bodies to commission and be responsible for all local health and social care. The government intends to build on the establishment of primary care trusts so that all those localities who want to follow this route can do so. This will require changes to the governance arrangements for primary care trusts to ensure representation of health and social care partners. The new body will be known as "Care Trust" to reflect its new broader role.

Care Trust will be able to commission and deliver primary and community healthcare as well as social care for older people and other groups. Social services would be delivered under delegated authority from local councils. Care Trust will usually be established where there is a joint agreement at local level that this model offers the best way to deliver better care services.

Where local health and social care organisations have failed to establish effective joint partnerships-or where inspection or joint reviews have shown that services are failing-the Government will take powers to establish integrated arrangements through the new Care Trust.

The establishment of Care Trusts will obviously have to take account of the roll out and capacity of primary care trusts. The first wave of Care Trusts could be in place next year 2001» (DoH, 2000).

Ma l' *NHS Plan 2000* rafforzò anche il concetto di *interprofessional work* concretizzandolo attraverso l'offerta di un nuovo livello di assistenza definita

“*Intermediate care*” cioè intermedia tra servizio sociale e sanitario: «*build a bridge between hospital and home, by helping people recover and resume independent living more quickly*» (DoH, 2000) e quindi finalizzata a soddisfare i bisogni delle persone che si trovavano nella condizione di poter rimanere a casa se adeguatamente supportati dai servizi sociali e sanitari territoriali.

Con il termine “*Intermediate Care*” si venne, così, a indicare un nuovo *range* di servizi quali *rehabilitation care o recuperative care e rapid response*, volti a somministrare interventi terapeutici e riabilitativi a domicilio o in strutture residenziali, per un periodo massimo di sei settimane, ai soggetti anziani in caso di bisogno al fine di evitargli la perdita dell’autosufficienza e i non necessari o lunghi periodi di degenza ospedaliera o permanenza nelle strutture residenziali causate da un non adeguato e tempestivo intervento al momento del bisogno. Il fine era quello di erogare la cura in un contesto spazio temporale adeguato e giusto.

«*In future older people must not be left to find their own way around the system or left in a hospital bed when rehabilitation or supported care is what they need. They must receive the right care at the right time in the right place*» (DoH, 2000).

Si voleva in questo modo favorire l’autosufficienza del soggetto anziano, la permanenza nel proprio contesto abitativo e la possibilità della famiglia di continuare a offrirgli il supporto necessario potendo contare su una nuova tipologia di servizi preposti al raggiungimento di tali obiettivi e che imponevano il coinvolgimento multiprofessionale nel processo decisionale ed erogativo in quanto basati su un indispensabile approccio olistico ai bisogni individuali⁷.

Se per molto tempo, quindi, la risposta dominante verso i bisogni individuali è stata quella dell’istituzionalizzazione in quanto si riteneva più sicuro offrire l’assistenza in apposite strutture, ora invece si dà inizio a un cambiamento di rotta che spinge sempre più ad abbandonare l’offerta residenziale a favore di quella comunitaria non solo perché la migliore ma anche perché la più economica.

⁷ La definizione della qualità della vita fornita dall’ Organizzazione Mondiale della Sanità, riportata per intero nel capitolo primo relativo all’approccio teorico, sposa pienamente tale nuova tipologia di servizi che fa del modello bio-psico-sociale il pilastro dei servizi sociali e sanitari.

Le politiche sociali promotrici dei servizi di *intermediate care* partono dal presupposto che le cure residenziali determinassero nell'anziano la perdita della propria indipendenza e lo privassero degli affetti familiari e comunitari determinando un notevole abbassamento della loro qualità della vita.

Insieme all'implementazione dei servizi di *intermediate care* tutte le più recenti iniziative politiche in Inghilterra sono state una risposta alla crescita di consapevolezza dell'importanza del mantenimento della salute in età anziana. Il principale provvedimento del governo laburista a favore delle persone anziane è stato il *National Service Framework for Older People* introdotto dall' *NHS Plan* del 2000. In esso si sono delineate le strategie per supportare l'implementazione della legge stabilendone gli standard da raggiungere.

Nel *National Framework for older people* del 2001 sono stati stabiliti otto standards a livello nazionale che i servizi sociali e sanitari sono tenuti a seguire per migliorare la cura agli anziani⁸. In particolare l'ottavo prevede la promozione della salute e della vita attiva in età anziana e quindi una migliore qualità della vita:

«There is a growing body of evidence to suggest that the modification of risk factors for disease even late in life can have health benefits for the individual; longer life, increased or maintained levels of functional ability disease prevention and an improved sense of well being. Integrated strategies for older people aimed at promoting good health and quality of life, and to prevent or delay frailty and disability can have significant benefits for the individual and society» (DoH, 2001: 107).

Accanto a tali provvedimenti a favore delle persone anziane bisogna poi affiancare quella del *Community Care Act* del 1996 che ha dato la possibilità inizialmente alle persone disabili di età compresa tra i 18 e i 65 anni di accedere ai *direct payments* o contributi economici al posto dei servizi che a partire dal 2000 sono stati estesi anche agli anziani.

⁸ Appendice A.

Attraverso i *direct payments* viene data all'utente la possibilità di provvedere da sé all'acquisto dei servizi decidendo non solo il tipo di aiuto ma anche da chi e quando riceverlo definendo così il proprio pacchetto di assistenza. Si tratta tuttavia di un uso non totalmente discrezionale da parte dell'utente che comunque viene controllato e supportato da parte dell'ente pubblico per un adeguato utilizzo dei *direct payments* in base alle loro necessità. Inoltre, l'utente non può utilizzare i *direct payments* per impiegare conviventi come *partners* o parenti e nel caso decidano di impiegare un professionista per ottenere la cura a casa in qualità di datori di lavoro dovranno assumersi le responsabilità legali relative al pagamento delle tasse e dei contributi assicurativi e alla copertura delle spese in caso di malattie e maternità dei *carers*.

3.4 Il rapporto centro-periferia in Inghilterra

Un fattore che ha caratterizzato e continua a caratterizzare il contesto inglese è l'accentramento delle decisioni a livello centrale.

Il Regno Unito, infatti, oltre a comprendere l'Inghilterra si compone di altre tre nazioni l'Irlanda del Nord, la Scozia e il Galles, ognuna delle quali possiede una propria forma di autonomia potendo legiferare in materia di educazione, turismo, trasporti, sanità e servizi sociali, sport, ambiente, cultura e arte. Tale autonomia è esercitata attraverso i seguenti organi elettivi parlamentari ed esecutivi: la *Northern Ireland Assembly* e il *Northern Ireland Executive* (Irlanda), lo *Scottish Parliament* e lo *Scottish Executive* (Scozia) e la *Welsh Assembly* con la *Welsh Assembly Government* (Galles) che tuttavia non hanno la sovranità suprema sul territorio del Regno Unito che risiede, invece, nel Parlamento di Westminster.

A quest'ultimo, infatti, rimane il potere di intervenire nella definizione della loro stessa autonomia oltre ad avere l'esclusività legislativa nelle materie economiche e fiscali, di difesa e politica internazionale per tutto il Regno Unito.

Concentrando l'attenzione sull'Inghilterra, essa si presenta, oggi, divisa in nove regioni (**figura 3.5**) North East, North West, Yorkshire, the South West, West Midlands, East Midlands, Eastern, Greater London e South East, le quali non

possiedono alcun potere decisionale a differenza, come vedremo nel prossimo capitolo, di quelle italiane.

Si tratta, infatti di organi non elettivi a livello locale e nati ad opera del governo conservatore di John Major nel 1994 che le introdusse sotto il nome di *Government Office for the Regions* (GORs) principalmente con funzioni di raccordo tra centro e periferia (Oliver, 2003).

Ma è nella regione del South East o meglio ancora in una parte di essa, la contea del Kent, che ha avuto luogo la ricerca e che, quindi, qui merita una particolare considerazione.



Figura 3.5: Distribuzione territoriale delle regioni e contee in Inghilterra.

Ogni regione, di fatto, si divide in contee, ognuna delle quali possiede una *county town* dove risiede il centro amministrativo della contea. Nel Kent questa è rappresentata da Maidstone (**figura 3.6**). Alle contee sono affidate principalmente responsabilità amministrative nel campo dei servizi locali quali l'educazione, i servizi sociali, le biblioteche, le strade principali, la polizia, i vigili del fuoco, la difesa dei consumatori, le discariche e la pianificazione territoriale strategica. Esse, si dividono in distretti dotati di un proprio consiglio e responsabili della pianificazione territoriale, del controllo edilizio, della manutenzione stradale locale, dell'ambiente, del mercato locale, della raccolta dei rifiuti, dei cimiteri e crematori, dei servizi ludici, dei parchi e del turismo.

I distretti, inoltre, assumono lo status di *borough* o borgo per cui abbiamo i *Borough Councils* o consigli di borgo e i *district councils* o consigli di distretto mentre assumono lo status di *city councils* o consiglio di città quando come nel caso di Canterbury in Kent in essi risulta ubicata una cattedrale. In ogni distretto, poi, troviamo gli uffici responsabili dei servizi sociali territoriali o *SSD* il cui compito risiede nella erogazione e gestione dei servizi sociali locali amministrati e finanziati come abbiamo detto a livello di contea e che nella **figura 3.6** si collocano all'interno dei 12 distretti presenti in Kent.

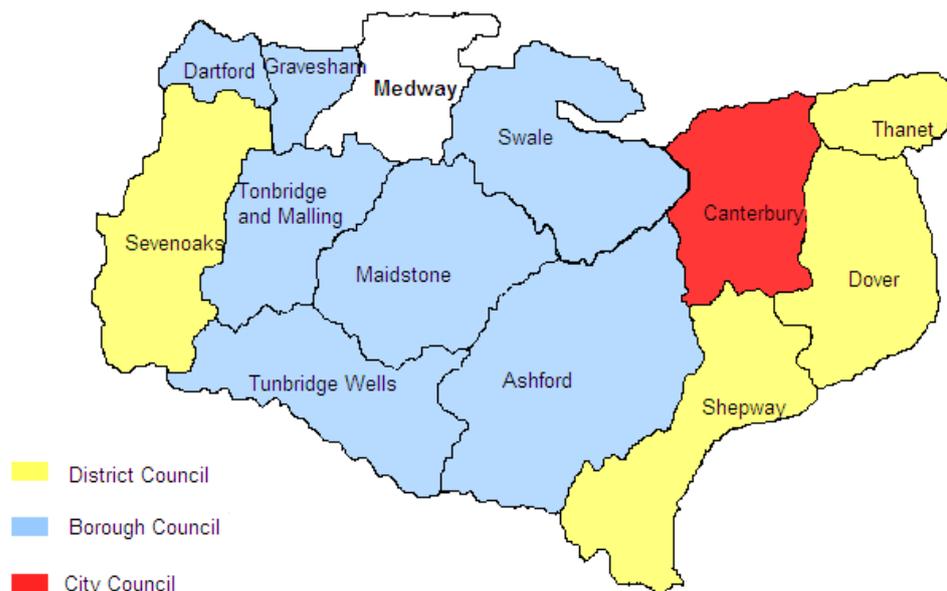


Figura 3.6: Distribuzione territoriale dei distretti e servizi sociali territoriali.

Infine con riferimento a quanto previsto dall' *NHS Plan* del 2000 il Kent è stato diviso in PCTs responsabili della gestione e erogazione dei servizi sanitari nazionali a livello locale. Escludendo Medway, in Kent ve ne sono otto (**figura 3.7**).

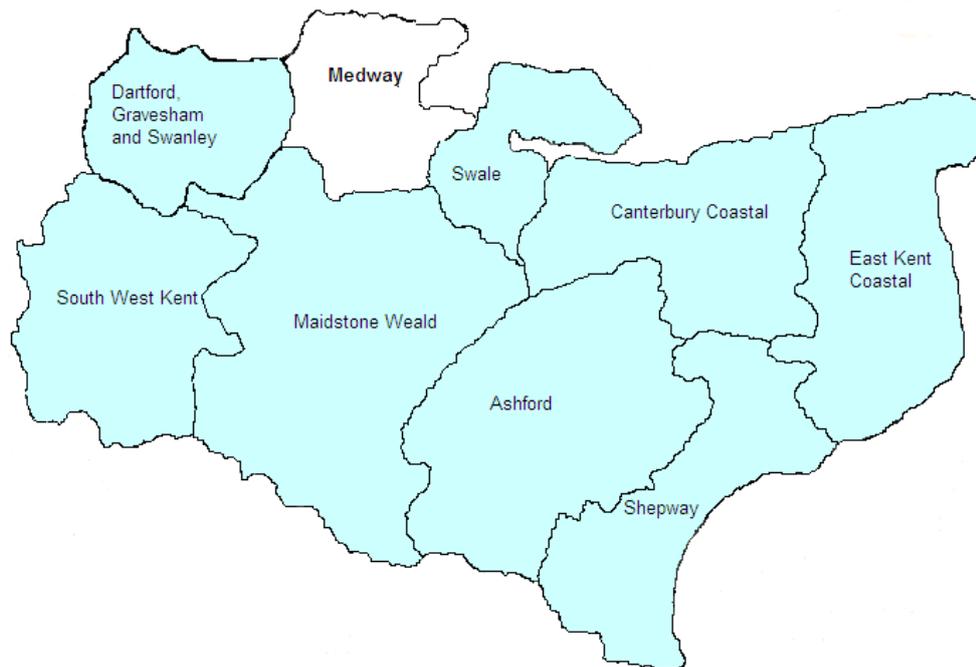


Figura 3.7: Distribuzione territoriale PCTs in Kent.

Conclusioni

In questo capitolo l'attenzione è stata posta sulla nascita e lo sviluppo del welfare state inglese a partire dall'implementazione del rapporto di W. H. Beveridge ad opera del governo di Clement Attlee a partire dal 1945. Questi attraverso il *National Health Service Act* e il *National Insurance Act* del 1946 introdusse in Inghilterra un sistema sanitario nazionale universalistico di tipo gratuito e un sistema assicurativo a tasso fisso esteso alla sola popolazione attiva poi sostituito con il *National Assistance Act* del 1948 con uno sistema di tipo *means tested* basato sul reddito.

Tale politica interventista venne riconfermata dai governi succedutosi a quello Attlee fino agli anni '70 quando di fronte alla crisi petrolifera del 1973 fu troncata dalla politica liberista del governo Thatcher (1979-1990) che ebbe la meglio grazie all'assegnazione delle cause della crisi fiscale dello Stato degli anni '70 al forte interventismo statale che lo aveva caratterizzato negli anni addietro. Fu così che la politica sociale inglese si proclamò ostile all'interventismo statale

favorendo una logica di mercato interno dei servizi che lasciava poco spazio al pubblico.

Successivamente fu il governo Blair a partire dal 1997 a cercare di conciliare l'individualismo e la solidarietà con l'interventismo statale confermando il mercato dei servizi basato però non più su una logica competitiva ma collaborativa tra pubblico e privato (*for-profit e non-profit*) e tra sociale e sanitario. In particolare, tale governo nell'ambito dei servizi agli anziani si pose da subito l'obiettivo di garantire servizi sociali e sanitari più coordinati a livello locale sia introducendo nuovi enti responsabili dei servizi sanitari denominati *Primary Care Trusts* meno numerosi sul territorio nazionale e quindi più capaci di interagire con le autorità locali responsabili dei servizi sociali o *Social Service Departments* sia con l'erogazione di un nuovo tipo di assistenza definita *intermediate care* finalizzata a coprire il *gap* tra famiglia e servizi residenziali, offrendo interventi alternativi all'istituzionalizzazione di supporto alle famiglie e agli individui in stato di bisogno.

Capitolo 4

Italia

Premessa

Nel presente capitolo verranno delineati i meccanismi politici e culturali che hanno caratterizzato lo sviluppo del welfare state italiano mettendo in evidenza i caratteri che lo differenziano da quello inglese. Una particolare attenzione verrà rivolta al decentramento regionale all'interno del quale esso si è iscritto nel corso del tempo.

4.1 Il welfare state nella costituzione italiana del 1948

A differenza della storia del welfare state inglese che avvenne in un contesto giuridico detto di *common law*, cioè non fondato su leggi scritte ma su precedenti decisioni giurisprudenziali; quello italiano ebbe luogo a partire dal riconoscimento dei diritti sociali all'interno di un assetto giuridico di *civil law* così definito in quanto legittimato dalla presenza di leggi scritte e definite all'interno di una carta costituzionale, che nel caso italiano, entrò in vigore il primo Gennaio del 1948 come il risultato di accordi politici presi da parte delle più rilevanti forze politiche del tempo quali la Democrazia Cristiana, il Partito Socialista e il Partito Comunista.

Il carattere innovativo introdotto dalla costituzione italiana nel settore assistenziale e sanitario si ebbe negli articoli 32 e 38 che introdussero per la prima volta in Italia il diritto alla salute e all'assistenza sociale. Tuttavia poiché più avanti verrà dedicato un intero paragrafo all'introduzione del sistema sanitario nazionale si preferisce qui riservare una maggiore attenzione all'articolo 38 della costituzione.

È importante sottolineare che il tratto distintivo dell'articolo 38 consistette nella duplice semanticità del contenuto del diritto. Infatti, se poniamo l'attenzione sul

primo capoverso, risulta evidente che l'accento viene posto sull'assistenza sociale intesa come strumento per intervenire su quei bisogni che impediscono il pieno sviluppo della persona umana: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale [...]*»; mentre nel secondo emerge la dimensione del mantenimento recepito come il minimo indispensabile per vivere: «*I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria [...]*».

In altre parole, affiora palesemente la distinzione tra assistenza e assicurazione in quanto la prima è strettamente legata alla valutazione della condizione di bisogno e reddito tale per cui si ha un universalismo condizionato o *means-tested*, che prevede una selettività nella possibilità di fruibilità dei servizi assistenziali; mentre la seconda è connessa all'onere contributivo da parte della popolazione attiva, da cui scaturisce il diritto alla protezione sociale nei casi di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia (Girotti, F., 1998:273).

Facendo riferimento, in particolare, a quest'ultima, è possibile sottolineare come essa non venga riconosciuta nell'articolo 38 della costituzione come una condizione sociale meritevole in quanto tale di una specifica tutela, ma semplicemente come un rischio che il lavoratore corre (Stanzione, P., 1991). Ciò ha favorito lo sviluppo di uno Stato sociale volto a dare protezione pubblica dal punto di vista economico agli individui in età avanzata, per mezzo di un sistema assicurativo di tipo distributivo a ripartizione, secondo il quale chi lavora paga per chi non lavora, ma carente dal punto di vista socio- assistenziale.

Il welfare prefigurato dai costituenti fu, quindi, un welfare residuale dal punto di vista assistenziale. La cura formale doveva subentrare nel momento in cui le famiglie non erano più in grado di erogare il supporto necessario ai membri più deboli e spesso consisteva in aiuti di tipo residenziale gestiti preminentemente da enti privati non lucrativi a carattere religioso che il pubblico pagava in cambio dei servizi offerti.

L'utilizzo del privato da parte del pubblico, tuttavia, non avveniva all'interno di

un contesto normativo che ne definisse chiaramente i ruoli e la tipologia dei rapporti nonché l'indicazione delle procedure da seguire per controllarne l'uso del denaro pubblico e la qualità dei servizi da essi offerti. Ciò favorì pertanto un rapporto pubblico- privato che Ranci definisce di “*mutuo adattamento*” : «*Le organizzazioni non profit hanno infatti goduto di notevole autonomia gestionale e il loro rapporto con le istituzioni pubbliche è avvenuto prevalentemente tramite scambi di reciproci vantaggi con gli amministratori e i politici che occupavano i ruoli decisionali cruciali in relazione al finanziamento degli enti privati. Lo sviluppo di un sistema di scambi particolaristici ha impedito che si sviluppasse un regime di concertazione regolata tra stato ed enti privati ed ha favorito invece un mutuo adattamento caratterizzato da negoziazioni frammentarie*» (Ranci, 1999).

Non si è quindi avuta una chiara e trasparente collaborazione tra pubblico e privato tanto da favorire sin da subito il particolarismo politico e l'incapacità del potere politico di emanciparsi dai poteri forti della società civile, oltre che alla frammentazione e ai conflitti causati dalla frequente sovrapposizione di competenze tra i molteplici enti finalizzati alle medesime prestazioni.

In base a quanto appena affermato è facile intuire che mentre a seguito della crisi fiscale dello Stato¹ degli anni '70 la politica della Thatcher in Inghilterra andò a favore del privato *for profit* nell'istituzione di un mercato interno dei servizi sia in campo sociale che sanitario, in Italia le politiche sociali incoraggiarono maggiormente il coinvolgimento del *non profit* nel processo di esternalizzazione dei servizi poiché tradizionalmente più presente sul territorio nazionale grazie alle iniziative di carattere religioso che vennero utilizzate per rafforzare il consenso politico. Inoltre, si vedeva in esso un notevole risparmio della spesa pubblica poiché si trattava di organizzazioni poco o affatto burocratizzate, che affiancavano al lavoro retribuito quello volontario, e che recepivano accanto ai finanziamenti pubblici le donazioni da parte dei privati (Ranci, 1999).

¹ Cfr. Capitolo uno.

4.2 La nascita e lo sviluppo del welfare locale

Lo Stato italiano prefigurato e voluto dai costituenti fu uno Stato delle autonomie. L'articolo 5 della costituzione infatti, pur affermando l'unità e indivisibilità della repubblica riconobbe le autonomie locali: *«La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze della autonomia e del decentramento»*.

In particolare, negli articoli 117 e 118 del titolo V della costituzione in attuazione dell'articolo 5 affidò la competenza legislativa e amministrativa di tipo concorrenziale alle regioni sia in campo sanitario che sociale lasciando allo Stato il compito di definirne i principi fondamentali. Tuttavia, il riconoscimento delle autonomie regionali non avvenne immediatamente, ma a partire dagli anni '70 ad eccezione di quelle a statuto speciale (Sicilia, Sardegna, Trentino Alto Adige, Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia) i cui statuti vennero approvati con legge costituzionale tra il 1946 e il 1948 ad eccezione del Friuli Venezia Giulia che avvenne nel 1963.

La principale ragione di tale ritardo risiedette nella necessità di proteggere l'unità dello Stato. Se infatti il riconoscimento delle regioni a statuto speciale fu recepito come necessario a placare le forti spinte autonomistiche delle isole maggiori che potevano minacciare l'unità statale e la coesione interna, non fu così per quelle a statuto ordinario la cui autonomia veniva invece recepita come un potenziale elemento di frammentarietà dell'unità statale (Ghisalberti, 1987).

L'avvio al processo di decentramento regionale fu poi incoraggiato dai governi di centro sinistra che sperarono di poter ottenere nel regionalismo un potere più efficiente e funzionale avvicinando ai cittadini gli organi decisionali.

Fu, così, che la legge finanziaria n. 281 del 16 Maggio 1972 diede inizio al processo di regionalizzazione affidando al governo italiano il compito di trasferire per settori organici le materie elencate nell'articolo 117 e le corrispondenti competenze amministrative previste nell'articolo 118 alle regioni nell'arco di un

biennio attraverso i decreti delegati.

Tale prima fase di regionalizzazione fu tuttavia caratterizzata da un parziale impegno dello Stato nel trasferimento delle funzioni alle regioni, poiché non si predispose il trasferimento delle risorse umane e finanziarie. Inoltre, il trasferimento delle competenze subì delle limitazioni attraverso il ritaglio di alcune materie le cui responsabilità amministrative furono mantenute dagli organi centrali e periferici dello Stato tra cui la beneficenza pubblica che fu quindi decurtata dall'autonomia regionale.

Al fine di porre rimedio all'incompiuta regionalizzazione si avviò una seconda fase di regionalizzazione attraverso l'emanazione della legge 382 del 22 Luglio 1975 "*Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione*" che predispose il trasferimento organico delle funzioni amministrative relative alle materie presenti nell'articolo 117 della costituzione indebitamente rimaste a carico dello Stato. Inoltre, all'articolo 1 della suddetta legge si predispose che il governo provvedesse nell'arco di 12 mesi al trasferimento degli uffici, del personale e delle risorse necessarie, contestualmente al trasferimento alle regioni degli incarichi amministrativi rimasti ancora allo Stato.

L'attuazione della legge avvenne attraverso i decreti legislativi attuativi 616 e 617 per mezzo dei quali le funzioni passarono dallo Stato alle regioni e da queste agli enti pubblici locali. In particolare, per mezzo del d.p.r. 616/1977 furono trasferite alle regioni le funzioni amministrative nelle materie indicate dall'art. 117, ancora esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato e dagli enti pubblici nazionali e interregionali, e furono inoltre attribuite ai comuni, alle province e alle comunità montane le funzioni amministrative di loro competenza.

Il trasferimento dei compiti amministrativi relativi alle materie dell'articolo 117 della costituzione avvenne secondo quanto previsto dal decreto 616/1977 attraverso i seguenti settori organici: Ordinamento e organizzazione amministrativa (ordinamento di enti amministrativi dipendenti dalle regioni e circoscrizioni comunali); servizi sociali, polizia urbana e rurale, beneficenza pubblica, assistenza

sanitaria e ospedaliera, istruzione artigiana professionale, assistenza scolastica, musei e biblioteche di enti locali; sviluppo economico come fiere e mercato, turismo e industria alberghiera, acque minerali e termali cave e torbiere, artigianato, apicoltura e foreste; assetto e utilizzazione del territorio come urbanistica, tranvie e linee automobilistiche di interesse regionale, viabilità, acquedotti e lavori pubblici di interesse regionale, navigazione e porti lacuali, pesca delle acque interne.

Qui l'elemento da sottolineare fu l'ampliamento del concetto di servizio sociale da parte del decreto 616/1977 che all'articolo 22 definì come comprendente *«tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale»*.

Tutto ciò fu reso possibile dalla soppressione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a dimensione sub-regionale e dagli enti nazionali di settore, le cui funzioni di erogazione e gestione dei servizi di assistenza e beneficenza vennero affidate ai comuni. All'art. 25 sempre del decreto 616/77 si attribuiscono, infatti, al comune *«tutte le funzioni amministrative relative alla riorganizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza»*.

In particolare il decreto stabilì la soppressione degli enti nazionali e interregionali in materia di assistenza per categorie specifiche di assistiti fondati dal regime fascista, assegnando a regioni e comuni le risorse patrimoniali e di personale degli enti soppressi ponendo così fine a un sistema assistenziale frammentato e disarticolato all'interno di una logica differenziata per categorie di assistiti².

²Gli enti istituiti nel periodo fascista italiano (1922-1943) furono: UIC (Unione Italiani Cechi) a cui seguì la FNIC (Federazione Nazionale degli Istituti per Cechi) e l'ENLC (Ente Nazionale di Lavoro per Cechi); L'OMND'I (Opera Nazionale Mezzogiorno d'Italia) che provvedeva a dare protezione agli orfani di guerra dell'Italia meridionale e insulare, ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia) sotto il cui controllo nacquero i IPIM (Istituti Provinciali Infanzia e Maternità), ONOG (Opera Nazionale degli Orfani di Guerra), ENAOLI (Ente Nazionale per L'assistenza degli Orfani dei Lavoratori Italiani), ENAL (Ente Nazionale Assistenza ai Lavoratori), ENAM (Ente Nazionale Assistenza Insegnanti Elementari, ENLP (Ente Nazionale di Rimpatriati e Profughi) e ONIG (Opera Nazionale Invalidi di Guerra) (Buracchio, Tiberio, 2001).

La scelta di affidare ai comuni tali competenze fu favorita dalla loro rappresentatività della comunità locale in quanto i suoi organi politici erano eletti direttamente dai cittadini che quindi avevano la possibilità di esercitare il proprio controllo su di essi. Inoltre secondo l'articolo 23 vennero sempre ad essi affidati le funzioni assistenziali prima esercitate dal ministero di grazia e giustizia e dell'interno quali: *«l'assistenza economica precedentemente svolte in favore delle famiglie dei detenuti, l'assistenza post-penitenziaria, gli interventi per i minorenni soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile e gli interventi di tutela sociale nei confronti delle prostitute»*.

Si assegnò, poi, alla provincia il compito di approvare il programma di localizzazione dei presidi assistenziali e sanitari e di esprimere il parere sulle delimitazioni territoriali dei servizi comunali. Le funzioni quindi passarono dallo Stato alle regioni e da queste agli enti locali attraverso una ridefinizione dei rapporti tra i diversi livelli di governo.

Secondo quanto previsto dall'articolo 24 del decreto 616/1977, invece, rimasero allo Stato esclusivamente le funzioni di indirizzo e coordinamento attraverso leggi quadro sia in campo sociale che sanitario insieme ai poteri relativi alle normative internazionali e tutela di particolari categorie: *«gli interventi di prima assistenza in favore dei profughi e di rimpatriati in conseguenza di eventi straordinari o eccezionali e, per i profughi e di rimpatriati in conseguenza di eventi straordinari o eccezionali e per i profughi stranieri, limitatamente al periodo di tempo strettamente necessario alle operazioni di identificazione e di riconoscimento della qualifica di rifugiato; gli interventi di protezione sociale prestati ad appartenenti alle forze armate dello stato, all'arma dei carabinieri, agli altri corpi di polizia ed al corpo nazionale dei vigili del fuoco e ai loro familiari, da enti ed organismi assistenziali appositamente istituiti; i rapporti in materia di assistenza con organismi assistenziali stranieri ed internazionali, nonché la distribuzione tra le regioni di prodotti destinati a finalità assistenziali in attuazione di regolamenti della comunità economica europea; le pensioni e gli assegni di carattere continuativo disposti dalla legge in attuazione dell'art. 38 della cost. »*.

Nello stesso anno con il decreto 617/1977 si predispose la soppressione degli uffici centrali e periferici delle amministrazioni statali, operanti nelle materie trasferite e delegate alle regioni sulla base del precedente decreto. La soppressione fu effettuata per singoli ministeri e riguardò quelli degli interni, della pubblica istruzione, dei lavori pubblici, agricoltura e foresta, trasporti, lavoro e previdenza sociale, sanità, industria, commercio e artigianato e del turismo e spettacolo.

All'indomani del d.p.r. 616/1977 lo Stato italiano pur avendo pienamente riconosciuto le regioni a statuto ordinario non elaborò da subito una legge quadro dell'assistenza sociale a differenza di quella in campo sanitario legge n. 833 emanata un anno dopo lasciando per circa trenta anni alla discrezionalità regionale il riordino dei servizi socio-assistenziali. Ciò causò una eterogeneità di orientamenti tra le regioni del sud e del nord d'Italia sia per la qualità e la quantità dei servizi offerti che per il raggiungimento dell'integrazione in campo sociale e sanitario nonché per il raggiungimento di una chiara definizione del rapporto tra pubblico e privato nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali (Albanese, A. e Marzuoli, M. 2003).

4.3 Il sistema nazionale sanitario: la legge 833/1978

Con la legge del 23 Dicembre del 1978 n. 833 l'Italia imboccò la strada dell'universalismo in campo sanitario determinando il definitivo passaggio da un sistema a impianto mutualistico assicurativo di tipo riparativo e curativo finalizzato a determinate categorie di individui, a uno universalistico esteso a tutta la popolazione, basato su un'unica assicurazione nazionale in quanto finanziato dalla fiscalità generale, e caratterizzato da prestazioni preventive e riabilitative oltre che curative volte all'effettiva tutela della salute individuale attraverso lo sviluppo di attività di promozione e mantenimento del benessere fisico e psichico di tutta la popolazione italiana come previsto dall'articolo 32 della costituzione: *«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività; e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]»*.

Inoltre, in linea con il processo di regionalizzazione la legge 833 del '78 va a
78

perfezionare e rinforzare quanto era stato previsto un anno prima dal decreto legislativo 616/1977, attraverso cui avvenne il completo trasferimento delle funzioni amministrative sanitarie dallo Stato alle regioni, svolgendo appieno il compito a lui affidato di definire i principi guida entro cui doveva espletarsi l'attività legislativa e programmatica degli enti regionali in base alla consultazione con gli enti locali a garanzia di un uguale trattamento dei cittadini su tutto il territorio nazionale.

Nonostante il sistema sanitario nazionale italiano fosse imperniato sui principi dell'universalità e dell'uguaglianza delle prestazioni sanitarie di ispirazione Beveridgeiana ne prese, da subito le distanze poiché inserito all'interno di un assetto decentrato dei poteri governativi anziché centralistico. Il sistema sanitario, si basò, infatti, su tre livelli di governo dotati di autonomia politico istituzionale poiché messi in mano a rappresentanti eletti direttamente dai cittadini: Stato, regioni ed enti locali.

Allo Stato vennero così affidati i compiti di programmazione sanitaria nazionale, di coordinamento e finanziamento, di indicazione degli standard nazionali e di legislazione quadro, oltre a quelli di indirizzo, controllo e coordinamento delle attività regionali (art. 6) mentre alle regioni quelle di legislazione in linea con le leggi nazionali e specificità territoriali; di coordinamento e programmazione e gestione del personale; di definizione dell'articolazione organizzativa e delle norme di contabilità delle unità sanitarie locali e infine le attività di ispezione e controllo (art. 7); infine secondo l'articolo 14 agli enti locali quali i comuni e le unità sanitarie locali si affidano i compiti di gestione e erogazione dei servizi attraverso un processo di collaborazione (**figura 4.1**).

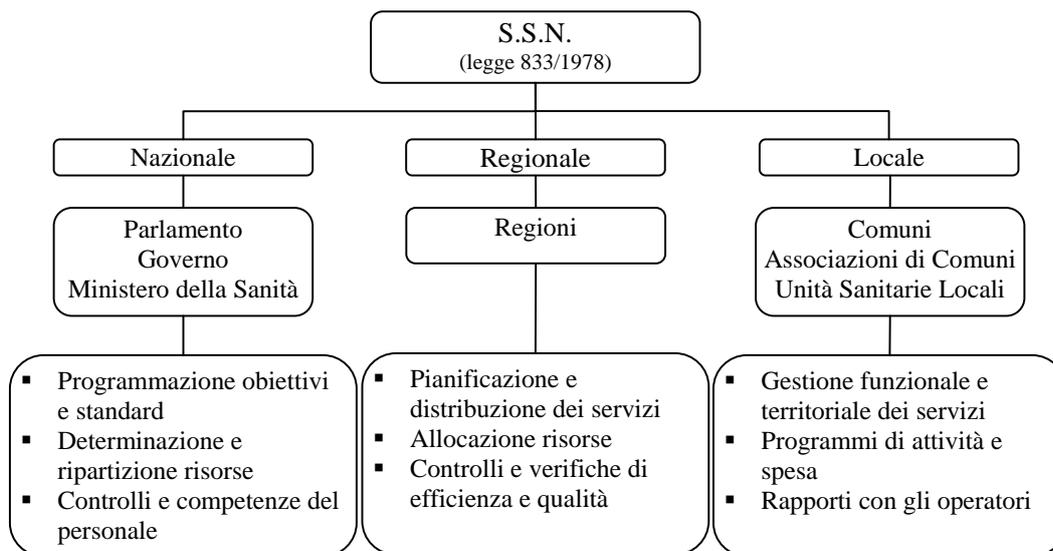


Figura 4.1: Il Sistema Sanitario Nazionale secondo la legge 833 del 1978.

L'attività di programmazione regionale e statale doveva avvenire attraverso l'emanazione di piani sanitari nazionale e regionali. Il piano sanitario nazionale doveva essere predisposto dal governo su proposta del Ministro della Sanità sentite le commissioni parlamentari competenti per materia e in accordo con la Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome, e in seguito alla consultazione del Consiglio Nazionale Sanitario, inoltre, doveva essere coerente agli obiettivi della programmazione nazionale per poi essere approvato dal Parlamento.

Si trattava di uno strumento triennale mediante il quale lo Stato doveva definire le linee di indirizzo e modalità di attuazione delle competenze del sistema sanitario nazionale sulla cui base successivamente le regioni dovevano provvedere ad elaborare il proprio svolgendo, così, anch'esse la propria attività di programmazione.

Il sistema sanitario fu definito nell'articolo 1 della legge 833/1978 come: «*il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*» assorbendo a

pieno i principi contenuti nell'articolo 32 della costituzione italiana.

Il precedente impianto mutualistico venne così sostituito da un sistema sanitario nazionale finanziato dalla fiscalità generale. Dal punto di vista finanziario, infatti, la legge 833 del 1978 aveva istituito il fondo sanitario nazionale il cui ammontare derivante dai contributi sanitari e dalle imposte generali doveva essere fissato annualmente dal governo attraverso la legge finanziaria in base agli obiettivi di natura sanitaria stabiliti dal Piano Sanitario Nazionale e dai Piani Sanitari Regionali.

Si affidarono, inoltre, le prestazioni sanitarie alle Unità Sanitarie Locali (Usl) che la legge definì come: «*il complesso dei presidi, uffici e servizi dei comuni, singoli e associati, e delle comunità montane i quali in ambito territoriale assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale*» (art. 10) diventando il perno del sistema sanitario italiano oltre ad essere strutture operative dei comuni singoli o associati e quindi soggetti alla designazione politica dei suoi membri. La collaborazione sociale e sanitaria venne, quindi, promossa dalla legge n. 833 stabilendo la coincidenza tra gli ambiti territoriali delle Usl e quelli di gestione dei servizi sociali comunali (articolo 11), e affidando ai comuni singoli o associati la gestione dei servizi sanitari in aggiunta a quelli sociali che facendo di conseguenza capo a uno stesso ente lasciava prefigurare una effettiva possibilità di integrazione tra i servizi.

I settori dei servizi che dovevano essere erogati dalle Usl comprendevano l'assistenza sanitaria di base e specialistica, le attività di prevenzione e igiene ambientale e assistenza sanitaria di base e domiciliare, oltre a quelle specialistiche articolate in poliambulatori, laboratori diagnostici e ospedali, la sanità pubblica, la tutela del lavoro, la medicina legale, l'assistenza farmaceutica e veterinaria cui si affiancavano le strutture di supporto del settore amministrativo. Inoltre, si trattava secondo quanto previsto dall'articolo 14 di ambiti territoriali comprendenti i 50.000 e 200.000 abitanti in base alle caratteristiche geomorfologie e socioeconomiche del territorio.

Le entrate delle Usl erano entrate derivate cioè ripartite dallo Stato alle regioni e da queste agli enti locali. Secondo l'articolo 51 le risorse del Fondo Sanitario

Nazionale dovevano essere ripartite dallo Stato alle regioni le quali a loro volta dovevano poi provvedere, sentiti i comuni, a ripartirle alle Unità Sanitarie Locali (Usl) sulla base di parametri nazionali volti a garantire livelli uniformi sul territorio regionale.

Secondo l'art. 10, inoltre, le Usl dovevano dividersi in unità territoriali minori definite distretti socio-sanitari a cui veniva affidata la concretizzazione operativa delle prestazioni sanitarie: *«Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico- funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento»*. Questi come enti più vicini ai cittadini avevano lo scopo di favorire la partecipazione o maggiore accessibilità ai servizi oltre alla possibilità di soddisfare meglio le situazioni di bisogno alla luce di una maggiore conoscenza delle reti formali e informali disponibili e necessarie alla sua soddisfazione a livello locale.

A tali enti venne, quindi, assegnato il compito di favorire l'interazione tra i servizi e le reti informali e formali presenti sul territorio al fine di appagare i bisogni individuali diventando, così, il luogo privilegiato di coordinamento tra i servizi locali a disposizione dei cittadini.

Il problema da parte di tali enti fu però da subito la possibilità di avere una chiara distinzione di cosa fosse il sociale rispetto al sanitario e cosa gestire in modo integrato a causa della mancanza di una legge quadro nazionale sui servizi sociali che tardava ad affermarsi. La tendenza più diffusa fu quella di attribuire alle Usl le funzioni sociali a rilevanza sanitaria e al comune l'assistenza economica, le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare oltre che le attività ricreative.

Tale separazione venne successivamente confermata dalla riforma delle autonomie locali introdotta dalla legge 142/1990 che estromise i comuni dalla gestione dei servizi sanitari affidandogli la piena titolarità delle funzioni amministrative nel campo dei servizi sociali, dell'assetto del territorio e dello sviluppo economico *«tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione*

e il territorio comunale, nei settori organici dei servizi sociali, dell'assetto ed utilizzazione del territorio e dello sviluppo economico» (art. 9) pur prevedendo all'articolo 27 la stipulazione di accordi programma per «la definizione e l'attuazione di opere di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di comuni, di province e regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o più tra soggetti predetti».

4.3.1 Dalla «riforma della riforma» alla «rifoma ter»

La presenza del potere politico comunale nell'ambito delle Usl previsto dalla legge n. 833 determinò a livello pratico la gestione clientelare delle stesse da parte dei comuni che spinse ad iniziare un processo di razionalizzazione dell'intero sistema sanitario attraverso il decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502 poi ulteriormente modificato dal decreto 517/1993 volto a trasformare lo stato giuridico delle Unità Sanitarie Locali.

Quest'ultime, infatti, da strutture operative dei comuni diventarono aziende autonome dotate di personalità giuridica pubblica nella produzione di beni e servizi e rette da un direttore generale eletto dalla regione in base a criteri meritocratici e non più politici a cui vennero affidati i pieni poteri di gestione e quindi di definizione delle modalità concrete dell'organizzazione distrettuale, sulla base dei criteri indicati dalla regione, e la nomina di un responsabile (Manoukian, 1998).

In quanto aziende autonome, tuttavia, esse acquisirono una propria autonomia patrimoniale seppure parziale, considerando che le risorse dovevano comunque provenire per la maggior parte dalle regioni, con possibilità però di gestione autonoma dei propri beni nonché la possibilità di scegliere per proprio conto le modalità tecniche di svolgimento dei servizi.

La riforma del sistema sanitario italiano ha quindi privilegiato un modello organizzativo aziendale pur se comunque soggetto al potere regionale a cui rimase

affidato il compito di definire il quadro normativo ed economico entro cui le aziende dovevano svolgere le loro attività nonché la funzione di controllo dei risultati raggiunti seguendo i vincoli e gli standard richiesti a livello nazionale. Non bisogna dall'altronde dimenticare che la legge 833 del 1978 venne emanata in un ambito quale quello italiano in cui le competenze politiche furono, come affermato nel secondo paragrafo, dalla costituzione affidate a tre livelli di *governance*: governo, regioni e enti locali.

Infine, la novità di rilievo contenuta dal decreto 502/1992 fu l'introduzione della divisione nel campo sanitario tra enti committenti dei servizi quali le aziende sanitarie locali e gli enti produttori e erogatori di servizi e prestazioni quali le aziende ospedaliere, le strutture operative delle aziende sanitarie territoriali e le strutture private accreditate cioè riconosciute come adeguate ad offrire servizi in quanto capaci di soddisfare i requisiti qualitativi richiesti a livello regionale (Maino, 2001).

Si stabilì, la conversione degli ospedali e delle Usl in aziende sanitarie sottoposte a vincoli di bilancio e guidate dai direttori generali dotati di ampi poteri gestionali e finanziari. Le nuove aziende sanitarie locali che acquisiscono la sigla Asl in sostituzione di quella di Usl, dovevano svolgere funzioni di acquisto delle prestazioni mentre gli ospedali azienda quelle di erogazione. Le Asl potevano, così, erogare prestazioni di medicina specialistica avvalendosi o di proprie strutture o di quelle fornite da altri soggetti pubblici o privati accreditati a cui le Asl dovevano erogare il corrispettivo economico predeterminato a fronte della prestazione resa. Le Asl diventavano aziende pubbliche con il compito di erogare servizi direttamente con proprie risorse o attraverso contratti con gli operatori privati. Si assistette quindi ad una separazione tra enti venditori e compratori dei servizi sanitari proprio come avvenne in Inghilterra con la riforma del *Community Care Act* del 1990 introdotta dal governo Thatcher di cui si è parlato nel capitolo tre.

Inoltre, al fine di contenere la spesa sanitaria sanitari la 502 stabilì la compartecipazione dei cittadini al costo della prestazione sanitaria attraverso *ticket*, cioè quote parziali attraverso cui l'assistito doveva contribuire alla spesa complessiva necessaria a pagare la prestazione, almeno che non fossero affetti da malattie

particolarmente gravi e /o in condizioni di reddito tali da ottenerne l'esonero totale o parziale del *ticket*. Se a livello fiscale si trattava di una tassa, sul piano economico diventava un mezzo per evitare l'eccessivo ricorso al consumo delle prestazioni sanitarie, in particolare, quelle non essenziali (Mapelli, 1999).

Alle regioni si delegarono poteri programmatici e gestionali più ampi di quelli previsti nella 833. A queste, infatti, venne affidato il compito di definire gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, disciplinare i rapporti tra queste e quelli tra le istituzioni sanitarie pubbliche e private mediante la determinazione dei criteri dell'accreditamento delle strutture e controllare la qualità dei servizi offerti, oltre a nominare il direttore generale delle Asl secondo criteri meritocratici.

Si stabilì, inoltre, la riduzione territoriale delle Asl facendole coincidere con le dimensioni provinciali riducendole di numero rispetto a quanto era stato previsto dalla legge 833 che prevedeva per ognuna di essa un ambito di utenza non superiore ai 200.000 abitanti, passando così, da 659 a 197. Infine, come era stato previsto nella legge 833 anche le nuove aziende sanitarie dovevano articolarsi in distretti socio-sanitari che ora diventano mini azienda dotate di un proprio budget e con una gestione decentrata rispetto a quella dell'azienda sanitaria locale.

Se la 833 aveva dato maggiore enfasi allo Stato poiché si inseriva in un contesto di prima regionalizzazione caratterizzato dal debole decentramento regionale per cui la sanità restava molto più dipendente dalle decisioni assunte dal centro o dalle Usl gestite dai comuni, che non da quanto stabilito dal governo regionale, la 502 affidò invece alla regione un ruolo di primo piano. Tuttavia, il conferimento di maggiori poteri da queste agli enti locali avvenne con il decreto legislativo n. 229 del 1999 conosciuto come «la riforma *ter*» o Bindi dal ministro che la propose, che fu finalizzato a introdurre un processo di decentramento in ambito sanitario che desse maggiore enfasi agli enti locali in merito alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria lasciata nell'oblio da parte dei precedenti decreti. Tale decreto, si veniva infatti ad inserire all'interno di un processo di ulteriore decentramento dei poteri che coinvolse l'Italia a partire dal 1997 di cui si discuterà nel prossimo

paragrafo.

Qui, tuttavia, è importante sottolineare che tale processo di decentramento venne ad assumere un ruolo determinante per il raggiungimento di una maggiore integrazione socio-sanitaria che venne definita nell'articolo 3- *septies* del decreto 229/1999 come «*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni e quelle di riabilitazione*» e distinta in tre tipologie: «*prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità e emarginazione condizionanti lo stato di salute; prestazioni ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente le aree materno- infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative*».

Inoltre, mentre il comma 5 decretò che «*le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché nei progetti obiettivo nazionale e regionale*» il 6 affidò le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria ai comuni che dovevano provvedere «*al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 Marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza*». Nello specifico, l'integrazione doveva avvenire attraverso il coinvolgimento dei comuni e delle Asl nella stipulazione congiunta di piani

territoriali finalizzati a rispondere alle esigenze sociali e sanitarie locali.

Si stabiliva, così, che fosse competenza delle Asl o meglio del direttore generale la stipulazione del Piano attuativo locale (PAL) all'interno del quale gli obiettivi dovevano essere stabiliti in linea con il Piano Sanitario Regionale tenendo conto dei pareri dei sindaci a capo degli enti comunali e, infine doveva essere approvato dalla regione. Mentre si assegnò la proposta del Programma delle attività territoriali al direttore del distretto previo parere del comitato dei sindaci di distretto e approvato dal direttore generale d'intesa con il comitato medesimo per le attività socio-sanitarie e tenendo conto delle priorità stabilite a livello regionale (art. 3-quarter). Sempre secondo l'articolo 3-*quater* tale programma doveva servire a coordinare le attività del distretto con quelle dei dipartimenti e servizi delle Asl e delle aziende ospedaliere oltre a determinare la localizzazione dei servizi, determinare le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le spese rispettivamente a carico dei comuni e delle Asl.

Il distretto ritornò, quindi, ad assumere un ruolo determinante per l'integrazione dei servizi. Ad esso infatti si assegnò l'erogazione dei servizi che prevedevano l'integrazione sociale e sanitaria come l'assistenza domiciliare integrata (art. 3-*quinquies*, comma 2, lettera e). Si trattava di un servizio finalizzato a erogare prestazioni a carattere sociale e sanitario a domicilio della persona al fine di evitargli le lunghe e non necessarie degenze ospedaliere o l'ingresso nelle strutture residenziali il cui finanziamento ovviamente veniva affidato alle Asl per la componente sanitaria e ai comuni per quella sociale. A favore di un maggior incontro tra domanda e offerta l'ambito del distretto venne, infine, reso più flessibile alle necessità e caratteristiche geomorfologiche territoriali stabilendo una popolazione minima a 60.000 abitanti che tuttavia lasciava alla regione la possibilità di disporre diversamente in base alle esigenze locali (art. 3-*quater*).

Nella regione Calabria, tuttavia, oggi gli ambiti territoriali delle Asl hanno subito un processo di cambiamento a seguito della deliberazione della giunta del 22 Maggio 2007 n. 272 *Aziende Provinciali Regionali. Provvedimenti*, per cui da 11 sono passate a 5. Nella **figura 4.2** si è voluta rappresentare la nuova dislocazione

territoriale delle Asl che comunque ha lasciato immutati gli ambiti dei distretti socio-sanitari.

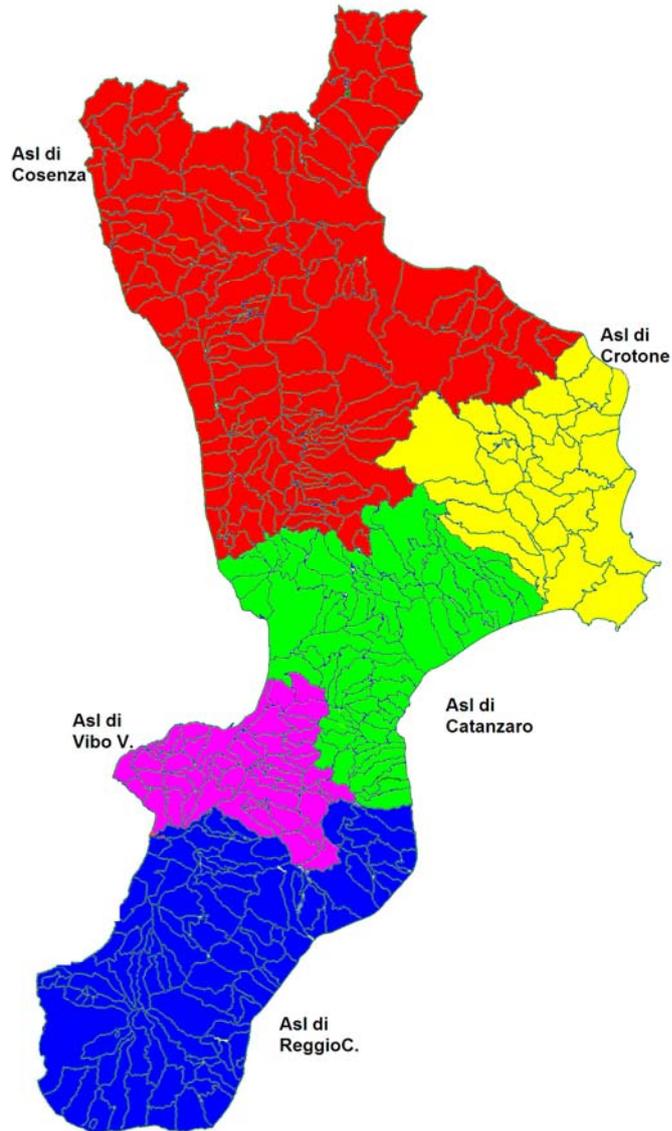


Figura 4.2: Le cinque Asl provinciali.

4.4 Legge n. 328/2000 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali n. 328 dell'8 novembre del 2000 arriva dopo più di un ventennio di attesa dal d.p.r. 616 del 1977 ponendo fine all'inadempimento statale nella definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale da esso richiesti nonché nell'*ex* articolo 117 del titolo V della costituzione. Quest'ultimo, infatti, riconosceva una potestà legislativa concorrenziale tra Stato e regioni in materia assistenziale attribuendo allo Stato il compito di stabilire i principi regolatori attraverso l'emanazione di una legge cornice o quadro, e alle regioni il compito di renderli operanti attraverso l'emanazione di norme che tenessero conto delle esigenze locali senza andare in contrasto con quelli dello Stato e delle altre regioni.

L'uso del prefisso “*ex*” affianco all'articolo 117 del Titolo V della Costituzione viene reso oggi obbligatorio dalla concomitanza tra l'emanazione della legge quadro e la riforma del Titolo V della costituzione in virtù della quale cambiarono in Italia i rapporti Stato, Regioni e Enti Locali. Non si può quindi, parlare, della legge 328 senza considerare il processo di riforma costituzionale in cui essa da subito si inserì.

Il processo di conferimento di maggiori poteri dallo Stato alle regioni in relazione alle materie dell'articolo 117 della costituzione avvenne in Italia in maniera del tutto anomala. Infatti il processo di decentramento ha avuto inizio con la legge ordinaria n. 59 del 1997, meglio conosciuta come legge Bassanini dal ministro che la propose, anziché costituzionale, che avviò attraverso i decreti legislativi il trasferimento delle competenze amministrative relative alle materie elencate nell'articolo 117 della costituzione dallo Stato alle regioni al fine di accorciare i tempi necessari alla riforma che solo successivamente attraverso la legge costituzionale n. 3 del 2001 assunse carattere di costituzionalità e ne predispose il trasferimento legislativo.

Nel nuovo articolo 117 lo Stato mantenne le competenze amministrative e legislative nei settori tradizionalmente ad esso affidati: difesa, ordine pubblico, monete, giustizia, affari e commercio estero, cittadinanza, immigrazione, istruzione

universitaria, vigilanza in materia di lavoro, rapporti con le confessioni religiose, tutela del patrimonio culturale.

Allo stesso modo la sanità rimase materia concorrenziale tra Stato e regioni mentre l'assistenza sociale venne fatta rientrare nelle materie di competenza esclusiva regionale secondo il nuovo articolo 117. Tuttavia, sempre in base a questo articolo, al comma 2 lettera *m* si decise di conferire allo Stato il potere di definire i livelli essenziali delle prestazioni nell'ambito dei diritti civili e sociali, tra cui quindi vi rientrava l'assistenza sociale. In particolare, ciò doveva avvenire tramite il Piano nazionale dei servizi sociali all'interno del quale esso doveva indicare le caratteristiche e i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali, le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione e formazione, e del lavoro (Franzoni e Anconelli, 2007).

Il decreto attuativo 112/98 della legge ordinaria di principio 59/97 fuoriuscì dalla logica dei settori organici del decreto 616/1977 facendo dei servizi sociali una materia unica inserita nei servizi alla persona e alla comunità. I servizi sociali furono individuati in tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti e a pagamento o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quelle sanitarie nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia (art. 128).

In materia dei servizi sociali il decreto 112/98 assegnò alle regioni le funzioni di programmazione, di coordinamento, di indirizzo e di verifica degli interventi sociali, disciplinando le modalità delle loro integrazioni, in particolare per le attività sanitarie e socio-sanitarie ad elevata integrazione.

In particolare, esso stabilì che le regioni in base alle indicazioni del piano nazionale dei servizi sociali, dovevano svolgere la propria funzione di programmazione attraverso l'emanazione del piano sociale regionale. Ad esse venne infatti affidato il compito di definire gli ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti

per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi e incentivare l'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i servizi sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate a tali interventi.

L'obiettivo era quello di affidare maggiori poteri alle regioni e da queste agli enti locali al fine di conferire i poteri decisionali agli organismi più vicini ai cittadini e facilitare a quest'ultimi la possibilità di intervenire sulla qualità dei servizi. Ciò prese il nome di "*sussidiarietà verticale*".

La legge 328 del 2000, affidò, infatti, alle regioni, il compito di fornire le indicazioni per il piano di zona, predisposto dai comuni associati di intesa con le Asl e definire i criteri per la partecipazione da parte degli utenti al costo delle prestazioni.

Il piano di zona è lo strumento attraverso il quale deve avere luogo l'integrazione socio-sanitaria e il lavoro a rete non solo tra sociale e sanitario ma anche con gli organismi del terzo settore. Si tratta di un accordo di programma tra comuni, Asl, e terzo settore volto a indicare gli obiettivi, gli strumenti e le modalità organizzative e di integrazione all'interno e tra i servizi sociali e sanitari, nonché i criteri di ripartizione della spesa a carico, secondo le loro competenze e responsabilità (art. 19).

Al settore *non profit* venne, quindi, affidato un ruolo di primo piano in linea con il principio della sussidiarietà orizzontale (conferimento di maggiori responsabilità e competenze alle famiglie e alla comunità e poi allo Stato) a cui la legge si ispirò, coinvolgendolo non solo nella gestione e erogazione ma anche nell'ambito della programmazione dei servizi attraverso appunto i piani di zona. All'articolo 1 comma 4 troviamo: «*Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore della programmazione, nella*

organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali».

Ai comuni, invece, secondo quanto previsto dall'articolo 6 si assegnò la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale, oltre all'attività di concorso nella programmazione, progettazione, realizzazione, erogazione, nonché il compito di coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale e intese con e aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona (**figura 4.3**).

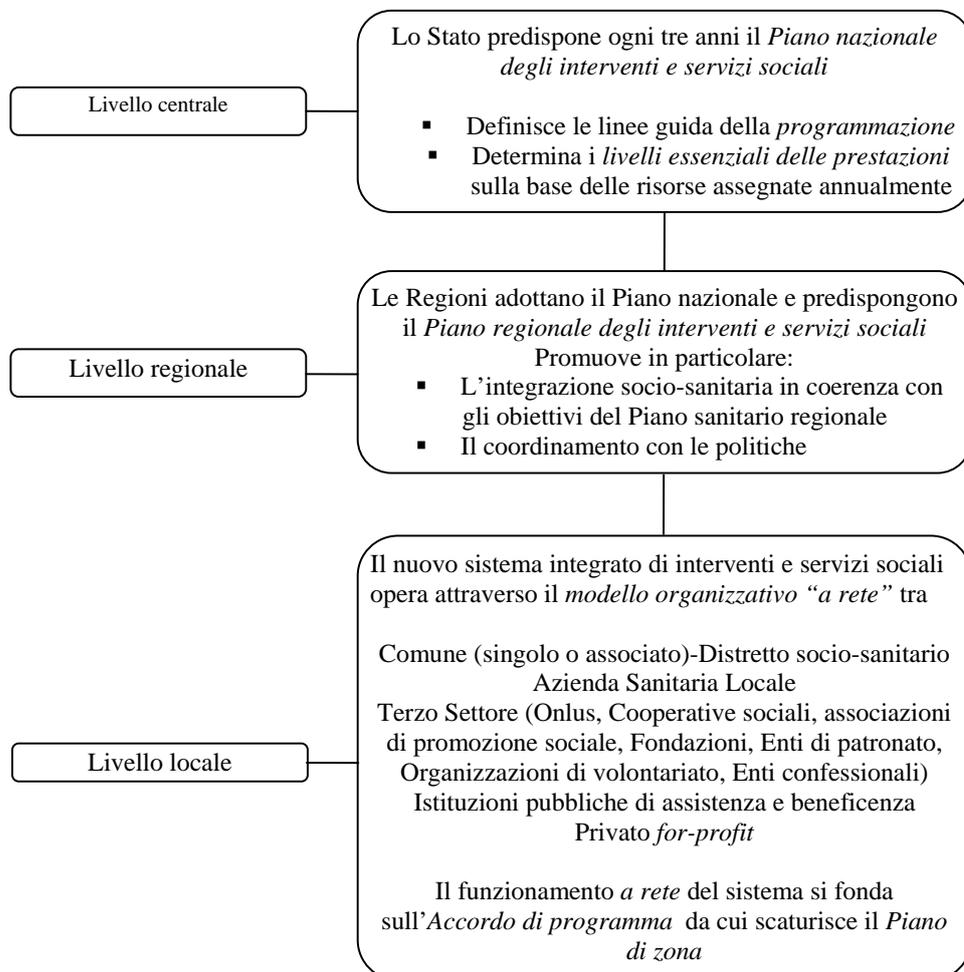


Figura 4.3: Divisione delle competenze tra Stato Regioni e Enti Locali secondo la 328 del 2000.

Tutta la riforma introdotta dalla legge quadro venne incentrata sulla qualità dei servizi alla persona tanto da prevedere dei livelli essenziali di erogazione dei servizi stabiliti a livello nazionale e poi regionale. Ogni ente erogatore dei servizi deve ottenere l'accreditamento secondo il principio della qualità del servizio.

L'accreditamento è un sistema di garanzia di qualità del servizio attraverso un complesso di regole, procedure che permettono il controllo della qualità delle prestazioni erogate da parte degli enti gestori erogatori. Questo nasce dalla necessità dopo la crisi del welfare di sviluppare uno strumento di controllo alternativo al convenzionamento a seguito dell'esternalizzazione dei servizi agli enti privati (*for-profit* e *non-profit*) che in Italia come detto nel primo paragrafo aveva assunto i caratteri del *mutuo adattamento*.

Se, infatti, il contratto di convenzionamento non lasciava all'utente alcuna possibilità di scelta poiché consisteva in un contratto tra ente pubblico e privato al fine di garantire la fornitura di un servizio in cambio di un compenso economico che veniva deciso esclusivamente dal primo lasciando, quindi, spazio all'instaurarsi di rapporti privilegiati o particolaristici tra ente pubblico e privato a scapito della qualità del servizio offerto, l'accreditamento pone l'utente nella condizione di scegliere tra una pluralità di enti accreditati, assumendo così un ruolo attivo e se vogliamo di *empowerment*³ nella soddisfazione del proprio benessere attraverso, in particolare, l'uso dei *vouchers* o come definiti nell'art. 17 titoli per l'acquisto di servizi sociali.

Questi sono mezzi alternativi ai *Direct Payments* inglesi di cui abbiamo parlato nel capitolo 3 poiché permettono all'utente di acquistare servizi presso enti pubblici e privati accreditati cioè già pre-selezionati da parte dei soggetti pubblici locali in base alla qualità del servizio offerto e non tra tutti i potenziali enti privati presenti nel mercato. Il fine è, quindi, quello di costituire un meccanismo di mercato caratterizzato dalla possibilità di scelta dell'utente tra fornitori privati e pubblici in

³ Cfr. Capitolo 1.

competizione e finanziati a livello pubblico. Anche qui come per l'aziendalizzazione in campo sanitario di cui si è parlato nel paragrafo tre si può parlare di un quasi-market dei servizi.

La legge, qui, fa assumere in particolare al comune un ruolo centrale affidandogli il potere di decidere a chi affidare l'erogazione del servizio quindi la responsabilità del processo di accreditamento che presuppone la conoscenza della dimensione qualitativa a livello professionale, organizzativo, e della qualità percepita dal cittadino. Sono i comuni che devono decidere se far gestire i servizi al privato o meno in base ai criteri minimi di qualità richiesti prima a livello statale attraverso i livelli essenziali delle prestazioni e poi regionale (art. 11).

Si stabilì come requisito essenziale per l'accreditamento, la carta dei servizi che può essere definita come un sistema informativo a cui l'individuo poteva accedere prima di scegliere il servizio. Essa, quindi, fungeva come garante della trasparenza del servizio erogato e allo stesso tempo aveva il ruolo di incentivare la fiducia dei cittadini verso le istituzioni in quanto permetteva a quest'ultimi di poter valutare la qualità del servizio offerto e esprimere così la loro opinione.

I principi della carta dei servizi riguardavano l'uguaglianza, l'imparzialità e la continuità del diritto di scelta, della partecipazione dei cittadini, dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi mediante l'adozione di standard qualitativi, lo sviluppo di un sistema informativo e il coinvolgimento degli utenti aumentandone l'*empowerment* nei servizi.

In riferimento al soggetto anziano, all'art. 15 si affermò la necessità di prendere le distanze dai tradizionali interventi di istituzionalizzazione al fine di tutelare il diritto dell'anziano di poter rimanere all'interno del proprio ambiente di vita e quindi di non essere separato o allontanato dalla propria famiglia, comunità e casa. Si privilegiano così i servizi alternativi che rientrano nel *community care* quali l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e l'assistenza domiciliare integrata già prevista come detto sopra dal decreto n. 229 del 1999 e riconfermata dalla 328 del 2000 che tuttavia nonostante portate avanti anche dalla precedente legge regionale n. 5 del 1987

“*Riordino e programmazione delle funzioni socio assistenziali*” stentano ancora a decollare in Calabria dove tra l’altro non si è ancora avuta l’implementazione della 328/2000 (Rende, Jedlowski, 1991; La Torre, 2003).

4.5 L’influenza culturale nell’ambito del welfare nazionale e locale

In Italia le risposte istituzionali al problema dell’invecchiamento sono state fortemente influenzate dal tessuto culturale di tipo familistico. Quest’ultimo, tuttavia, essendo maggiormente presente al sud rispetto che al nord ha favorito soprattutto nelle regioni meridionali lo sviluppo di un *welfare* assistenziale di tipo residuale che ha di fatto affidato il maggior carico di cura alle famiglie. Se nelle regioni del nord, quindi, la presenza di una cultura meno incentrata sul familismo ha alimentato la crescita delle aspettative nei confronti dello Stato ed il passaggio delle funzioni educative ed assistenziali dalla sfera familiare alla sfera pubblica, così non è stato al Sud (Fargion, 1997).

Qui da un lato il familismo ha disincentivato il ruolo pubblico in campo assistenziale e dall’altro il clientelismo ha indirizzato l’uso del denaro pubblico verso scopi particolaristici anziché universalistici. In particolare la politica non è riuscita, utilizzando le parole di Farneti (1971:60), ad emanciparsi dai poteri forti della società civile: *«il sistema partitico può essere inteso, dinamicamente, come una formazione storica che si emancipa dalla società civile, soprattutto nei suoi due aspetti della legittimità e della efficacia [...] il sistema politico si emancipa nella misura in cui riesce a sviluppare risorse proprie di legittimità, cioè di integrazione politica dei soggetti [...] e nella misura in cui riesce a sviluppare risorse proprie di efficacia, prima fra tutte una burocrazia capace di attuare le direttive politiche»*

Facendo riferimento a Weber, Fantozzi (1993:15) definisce la clientela come: *«una relazione sociale nella quale i soggetti (patrono e cliente), hanno ruoli e posizioni sociali diverse. I fondamenti sociali dell’agire dei soggetti che entrano in relazione sono il “senso di appartenenza” e la “razionalità di scopo”. In altri termini, nella formazione del senso soggettivo degli agenti pesano, insieme,*

tradizioni, sentimenti ed interessi. In questa relazione sociale si riscontra una fiducia ristretta ai contraenti, che ha un contenuto aggregativo di appartenenza come in una qualunque relazione di comunità, ma che ha, allo stesso tempo, un carattere strumentale, in quanto finalizzata ad uno scambio».

Nella relazione clientelare quindi il patrono è colui che possiede una posizione di ceto elevata mentre il cliente una più bassa. Il rapporto viene regolato da uno scambio tra forza lavoro e risorse economiche per la sopravvivenza nonché dal senso di lealtà che il cliente ha verso il patrono.

Le origini del rapporto clientelare risalgono all'abolizione dei rapporti feudali che avvenne in Italia per mezzo della legge del 2 Agosto di Giuseppe Bonaparte. Con tale legge si avviò un processo di modernizzazione e superamento degli obblighi feudali a cui però il Sud si presentava poco preparato a causa della forte miseria che lo coinvolgeva. Ciò determinò la nascita del clientelismo fondiario che assunse il ruolo di regolatore e mediatore del processo di modernizzazione al Sud. In particolare, esso evitò le situazioni di miseria che la rottura dei vincoli feudali avrebbe causato permettendo ai contadini di continuare ad offrire la propria forza lavoro ai proprietari terrieri sotto forma di contratti di lavoro che conservavano però i caratteri del rapporto patrono – cliente di età feudale.

Successivamente l'avanzamento del processo di modernizzazione e democratizzazione fecero sì che il clientelismo fondiario fosse sostituito da quello politico subendo così un processo di trasformazione necessario a mediare il nuovo sistema sociale che andava affermandosi.

In particolare, la diffusione dei partiti di massa fece sì che il potere non risiedesse più nel possesso terriero ma nel sistema politico o meglio nei partiti politici. Da questo momento in poi quindi il patrono era colui che ricopriva incarichi politici e il cliente colui che lo sosteneva attraverso il voto in cambio di un posto di lavoro sicuro o di altri favori.

Tuttavia, nel momento in cui si decise di sostituire gli investimenti a pioggia con quelli finalizzati alla realizzazione di grandi progetti per ottenere un risparmio della

spesa pubblica a causa della crisi fiscale dello Stato degli anni '70⁴, il clientelismo politico non si dimostrò più in grado di offrire risorse ai ceti meno abbienti in cambio del loro consenso politico poiché le classi più elevate sulla scala sociale si trovano nella situazione di essere più in grado sul piano professionale ed economico di accaparrarsi le risorse distribuite con i nuovi criteri. Ciò determinò l'incremento delle situazioni di disagio dei ceti marginali che furono così costretti a fare ricorso alla mafia locale. L'indebolimento del clientelismo causò pertanto situazioni di degrado maggiori rispetto a quelle causate dal suo agire particolaristico nell'uso delle risorse pubbliche (Fantozzi, 1993, 1997).

La crisi del welfare state ha avuto quindi risvolti peggiori al Sud rispetto al Nord in quanto è andato a diminuire le risorse economiche pubbliche messe a disposizione dallo Stato ai partiti politici e ad indebolire, quindi, il clientelismo politico che aveva sino ad allora assunto una funzione di ammortizzatore delle difficoltà delle classi più povere.

Conclusioni

Il welfare italiano a differenza di quello inglese si è caratterizzato dal processo di decentramento all'interno del quale esso si è sviluppato e dalla presenza di una carta costituzionale di riferimento in base alla quale esso è stato definito.

Tuttavia, il processo di riconoscimento delle regioni a statuto ordinario è avvenuto in Italia dopo circa venti anni dall'introduzione della carta costituzionale per timore che ciò si tramutasse in una evidente minaccia dell'unità statale.

È a partire dagli anni '70 che quindi si dà avvio al processo di regionalizzazione con i decreti legislativi 616/1977 e 617/1977 attuativi della legge 382 del 22 Luglio 1975 "*Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione*" che riconobbero allo Stato il compito di definirne gli standard nazionali e di legislazione quadro, oltre a quelli di indirizzo, controllo e

⁴ Cfr. Capitolo uno.

coordinamento delle competenze legislative e amministrative regionali sia in campo sociale che sanitario.

In riferimento all'ambito sanitario fu la legge quadro nazionale n. 833 del 1978 che introdusse l'universalismo in campo sanitario e conferì alle regioni competenze di tipo legislativo in linea con le leggi nazionali e specificità territoriali oltre a quelle di coordinamento e programmazione e agli enti locali quali i comuni e le unità sanitarie locali si affidarono i compiti di gestione e erogazione dei servizi attraverso un processo di collaborazione.

Tuttavia, poiché questa faceva delle unità sanitarie locali (Usl) delle strutture operative dei comuni favorendo situazioni di clientelismo all'interno, si ebbe la necessità di renderle autonome con la legge 502 che le trasformò in aziende sanitarie autonome (Asl) sia da un punto di vista finanziario che organizzativo. Successivamente con il decreto 229 del 1999 si affidarono le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria alle Asl mentre quelle a rilevanza sociale ai comuni e si predispose la collaborazione tra questi attraverso piani locali sinergici come i Piani Attuativi Locali (PAL) e la Programmazione delle attività territoriali o (PAT).

Se lo Stato svolse pienamente il compito di definizione di una legge quadro in campo sanitario con la legge n.833 non fu così per quello sociale. Il principale problema della 833 fu quello di non essere stata da subito affiancata da una legge quadro sui servizi sociali che aiutasse a definire in modo chiaro i confini tra sociale e sanitario e quindi il coordinamento necessario per lo sviluppo di un approccio multidimensionale alla salute che la legge 833 auspicava.

Il mancato intervento dello Stato in campo sociale è stato in questo capitolo ricondotto alla forte cultura familistica presente in Italia che ha in qualche modo disincentivato l'intervento statale in campo sociale sin dalla formulazione della carta costituzionale del 1948 lasciando alla famiglia il ruolo di cura.

Lo Stato italiano sin dall'inizio ha, quindi, sostenuto e diffuso la cura proveniente dalle famiglie di appartenenza dell'individuo anziano in sostituzione di una risposta

pubblica di tipo formale che ancora oggi stenta a decollare in particolare al Sud dove la tradizione familistica da una lato e il clientelismo dall'altro non hanno certo incoraggiato la fiducia degli individui nelle istituzioni e l'agire di quest'ultime per fini universalistici anziché particolaristici.

Tuttavia in concomitanza con l'ampliamento delle autonomie regionali tramite la legge n. 59 del 1997 e il decreto attuativo 112 del 1998 lo Stato emanò, a quasi venti anni di distanza la legge di riordino dei servizi sociali 328 del 2000 con la quale non sono le regioni ad assumere il ruolo chiave in campo sociale e sanitario bensì gli enti locali affidando ad essi competenze anche nel campo delle progettazione dei servizi.

Capitolo 5

Il contesto sociale ed economico inglese e italiano

Premessa

Dopo aver ampiamente illustrato la situazione politica e culturale dell'Italia e dell'Inghilterra si ritiene necessario dedicare un capitolo all'analisi sociale ed economica dei due contesti partendo dai dati nazionali fino a quelli locali dove ha avuto luogo la rilevazione dei dati. In particolare, si dedicheranno i primi paragrafi del presente capitolo alla descrizione dei dati relativi alla popolazione e alla struttura familiare mentre gli ultimi alla illustrazione della condizione economica e occupazionale.

5.1 Analisi socio-demografica

5.1.1 La popolazione italiana

L'Italia sta sperimentando un periodo di scarsa crescita demografica e incremento della popolazione adulta. Secondo i dati della **tabella 5.1** la popolazione anziana al di sopra dei 65 anni ha raggiunto la percentuale del 19,9% contro il 14,1% di quella tra i zero e i 14 anni mentre quella dagli 80 anni in su del 5,3%.

Considerando la ripartizione dei dati per area geografica, questa si rileva particolarmente elevata nelle aree del Nord e del Centro Italia rispetto a quelle del sud e delle isole. La percentuale della popolazione al di sopra dei 65 anni raggiunge, infatti, quella del 21,3% al Nord ovest, del 20,9% al Nord est e del 21,2% al Centro contro quella intorno al 13% della popolazione tra i zero e i 14 anni mentre quella al di sopra degli 80 anni raggiunge rispettivamente le percentuali del 5,5%, del 6% e del 5,9%.

Al sud e nelle isole, invece, la percentuale scende rispettivamente al 17,4% e al 18,1% per la popolazione al di sopra dei 65 anni e al 4,5% e 4,7% per quella superiore agli 80 mentre quella tra i zero e i 14 anni sale al 15,8% e 15,1%.

Ripartizione territoriale	0-14	15-64	65 e oltre	80 e oltre
Nord-ovest	13,1%	65,6%	21,3%	5,5%
Nord-est	13,5%	65,6%	20,9%	6,0%
Centro	13,2%	65,6%	21,2%	5,9%
Sud	15,8%	66,8%	17,4%	4,5%
Isole	15,1%	66,8%	18,1%	4,7%
Italia	14,1%	66,0%	19,9%	5,3%

Tabella 5.1: Incidenza percentuale della popolazione anziana per ripartizione territoriale al 1° Gennaio 2007. (Fonte: ISTAT, 2007a)

Dai dati della **tabella 5.2**, relativi alla speranza di vita alla nascita divisa per genere, le donne risultano vivere più a lungo degli uomini in tutta la penisola. Infatti, a livello nazionale queste raggiungono una vita media di 83,9 anni mentre gli uomini di 78,3. Facendo, poi, riferimento ai dati aggregati per area geografica, sia le donne che gli uomini risultano essere più longevi al Nord e al Centro con una speranza di vita media di 84,1 anni per le donne e 78,3 e 78,6 per gli uomini rispetto agli 83,4 delle donne e i 77,9 degli uomini potenzialmente raggiungibili al Sud.

Ripartizione territoriale	Speranza di vita alla nascita	
	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>
ITALIA	78,3	83,9
Nord	78,3	84,1
Centro	78,6	84,1
Mezzogiorno	77,9	83,4

Tabella 5.2: Speranza di vita per ripartizione territoriale e genere anno 2006. (Fonte: ISTAT, 2007a)

L'incremento della popolazione adulta viene generalmente letto come il portato di due fenomeni che hanno caratterizzato l'età moderna: l'abbassamento del numero dei morti grazie alle migliori condizioni igieniche di vita e dei progressi della medicina e la diminuzione del numero delle nascite associato all'ingresso delle donne nel mondo del lavoro.

La **tabella 5.3** qui di seguito riportata aiuta ad evidenziare come il saldo tra nati vivi e morti (movimento naturale della popolazione) sia negativo particolarmente nelle regioni del Nord e del Centro Italia rispetto a quelle del Sud in cui l'indice rimane positivo di circa ventimila unità di distacco tra nati e morti a causa del numero delle nascite superiore a quello dei decessi. Ciò significa che se il dato nazionale raggiunge una positività di 2.118 unità è grazie allo sbilanciamento a favore del numero dei nati rispetto a quello dei morti presente nel mezzogiorno.

Se spostiamo, inoltre, l'attenzione al saldo migratorio (numero di emigrati meno immigrati) risulta particolarmente elevato a quello naturale in tutte le regioni della penisola specialmente nel mezzogiorno dove raggiunge le 227.240 unità rispetto alle 175.051 presenti al nord. La sola eccezione si ha al Centro Italia dove si rileva un saldo negativo di ben -24.833 unità.

A livello nazionale, è quindi, possibile affermare che l'incremento demografico (dato dalla somma del saldo naturale con quello migratorio) sia dovuto principalmente al movimento migratorio rispetto a quello naturale.

Ripartizione territoriale	Nati vivi	Morti	Saldo tra nati vivi e morti	Saldo migratorio
<i>ITALIA</i>	<i>560.010</i>	<i>557.892</i>	<i>2.118</i>	<i>377.458</i>
Nord	253.850	264.142	-10.292	175.051
Centro	106.087	114.080	-7.993	-24.833
Mezzogiorno	200.073	179.670	20.403	227.240

Tabella 5.3: Saldo naturale per ripartizione territoriale anno 2006. (Fonte: ISTAT, 2007a)

5.1.1.1 La popolazione calabrese

La popolazione Calabrese secondo i dati ISTAT relativi al 1° Gennaio 2006 si compone di 2.004.415 abitanti lungo un territorio di 15.000 kmq per lo più montuoso e collinare. Il territorio si divide in cinque province che delimitano gli ambiti delle cinque aziende sanitarie locali a seguito della deliberazione della giunta regionale del 22 Maggio 2007 n. 272 dal titolo “Aziende Provinciali Regionali. Provvedimenti”¹.

Secondo i dati della **tabella 5.5** la più popolosa è la provincia di Cosenza con 730.395 abitanti a cui seguono in ordine decrescente quella di Reggio Calabria (565.541), Catanzaro (367.624), Crotona (172.274) e Vibo Valentia (168.481).

Aziende Provinciali	Popolazione	Distribuzione percentuale sulla popolazione residente
Cosenza	730.395	36,44%
Catanzaro	367.624	18,34%
Reggio Calabria	565.541	28,21%
Crotona	172.274	8,60%
Vibo Valentia	168.481	8,41%
<i>Calabria</i>	<i>2.004.415</i>	<i>100,00%</i>

Tabella 5.5: Popolazione residente nelle province calabresi anno 2006. (Fonte: ISTAT, 2007a)

Prendendo in considerazione l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella inferiore ai 15 anni, illustrato nella **tabella 5.6**, le regioni del Sud riportano un indice notevolmente basso rispetto a quelle del Nord e del Centro. In esse, infatti, l'indice di vecchiaia è del 113,1 contro il 159 e il 160,5 rispettivamente presente al Nord e al Centro.

Tra le regioni del sud la Calabria raggiunge il dato del 123,4 collocandosi così tra quelle meno vecchie del mezzogiorno insieme alla Sicilia e alla Puglia che presentano un indice rispettivamente del 114 e del 113,6 e alla Campania dove troviamo il più basso indice a livello nazionale essendo al 90,1.

¹ Cfr. Capitolo 4.

Al nord invece la presenza della popolazione adulta si rileva particolarmente presente in Liguria dove l'indice è del 239,5 mentre al Centro l'indice più elevato è in Toscana con un valore del 190,5.

Regioni	Indice di vecchiaia
Piemonte	181,1
Valle d'Aosta	152,5
Lombardia	143,3
Trentino-Alto Adige	111,2
Veneto	138,9
Friuli-Venezia Giulia	187,8
Liguria	239,5
Emilia-Romagna	180,0
Toscana	190,5
Umbria	185,5
Marche	172,5
Lazio	136,4
Abruzzo	160,5
Molise	167,6
Campania	90,1
Puglia	113,6
Basilicata	140,7
Calabria	123,4
Sicilia	114,0
Sardegna	141,9
ITALIA	141,5
Nord	159,0
Centro	160,5
Mezzogiorno	113,1

Tabella 5.6: Indice di vecchiaia. Dati al 2006 (Fonte: ISTAT, 2007a)

Guardando ai dati della **tabella 5.7** relativa alla speranza di vita alla nascita divisa per genere e regioni, la Calabria presenta il dato più elevato tra le regioni del Sud insieme alla Sardegna per il sesso femminile in cui la speranza di vita raggiunge rispettivamente gli 84 e 84,5 anni, mentre per gli uomini calabresi il dato si presenta inferiore solo alla Puglia in cui si raggiungono i 78,8 anni contro i 78,5 raggiungibili in Calabria. Per entrambi i sessi, infine, la speranza di vita più elevata si registra nelle Marche in cui troviamo una speranza di vita alla nascita di 79,2 anni per gli uomini e di 84,8 per le donne mentre la più bassa è in Campania poiché le donne hanno una speranza di vita di 82,7 anni e gli uomini di 76,9.

<i>Regioni</i>	<i>Speranza di vita alla nascita</i>	
	Maschi	Femmine
Piemonte	77,9	83,6
Valle d'Aosta	77,9	83,6
Lombardia	78,3	84,2
Trentino-Alto Adige	78,5	84,6
Veneto	78,6	84,7
Friuli-Venezia Giulia	78,2	83,9
Liguria	78,1	83,6
Emilia-Romagna	78,7	84,2
Toscana	79,0	84,6
Umbria	79,0	84,4
Marche	79,2	84,8
Lazio	78,0	83,5
Abruzzo	78,3	84,3
Molise	78,3	84,3
Campania	76,9	82,7
Puglia	78,8	83,9
Basilicata	77,9	83,6
Calabria	78,5	84,0
Sicilia	78,0	82,9
Sardegna	77,7	84,5
ITALIA	78,3	83,9

Tabella 5.7: Speranza di vita alla nascita 2006 (Fonte: ISTAT, 2007a)

Secondo i dati della **tabella 5.8**, tra le quattro regioni del sud che hanno registrato un saldo naturale positivo la Calabria presenta quello più basso essendo a 914 e quindi inferiore ai mille. La Campania, invece, presenta un saldo positivo di 15.102 unità seguita dalla Puglia (5.026) e dalla Sicilia (3.961). Al contrario, l'Abruzzo (-2.136), il Molise (-1.138), la Basilicata (-709) e la Sardegna (-617) risultano avere un saldo naturale negativo.

È importante sottolineare che se al sud, come appena evidenziato, le regioni si dividono in modo perfettamente paritario tale per cui quattro su otto presentano un saldo rispettivamente negativo e positivo, quelle del centro, dalla Toscana al Lazio, presentano per lo più un saldo negativo mentre quelle settentrionali, che vanno dal Piemonte all'Emilia Romagna, positivo. È possibile quindi affermare che la positività del saldo naturale a livello nazionale di 2.118 unità è dovuto maggiormente alle regioni del Nord e in parte a quelle del Sud.

Prendendo, poi, in considerazione il saldo migratorio della popolazione, questo risulta più elevato nelle regioni del nord e del centro rispetto che al Sud. In

Lombardia e Lazio si raggiungono, infatti, le 59.917 e 184.555 unità. Al contrario al Sud questo presenta un dato per lo più negativo che messo a confronto con quello naturale (inferiore o negativo) indica un decremento demografico delle regioni del sud eccetto che in Abruzzo e Sardegna dove la somma tra saldo naturale e migratorio indica un incremento demografico rispettivamente di 4.490 e 4.383 unità. Tra le regioni del Nord, infine, solo la Liguria presenta un decremento demografico di 2.250 unità.

Regioni	Nati vivi	Morti	Saldo tra nati vivi e morti	Saldo migratorio
Piemonte	37.851	47.400	-9.549	20.644
Valle d'Aosta	1.250	1.242	8	826
Lombardia	95.156	84.834	10.322	59.917
Trentino-Alto Adige	10.602	8.272	2.330	7.245
Veneto	47.055	42.118	4.937	30.304
Friuli-Venezia Giulia	10.355	13.676	-3.321	7.645
Liguria	12.146	21.092	-8.946	6.690
Emilia-Romagna	39.435	45.508	-6.073	41.780
Toscana	31.595	39.815	-8.220	26.559
Umbria	7.822	9.518	-1.696	6.785
Marche	13.757	15.809	-2.052	9.341
Lazio	52.913	48.938	3.975	184.555
Abruzzo	11.087	13.223	-2.136	6.626
Molise	2.461	3.599	-1.138	305
Campania	62.279	47.177	15.102	-15.844
Puglia	37.764	32.738	5.026	-6.675
Basilicata	4.958	5.667	-709	-2.039
Calabria	18.328	17.414	914	-7.277
Sicilia	49.940	45.979	3.961	-4.312
Sardegna	13.256	13.873	-617	4.383
ITALIA	560.010	557.892	2.118	377.458

Tabella 5.8: Saldo naturale diviso per regioni 2006. (Fonte: ISTAT, 2007a)

5.1.2 La configurazione della struttura familiare in Italia e in Calabria

Nella **tabella 5.10** la popolazione italiana è stata divisa per stato civile di appartenenza. In essa coloro che risultano divorziati sono il 2,7% rispetto al 50% che risulta invece coniugato/a e il 7,9% rimasto vedovo/a. È chiaro che salvo il 39,8% rimasto celibe o nubile il matrimonio continua a rappresentare un'istituzione importante per sancire l'unità familiare italiana.

Ciò vale soprattutto per le regioni del sud dove si riscontrano le percentuali meno elevate dei divorzi e delle separazioni a livello nazionale. In Basilicata, infatti, questa non supera l'un per cento mentre in Calabria e Molise la supera per soli 0,2 punti percentuali. Al nord e al centro (eccetto che in Lombardia dove il valore si ferma all'1,8%) i valori percentuali delle regioni superano quelli del due e del tre per cento e in Valle d'Aosta e Liguria, in particolare, si trovano quelli più elevati rispettivamente del 4,8% e 4,7%.

Anche per lo stato civile di coniugato/a sono di nuovo le regioni del sud a presentare le percentuali più basse essendo del 48,4%, 45,7% e 47,9% rispettivamente in Calabria, Sardegna e Campania contro il 52% rilevabile in Umbria e Toscana.

In contrasto, si trovano proprio nelle regioni del mezzogiorno i valori più elevati per lo stato civile di celibe e nubile. In ordine decrescente, infatti, la Calabria occupa l'ultimo posto avendo una percentuale del 43,5% contro quella del 44,4% della Campania e del 46% della Sardegna. Al nord solo il Trentino Alto Adige fa eccezione con una percentuale del 44,3% mentre nelle altre la percentuale è inferiore al 40%. Tuttavia i valori più bassi a livello nazionale si hanno al centro e più precisamente in Toscana e Umbria in cui la percentuale è rispettivamente del 38,6% e 39,3%.

La situazione risulta ulteriormente diversa per le vedovanze poiché in coerenza con quanto affermato nel paragrafo 1 si trova conferma che la speranza di vita alla nascita è più alta al nord e al centro, in particolare nel Friuli Venezia Giulia e Liguria si hanno quelle più elevate a livello nazionale del 10,1% e 10,7%.

Al sud, invece, la Campania, la Puglia, la Sardegna e la Sicilia possiedono le percentuali più basse rispettivamente del 6,3%, 6,2%, 6,4% e 6,9% mentre le più elevate si trovano in Molise (8,6%) e Abruzzo (8,2%) mentre in Basilicata e Calabria si abbassa rispettivamente al 7,3% e 7%.

Regioni	Celibi/Nubili	Coniugati	Separati/ Divorziati	Vedovi
Piemonte	36,2%	50,2%	3,9%	9,1%
Valle d'Aosta	39,6%	46,5%	4,8%	9,0%
Lombardia	38,8%	50,0%	1,8%	8,2%
Trentino-Alto Adige	44,3%	45,6%	2,9%	7,2%
Veneto	39,0%	50,2%	2,7%	8,1%
Friuli-Venezia Giulia	37,2%	48,6%	4,0%	10,1%
Liguria	34,7%	50,0%	4,7%	10,7%
Emilia-Romagna	36,7%	50,3%	3,7%	9,3%
Toscana	35,5%	52,0%	3,3%	9,2%
Umbria	35,8%	52,5%	2,5%	9,2%
Marche	37,3%	51,8%	2,3%	8,6%
Lazio	40,0%	49,1%	3,6%	7,4%
Abruzzo	38,6%	51,25	1,9%	8,2%
Molise	39,3%	51,0%	1,2%	8,6%
Campania	44,4%	47,9%	1,4%	6,3%
Puglia	42,5%	50,0%	1,3%	6,2%
Basilicata	41,7%	50,0%	1,0%	7,3%
Calabria	43,4%	48,4%	1,2%	7,0%
Sicilia	42,2%	49,3%	1,6%	6,9%
Sardegna	46,0%	45,7%	1,9%	6,4%
ITALIA	39,8%	50,0%	2,7%	7,9%

Tabella 5.10: Popolazione divisa per stato civile e regioni. Dati al 2001. (Fonte: Elaborazioni dati ISTAT, Censimento 2001)

Dalla **tabella 5.11** si rileva inoltre come la presenza delle famiglie nucleari siano particolarmente presenti al Sud dove la percentuale è del 75,4% mentre quelle includenti due o più nuclei si ritrovano in modo più incide al Centro dove la percentuale raggiunge il 2%.

Al Nord invece troviamo in modo più consistente le famiglie uni personali che raggiungono la percentuale del 30,2%. È quindi, possibile affermare che nonostante le famiglie nucleari siano le più numerose sul territorio nazionale in quanto raggiungono il 71,2% rispetto al 27,4% di quelle uni personali e l'1,4% di uno o più nuclei conviventi, le percentuali più elevate si riscontrano soprattutto nelle regioni del Sud a differenza di quelle del nord dove invece si ha una maggiore presenza delle famiglie uni personali e del centro dove si scoprono più presenti le famiglie comprendenti due o più nuclei.

Guardando poi più nello specifico ai dati divisi per regione e tipologia familiare, fatta eccezione del Veneto e della Lombardia che presentano

rispettivamente una percentuale del 25,9% e del 29,1% per la presenza delle famiglie uni personali, le percentuali più elevate, si registrano nelle regioni del nord dove queste superano la percentuale del 30%.

Tra le regioni del Sud, invece, la percentuale più elevata si registra in Calabria dove si raggiunge la percentuale del 25,1%, mentre in Campania e Puglia si hanno le percentuali più basse a livello nazionale rispettivamente del 20,5% e 20,7%. Tuttavia, se si sposta l'attenzione sull'incidenza percentuale delle famiglie nucleari presenti in queste stesse regioni l'ultime presentano le percentuali più elevate registrabili a livello nazionale rispettivamente del 77,2% e del 77,9% .

Regioni	Famiglie uni personali	Famiglie nucleari	Famiglie con due o più nuclei
Piemonte	32,1%	67,2%	0,6%
Valle d'Aosta	37,2%	62,2%	0,5%
Lombardia	29,1%	70,2%	0,7%
Trentino-Alto Adige	32,1%	66,7%	1,2%
Veneto	25,9%	72,4%	1,7%
Friuli-Venezia Giulia	32,9%	65,9%	1,2%
Liguria	37,2%	61,9%	0,8%
Emilia-Romagna	30,5%	68,0%	1,5%
Toscana	28,3%	69,2%	2,5%
Umbria	26,1%	70,8%	3,0%
Marche	25,1%	72,3%	2,6%
Lazio	28,6%	70,2%	1,2%
Abruzzo	24,8%	73,1%	2,0%
Molise	27,1%	71,7%	1,1%
Campania	20,5%	77,2%	2,2%
Puglia	20,7%	77,9%	1,3%
Basilicata	25,3%	74,0%	0,7%
Calabria	25,1%	74,1%	0,8%
Sicilia	24,6%	74,3%	1,1%
Sardegna	26,9%	71,2%	1,3%
ITALIA	27,4%	71,2%	1,4%
Nord	30,2%	68,8%	1,0%
Centro	27,8%	70,2%	2,0%
Sud	15,6%	75,4%	1,5%

Tabella 5.11: Tipologie di famiglie a livello regionale. Dati al 2001. (Fonte: Elaborazioni dati ISTAT, Censimento 2001)

5.1.3 Il contesto demografico inglese

La situazione demografica inglese come quella italiana si caratterizza da un'incidenza della popolazione adulta particolarmente elevata. Secondo i dati della **tabella 5.12** la popolazione tra i 65 e i 74 anni e quella dei 75 anni e oltre raggiunge rispettivamente la percentuale del 8,35% e del 7,54% contro quella tra i zero e i quattro anni e cinque e quindici anni che raggiunge invece la percentuale del 5,96% e del 14,20%. A livello regionale Londra risulta la più giovane presentando le percentuali meno elevate per la presenza della popolazione tra i 65 e i 74 anni e 75 e oltre raggiungendo rispettivamente una percentuale del 6,53% e del 5,91% e tra le più elevate per la popolazione tra i zero e i quattro anni e cinque e quindici anni avendo una percentuale del 6,67% e del 13,53. Infine quella del South West si rileva la più vecchia raggiungendo le percentuali del 9,41% e del 9,24% rispettivamente per la popolazione tra i 65 e i 74 anni e oltre i 75 anni e del 5,48% per quella tra gli zero e i quattro anni e del 13,57% per quella tra i cinque e i quindici anni.

Ripartizione territoriale	Età					
	0-4	5-15	16-44	45-64	65-74	75+
ENGLAND	5,96%	14,20%	40,21%	23,75%	8,35%	7,54%
NORTH EAST	5,50%	14,27%	39,14%	24,54%	9,13%	7,42%
NORTH WEST	5,88%	14,81%	39,17%	24,15%	8,59%	7,40%
YORKSHIRE AND THE HUMBER	5,88%	14,57%	39,53%	23,93%	8,53%	7,55%
EAST MIDLANDS	5,73%	14,33%	39,28%	24,59%	8,53%	7,54%
WEST MIDLANDS	6,06%	14,75%	39,08%	24,16%	8,54%	7,42%
EAST	5,97%	14,13%	38,91%	24,54%	8,64%	7,82%
LONDON	6,67%	13,53%	47,38%	20,00%	6,53%	5,91%
SOUTH EAST	5,91%	14,02%	39,43%	24,29%	8,36%	8,00%
SOUTH WEST	5,48%	13,57%	37,10%	25,21%	9,41%	9,24%

Tabella 5.12: Popolazione divisa per età e area geografica. Dati del censimento 2001. (Fonte: *Office for National Statistics, 2001*)

Tuttavia, come per l'Italia anche qui il fenomeno coinvolge maggiormente le donne rispetto agli uomini. Se guardiamo infatti ai dati relativi all'aspettativa di vita alla nascita divisa per genere riportati nella **tabella 5.13** le donne vivono più a

lungo degli uomini fino a cinque anni non solo in Inghilterra ma anche nelle altre nazioni che costituiscono il Regno Unito.

<i>Ripartizione territoriale</i>	<i>Speranza di vita</i>	
	Maschi	Femmine
Inghilterra	77.2	81.5
Galles	76.6	80.9
Scozia	74.6	79.6
Irlanda del Nord	76.1	81.0

Tabella 5.13: Speranza di vita divisa per area geografica e genere. Dati al 2005. (Fonte: *Office for National Statistics, 2007*).

Confrontando, inoltre, i dati relativi al saldo naturale e migratorio nella **tabella 5.14** la regione del South East presenta un dato positivo in entrambi i casi. Tuttavia, è il secondo superiore al primo essendo rispettivamente di 7,6 mila e 12,9 mila.

Eccetto che nel North East, North West e South West il saldo naturale si presenta in tutte le altre regioni positivo, tuttavia in nessuna il saldo risulta superiore a quello migratorio. Quest'ultimo si presenta particolarmente elevato nella regione dell'East Midlands essendo di 31,1 mila mentre non raggiunge neanche le mille unità nella regione del North East che avendo anche un saldo naturale negativo di -2,6 mila ha registrato nel 2002 un decremento dell'intera popolazione del -2,1 mila.

In linea con le tendenze regionali anche a livello nazionale il saldo migratorio supera quello naturale tale per cui l'incremento di 197,1 mila della popolazione tra il 2001 e il 2002 è da attribuirsi ad un saldo migratorio di 133,61 mila e naturale di 63,6 mila. Anche in Inghilterra, quindi, l'incremento demografico è attribuibile al numero di immigrati rispetto a quello delle nascite.

Ripartizione Territoriale	Mid-2001	Nati Vivi	Morti	Saldo Naturale	Saldo Migratorio	Incremento totale della popolazione	Mid-2002
England	49.449,7	560,5	497,0	63,5	133,6	197,1	49.649,9
North East	2.540,1	25,8	28,3	-2,6	0,5	-2,1	2.538,0
North West	6.773,0	74,4	74,9	-0,5	11,0	10,5	6.783,5
Yorkshire and Humber	4.976,6	55,4	52,4	3,1	13,4	16,5	4.993,1
East Midlands	4.189,6	44,6	42,3	2,2	31,1	33,3	4.222,9
West Midlands	5.280,7	60,7	53,8	6,9	16,6	23,5	5.304,1
East	5.400,5	59,6	53,7	5,9	16,1	22,0	5.422,4
London	7.322,4	104,3	57,4	47,0	1,9	48,9	7.371,2
South East	8.023,4	87,2	79,6	7,6	12,9	20,5	8.044,0
South West	4.943,4	48,5	54,6	-6,1	30,3	24,2	4.967,5

Tabella 5.14: Saldo naturale e migratorio (in migliaia). (Fonte: *Office for National Statistics*, 2005).

5.1.3.1 La popolazione in Kent

La contea del Kent si trova nella regione del South East in Inghilterra e ha una superficie di 3,736 kmq. Il territorio, in conformità a quello inglese, è di tipo collinare e pianeggiante. La popolazione secondo le stime del 2003 del *Office for National Statistics* è di 1,599,912 abitanti divisa tra i 12 distretti che la compongono.

Nella **figura 5.1** sono rappresentati i dati relativi alla popolazione residente divisa nei dodici distretti partendo dal più popoloso che è quello di Maidstone che conta ben 141,500 abitanti fino a Dartford che si classifica invece come il meno popoloso con i suoi 86,200 abitanti.

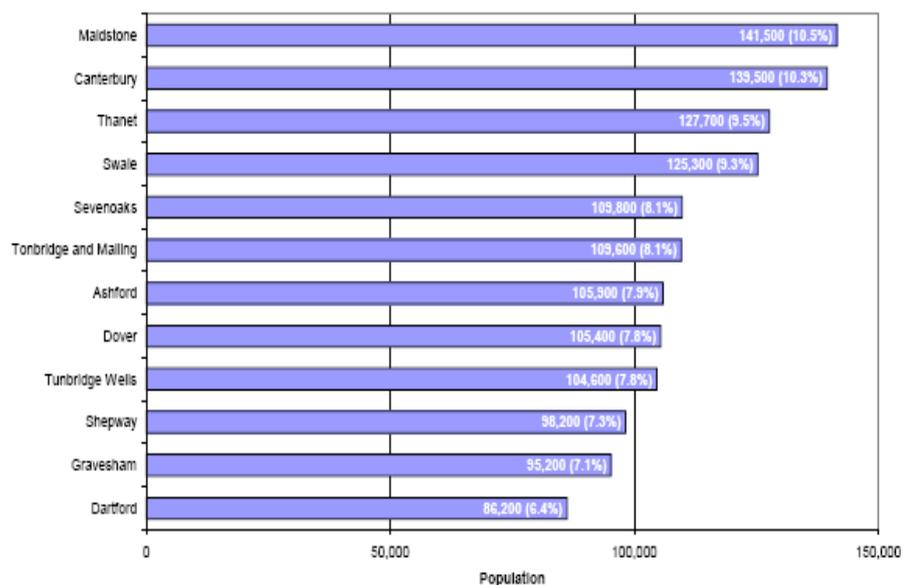


Figura 5.1: Popolazione residente nei 12 distretti, anno 2003. (Fonte: KCC, 2005a).

Prendendo in considerazione l'indice di vecchiaia per ripartizione territoriale riportato nella **tabella 5.15** Londra si riconferma come una delle regioni più giovani dell'Inghilterra con un indice del 61,6 mentre il South West come la più vecchia con un indice del 97,9. Tra le contee e le unitary authorities la più giovane è Bracknell Forest con un indice del 48,6 mentre la più vecchia è Isle of Wight in cui si ha un indice del 123,0. Il Kent, si colloca in una situazione intermedia a queste presentando un indice dell'84,0 proprio come la regione del South East che presenta un indice dell'82,1%.

Ripartizione territoriale	Indice di vecchiaia
ENGLAND	78,9
NORTH EAST	83,7
NORTH WEST	77,3
YORKSHIRE AND THE HUMBER	78,6
EAST MIDLANDS	80,1
WEST MIDLANDS	76,7
EAST	81,9
LONDON	61,6
SOUTH WEST	97,9
SOUTH EAST	82,1
Bracknell Forest UA	48,6

Brighton and Hove UA	98,0
Isle of Wight UA	123,0
Medway UA	56,3
Milton Keynes UA	44,9
Portsmouth UA	79,3
Reading UA	65,6
Slough UA	52,3
Southampton UA	79,6
West Berkshire UA	63,6
Windsor and Maidenhead UA	77,5
Wokingham UA	56,8
Buckinghamshire	69,6
East Sussex	120,8
Hampshire	80,6
<i>Kent</i>	<i>84,0</i>
Oxfordshire	74,3
Surrey	83,5
West Sussex	106,0

Tabella 5.15: Indice di vecchiaia. Dati al 2001. (Fonte: *Office for National Statistics*, Censimento 2001)

Secondo le stime dell' *Office for National Statistics*, che vanno dal censimento del 1991 alle stime del 2004 illustrate nella **figura 5.2**, il saldo naturale ha sempre avuto un andamento positivo. In particolare, negli anni '90 l'andamento delle nascite è stato superiore alle 15.500 unità fino al picco massimo raggiunto nel 1993 per le 16.500 nascite. Nello stesso anno il numero dei decessi ha raggiunto per la prima volta le 15.500 unità. Al contrario, dal 2000 al 2004, il numero delle nascite ha subito un decremento fino a quasi uguagliare il numero dei morti nel 2000. Il distacco tra nascite e morti ha infine subito un incremento solo nel 2004, anno in cui il numero delle nascite ha superato quello dei decessi per oltre le mille unità.

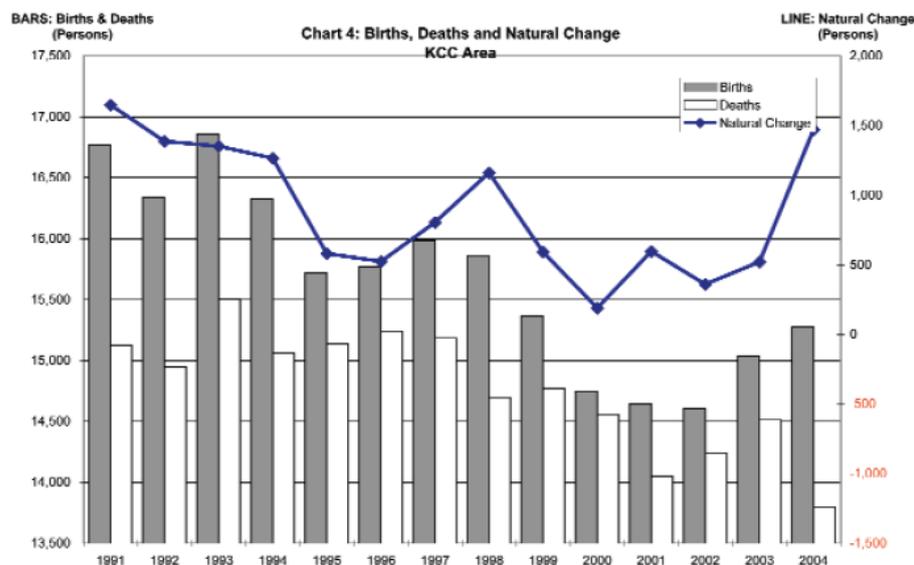


Figura 5.2: Saldo naturale in Kent 1991-2004. (Fonte: KCC, 2002)

Prendendo in considerazione il saldo migratorio, la **figura 5.3** evidenzia come questi abbia registrato l'indice più basso nel 1990 a causa del decremento delle immigrazioni fino a oltre le 10 mila unità rispetto agli anni precedenti che hanno reso il saldo addirittura negativo di -5.500 mentre quello più elevato nel 2002 grazie alle oltre 50 mila immigrazioni che hanno fatto salire il saldo a 7.100. La tendenza è stata quella di un saldo migratorio significativamente elevato rispetto a quello naturale illustrato nella **figura 5.2** con la sola breve parentesi negativa tra l'89 e il '94. Come per l'Inghilterra, quindi, anche nel Kent l'incremento demografico risulta essere dovuto al più elevato numero delle immigrazioni rispetto a quelle delle nascite.

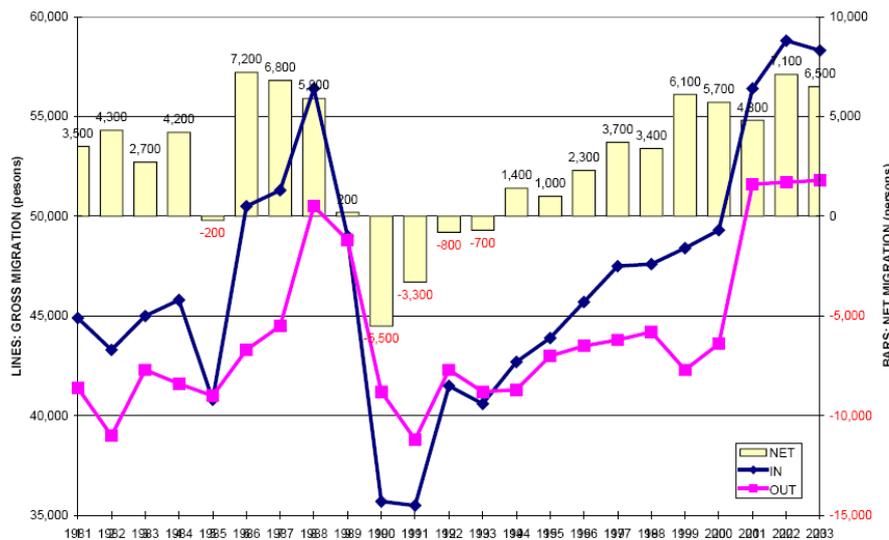


Figura 5.3: Saldo migratorio in Kent 1981-2003. (Fonte: KCC, 2005b)

5.1.4 La struttura delle famiglie inglesi

Nella **tabella 5.16** sia a livello di contea che regionale e nazionale lo status di coniuge prevale su quella di *single* e di separato o divorziato. In Kent e a livello regionale la percentuale dei coniugati si mantiene intorno al 53% mentre a livello nazionale è del 50,9% contro le percentuali rispettivamente del 26,7%, 28,4% e 30,2% dello status di *single*, del 10,9%, 10,5% e 10,6% per il numero di divorzi e separazioni e infine dell'8,7%, 8,15 e 8,3% per lo stato di vedovanza.

<i>Stato civile</i>	<i>KCC</i>		<i>South East</i>		<i>England</i>	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore Assoluto	%
Single	282.202	26,7	1.818.466	28,4	11.861.807	30,2
Coniugati/e o Risposati/e	568.686	53,7	3.397.686	53,0	19.954.494	50,9
Separati/e o Divorziati/e	115.369	10,9	672.218	10,5	4.161.840	10,6
Vedovi/e	91.818	8,7	518.056	8,1	3.259.109	8,3

Tabella 5.16: Popolazione da 16 in su divisa per stato civile e area territoriale. Censimento 2001. (Fonte: Office for National Statistics, 2001)

Facendo una distinzione delle famiglie per tipologia, dai dati della **tabella 5.17**, si rileva come quelle nucleari siano le più numerose a livello nazionale poiché raggiungono la percentuale del 63,2% contro il 30,7% di quelle uni personali e il 6,7% di quelle comprendenti altri nuclei. A livello locale nella regione del East of London e East Midlands queste raggiungono le percentuali più elevate in quanto raggiungono i valori percentuali del 66,5% e 66,4% e in quelle del South East e West Midlands del 65,1% mentre nella contea del Kent la percentuale supera quella nazionale e regionale essendo del 66,4%.

Nella regione londinese invece si riscontrano i dati più elevati a livello territoriale per le famiglie uni personali e quelle comprendenti altri nuclei con percentuali rispettivamente del 34,7% e del 12,2%

Ripartizione territoriale	Famiglie unipersonali	Famiglie nucleari	Famiglie con due o più nuclei
England	30,7%	63,2%	6,7%
North East	30,7%	64,2%	5,0%
North West	30,9%	63,4%	5,7%
Yorkshire and Humber	29,5%	64,8%	5,7%
East Midlands	28,2%	66,4%	5,4%
West Midlands	28,8%	65,1%	6,0%
East of London	28,3%	66,5%	5,2%
London	34,7%	53,1%	12,2%
South East	28,5%	65,1%	6,3%
South West	29,6%	64,5%	5,4%
Contea del Kent	28,1%	66,4%	5,8%

Tabella 5.17: Tipologie familiari per ripartizione territoriale. Censimento 2001. (Fonte: *Office for National Statistics*, 2001)

5.1 Analisi della situazione economica dei due contesti

5.2.1 Italia e Calabria

Al fine di delineare la situazione economica italiana e in particolare quella in cui si trovano le persone al di sopra dei 65 anni è bene partire dall'indice di povertà diviso per età e area geografica riportato nella **tabella 5.18**.

In essa appare evidente come siano soprattutto le persone al di sopra dei 65 anni a trovarsi in situazioni di povertà rispetto a quelle più giovani che in particolare al Sud raggiungono un indice di povertà del 25,4% contro il 13,8% nazionale.

Considerando il dato per ripartizione territoriale è, inoltre, possibile evidenziare come il fenomeno della povertà riguardi soprattutto il mezzogiorno raggiungendo in tutte le fasce di età evidenziate gli indici più elevati.

Età	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
fino a 34 anni	4,1%	6,7%	20,0%	9,5%
da 35 a 44	4,8%	6,2%	24,8%	11,5%
da 45 a 54	3,5%	5,2%	22,1%	10,1%
da 55 a 64	3,0%	4,4%	16,4%	7,5%
da 65 e oltre	7,9%	9,4%	25,4%	13,8%

Tabella 5.18: Indice di povertà per età e ripartizione territoriale. Dati al 2001. (Fonte: ISTAT, 2007a)

La conferma di una migliore situazione economica al Nord rispetto che al Sud la si riscontra anche nei dati della **tabella 5.19**, qui di seguito riportata, relativa al tasso di disoccupazione per sesso e regione.

Secondo i dati in essa presenti è possibile rilevare non solo un livello di disoccupazione delle donne superiore a quello degli uomini in tutte le regioni d'Italia ma anche un tasso per ambo i sessi più elevato nelle regioni del Sud e del Centro rispetto che a quelle del Nord.

Al Sud i tassi più elevati sia per gli uomini che per le donne si hanno in Sicilia (13,4%/21,6%), Campania (11,9%/20,8%), Puglia (11,6%/20,9%) e Calabria (12,2%/18,2) mentre al centro nel Lazio (6,4%/9,5%). Al Nord, invece, il tasso più elevato non supera il 3,3% per gli uomini presente in Piemonte e il 9,1% per le donne in Liguria.

<i>Regioni</i>	<i>Tasso di disoccupazione</i>	
	Uomini	Donne
Piemonte	3,3%	6,4%
Valle d'Aosta	2,5%	4,3%
Lombardia	3,1%	5,4%
Trentino-Alto Adige	2,3%	4,3%
<i>Bolzano</i>	2,2%	3,5%
<i>Trento</i>	2,4%	5,2%
Veneto	2,9%	6,2%
Friuli-Venezia Giulia	3,2%	5,3%
Liguria	3,2%	9,1%
Emilia-Romagna	2,7%	5,3%
Toscana	3,7%	7,3%
Umbria	4,1%	8,8%
Marche	3,4%	6,5%
Lazio	6,4%	9,5%
Abruzzo	4,5%	12,7%
Molise	8,2%	13,2%
Campania	11,9%	20,8%
Puglia	11,6%	20,9%
Basilicata	8,6%	18,4%
Calabria	12,2%	18,2%
Sicilia	13,4%	21,6%
Sardegna	9,8%	18,0%
ITALIA	6,2%	10,1%

Tabella 5.19: Tasso di disoccupazione per genere e regione. Dati al 2005. (Fonte: ISTAT, 2007b)

Il settore economico in cui si registra il maggior numero di occupati sia a livello nazionale che regionale è quello terziario. Solo nel Lazio si registra il 78,2% di persone impiegate in questo settore e in Liguria il 76,6%. A livello nazionale, invece, la percentuale è del 65,6% contro quella del 30,1% dell'industria e del 4,35 dell'Agricoltura. Quest'ultima, dalla **tabella 5.20** risulta considerevolmente presente in Calabria dove il numero di impiegati nell'agricoltura raggiunge una percentuale del 11,7%, mentre il settore industriale va a caratterizzare le Marche con una percentuale del 39,1%. Mettendo, infine a confronto i dati dei tre settori presenti nelle regioni italiane quello agricolo viene a collocarsi all'ultimo posto in tutte le regioni anche se raggiunge quelle più elevate in quelle del mezzogiorno. Considerando i dati per aggregazione territoriale questa raggiunge al Nord e al Centro la percentuale del 3% mentre al Sud del 7,4%.

Regioni	Agricoltura	Industria	Terziario
Piemonte	3,7%	35,9%	60,4%
Valle d'Aosta	5,3%	25,0%	69,6%
Lombardia	1,6%	37,0%	61,3%
Trentino-Alto Adige	5,8%	26,2%	68,2%
Veneto	3,7%	38,8%	57,5%
Friuli-Venezia Giulia	2,9%	33,7%	63,4%
Liguria	2,2%	21,2%	76,6%
Emilia-Romagna	4,3%	35,2%	60,5%
Toscana	3,9%	29,3%	66,8%
Umbria	3,7%	32,1%	64,2%
Marche	2,6%	39,1%	58,1%
Lazio	2,4%	19,3%	78,2%
Abruzzo	3,6%	29,9%	66,5%
Molise	6,4%	30,0%	62,7%
Campania	4,8%	24,4%	70,8%
Puglia	9,1%	26,3%	64,6%
Basilicata	9,1%	28,4%	62,4%
Calabria	11,7%	19,3%	68,9%
Sicilia	8,9%	18,4%	72,8%
Sardegna	6,2%	21,9%	71,9%
ITALIA	4,35	30,1%	65,6%
Nord-Centro	3,0%	32,8%	64,1%
Mezzogiorno	7,4%	23,3%	69,3%

Tabella 5.20: Popolazione lavorativa divisa per settore produttivo e regione. Dati al 2006.

(Fonte: Elaborazione dati ISTAT)

5.2.2 Inghilterra e Kent

Nella **figura 5.4** si sono colorati i distretti costituenti le nove regioni dell'Inghilterra in base alla situazione di deprivazione reddituale. In particolare, con il colore blu si è deciso di indicare quelli con l'indice più elevato, mentre con il giallo il più basso.

È possibile, quindi, affermare che è Londra la regione che presenta il maggior numero di distretti in stato di massimo degrado seguita da quella dello Yorkshire e Humber mentre quelle del East of England e South East non possiedono nessun distretto che raggiunga tale status. Tuttavia, tra le contee che compongono il South East quella del Kent, dove ha avuto luogo la ricerca, è quella in cui si

concentrano il maggior numero di distretti in condizione di degrado economico anche se comunque non raggiungo il livello massimo.

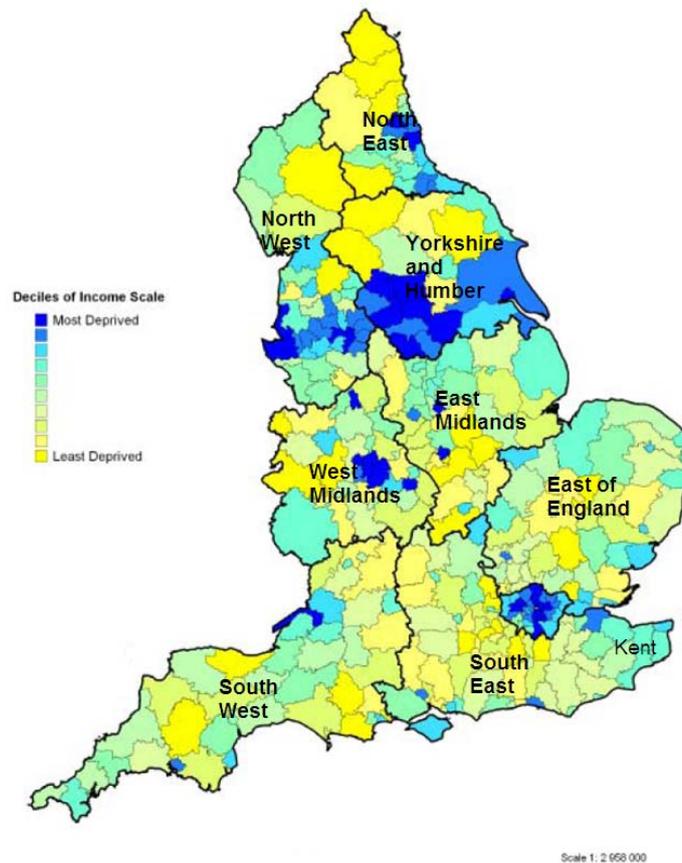


Figura 5.4: Concentrazione della povertà per area geografica. Dati al 2004. (Fonte: *Office of the Deputy Prime Minister, 2004*)

Inoltre, secondo la **figura 5.5** relativo alla situazione reddituale della popolazione inferiore ai 16 anni, il picco massimo si ha a Londra in cui la percentuale arriva al 28,2%, mentre in coerenza con quanto affermato sopra riguardo alla regione del South East questa presenta la percentuale meno elevata essendo del 13,55%.

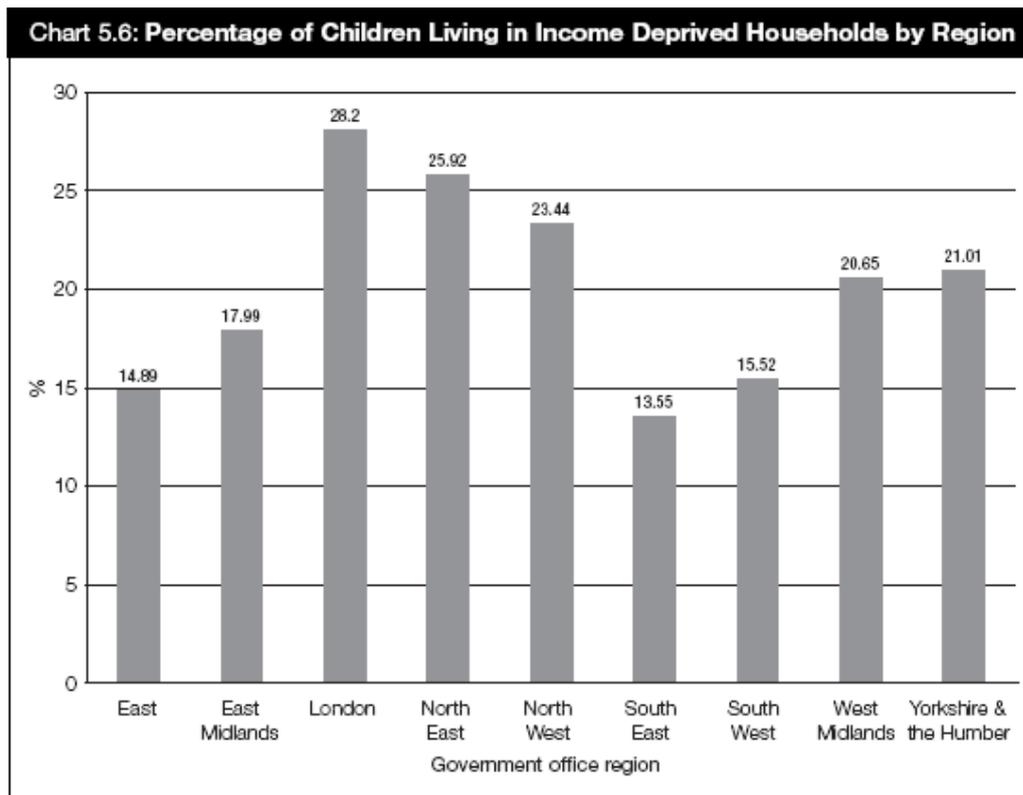


Figura 5.5: Incidenza percentuale della povertà nei bambini. Dati al 2004. (Fonte: Office of the Deputy Prime Minister, 2004)

Facendo un confronto con la condizione reddituale della popolazione anziana al disopra dei 65 anni illustrata nella **figura 5.6**, risulta evidente come a differenza che in Italia presenta una situazione di degrado inferiore a quella giovane. Questa, infatti, nonostante presenti a Londra la percentuale più elevata a confronto con quella giovane è inferiore di quasi otto punti percentuali. Inoltre, nonostante sia sempre la regione del South East quella con l'indice meno elevato, in realtà, facendo la differenza con quello dei bambini è più basso del 2,53%.

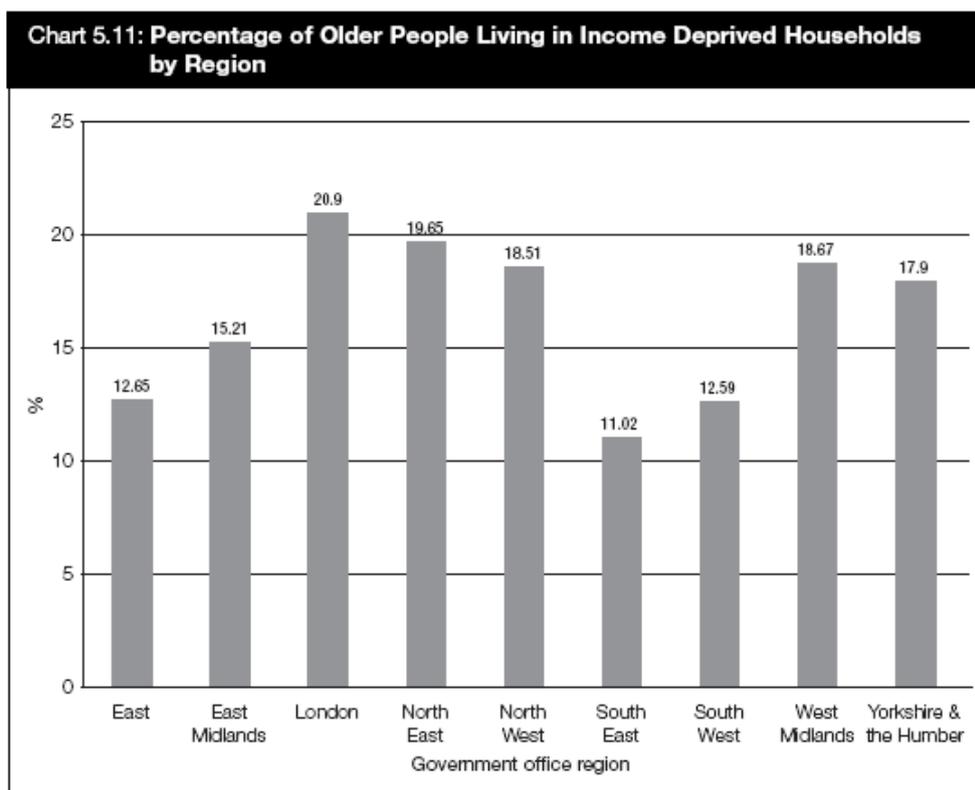


Figura 5.6: Incidenza percentuale della povertà negli adulti. Dati al 2004. (Fonte: *Office of the Deputy Prime Minister, 2004*)

Si registra, inoltre, a differenza che in Italia un tasso più elevato di disoccupazione per il sesso maschile come illustrato dalla **tabella 5.21**. Sia in Kent che nel South East e per tutta l’Inghilterra la disoccupazione maschile è maggiore di quasi un punto percentuale rispetto a quella femminile, anche se di nuovo, a differenza che in Italia dove il tasso è per le donne del 10,1% e del 6,2% per gli uomini questa non supera la percentuale del cinque per cento.

A livello di contea, infatti, l’indice è del 4,66 per gli uomini e del 3,55 per le donne mentre a livello regionale e nazionale il tasso è rispettivamente del 3,63 e 5,76 per gli uomini e del 2,91 e 4,10 per le donne.

<i>Ripartizione Territoriale</i>	<i>Disoccupati</i>	
	Maschi	Femmine
Kent	4,66%	3,55%
South East	3,63%	2,91%
England	5,76%	4,10%

Tabella 5.21: Tasso di disoccupazione diviso per area geografica e sesso. Dati al 2001.

(Fonte: Elaborazione dati ISTAT, Censimento 2001)

Facendo riferimento al settore economico, anche in Inghilterra ritroviamo la prevalenza del settore terziario dai dati della **tabella 5.22**. Quest'ultimo, in particolare, risulta essere più incidente nella regione del South East raggiungendo una percentuale del 78,36% rispetto al 75,76% presente in Inghilterra e nel Galles. Anche a livello di contea si supera la soglia nazionale con la percentuale del 76,40% e ciò vale anche per il settore primario che raggiunge la percentuale del 2,01% rispetto all'1,78% nazionale e 1,65% regionale. Infine, il settore secondario raggiunge l'indice più elevato a livello nazionale con una percentuale del 22,46% contro il 19,98% regionale e il 21,59% presente nel Kent.

Ripartizione territoriale	Settore primario	Settore secondario	Settore terziario
Inghilterra e Galles	1,78%	22,46%	75,76%
South East	1,65%	19,98%	78,36%
Kent	2,01%	21,59%	76,40%

Tabella 5.22: Popolazione lavorativa divisa per settore produttivo e area geografica. Dati al 2001. (Fonte: *Office for National Statistics*, 2001)

Conclusioni

Tirando le somme di un percorso analitico di tipo quantitativo relativo al contesto sociale ed economico dell'Italia e dell'Inghilterra, è possibile affermare che dal punto di vista demografico la popolazione di ambo i contesti stia invecchiando. In particolare, in l'Italia la popolazione al di sopra dei 65 anni ha raggiunto la percentuale del 19,9% mentre in Inghilterra quella dai 60 ai 74 anni presenta una percentuale del 10,9% e quella superiore ai 75 del 7,7%.

Ciò ha trovato riscontro non solo nell'incremento della vita media alla nascita, che si aggira in entrambi i contesti per le donne agli 80 anni e per gli uomini ai 77, ma anche nei bassi tassi di natalità che hanno portato in alcuni casi sia in alcune regioni italiane che in alcune regioni inglesi a registrare un saldo naturale negativo. Fanno eccezione a questo *trend* la Calabria e il Kent. Tuttavia, mentre in Calabria il saldo demografico è risultato negativo a causa della forte emigrazione, in Kent questo è risultato positivo a conseguenza di un elevato numero di immigrati oltre a quello naturale.

Allargando, poi, l'analisi alla configurazione strutturale delle famiglie si è rilevato come nonostante l'incremento del numero degli anziani e la diminuzione della popolazione giovane, quelle nucleari, composte da due o più persone, continuano a prevalere nei due contesti.

Le differenze più significative si sono, invece, riscontrate nell'analisi del contesto economico. In Inghilterra, infatti, la povertà è risultata complessivamente poco incidente, in particolare nella regione del South East, e più diffusa tra la popolazione giovane rispetto a quella più adulta, in Italia invece questa non solo si è rilevata più concentrata al sud, ma anche più presente tra la popolazione anziana.

Dal punto di vista regionale, la Calabria è stata indicata fra le regioni che hanno i tassi di disoccupazione più elevati raggiungendo il 12,2% per gli uomini e il 18,2% per le donne a livello nazionale mentre il South East quella in cui si sono registrati i tassi più bassi essendo del 3,63% per gli uomini e del 2,91% per le donne e nello specifico in Kent del 4,66% per gli uomini e del 3,55% per le donne.

A livello nazionale, inoltre, la mancanza di lavoro ha riguardato soprattutto gli uomini nel contesto inglese raggiungendo una percentuale del 5,76% e del 4,10% per le donne, mentre in quello italiano gli indici più elevati hanno riguardato le donne con percentuali del 10,1% contro quelle maschili del 6,2%.

Infine, spostando l'attenzione ai settori economici occupazionali è stato il terziario a prevalere in entrambi i contesti analizzati.

PARTE III

I Risultati

Capitolo 6

I servizi socio-sanitari agli anziani in Kent

Premessa

Le più recenti iniziative politiche da parte del governo inglese, come illustrato nel capitolo terzo, sono state rivolte alla permanenza dell'anziano all'interno della propria casa e comunità. L'obiettivo di questo capitolo è quello di descrivere i servizi residenziali e comunitari, previsti dalla legge nazionale ed erogati a livello locale nella contea del Kent, delineando i punti di forza e debolezza riscontrati da parte di chi opera nei servizi ed evidenziando le modalità con cui questi influenzano la qualità della vita anziana.

6.1 Il servizio domiciliare: l'esperienza dell'*intermediate care*

Il termine anglosassone “*intermediate care*” significa letteralmente “*assistenza intermedia*”. In realtà con tale terminologia si viene a designare un nuovo livello di assistenza destinato a collocarsi tra quello residenziale e comunitario. Si tratta di un insieme di prestazioni a carattere gratuito, sia di tipo riabilitativo che terapeutico, da effettuarsi (a seconda dei casi) a domicilio o all'interno delle strutture residenziali, per un periodo massimo di sei settimane. Il fine è quello di recuperare, anche solo parzialmente, l'autosufficienza dell'anziano in modo da permettergli di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita nel momento in cui una malattia o un evento (ad esempio una caduta) possono comprometterne lo stato di salute al punto da determinarne l'ingresso negli ospedali e poi negli istituti di cura:

“We provide things like recuperative care beds for six weeks to help people to be independent in their own home in case of fall or something like that... and that is an excellent resource and innovation to keep people at home... because it gives to people a second opportunity to be independent... for example if we have people who cannot use the left hand we can help them

to use the other one to do everything they need to stay at home, so we help them to cook, dress and so on by themselves [...]” **(Intervista n°1: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“We have got team for rehabilitation care who provides the care mostly at home and sometimes in residential home and we have got rapid response that is more acute in the first four or five days and recuperative care which attend to be stand around bed... now all of these services are part of intermediate care service which works to increase person confidence in order to be able to get at home very quickly [...] there is more response to let people to stay in their own home now [...] intermediate care services are increasing the level of independence of people so most of them do not need of long term care anymore” **(Intervista n°2: Responsabile servizi sanitari agli anziani).**

Riportando quando stabilito dall’*NHS Plan 2000*, *l’intermediate care* comprende i seguenti trattamenti:

- *Rapid response care: made up of nurses, care workers, social workers, therapists and GPs in order to provide emergency care for people at home and helping to prevent unnecessary hospital admissions;*
- *Intensive rehabilitation services: to help older patients regain their health and independence after a stroke or major surgery. These will normally be situated in hospitals;*
- *Recuperation facilities: many patients do not always need hospital care but may not be quite fit enough to go home. Short-term care in a nursing home or other special accommodation eases the passage;*
- *Integrated home care: so that people receive the care they need when they are discharged from hospital to help them live independently at home.*
- (DoH, 2000).

Generalmente, in ambito sanitario questi coinvolgono l’infermiere domiciliare per la somministrazione di flebo o farmaci in via endovenosa e la medicazione delle ferite o piaghe da decubito, e il fisioterapista e il terapeuta occupazionale per

il recupero delle capacità motorie. Il fisioterapista interviene curando le lesioni che possono colpire l'apparato muscolare e articolare mentre il terapeuta occupazionale pianifica una serie di attività motorie, in base ai deficit della persona, finalizzate a renderla nuovamente autonoma nella vita quotidiana. Di quest'ultime fanno anche parte le attività formative per l'uso degli ausili sanitari e per le modalità di movimento in relazione allo spazio abitativo evitandole così il rischio di cadute.

Ciò che qui più conta sottolineare è che, sia nel caso degli interventi a scopo fisioterapico che occupazionale, l'obiettivo comune è il raggiungimento dell'autonomia dell'anziano risanando *in primis* il livello di fiducia verso le sue abilità residue:

“We make people able enough to achieve their independence and to manage on their own at home... so we promote their mobility and the most important thing is to promote their confidence... because if they had a fall or any injury they are not confident. So, if they were used to wash and dress themselves and go out and shopping or drive...just because of they are afraid to fall again, they do not want to do the same things again... so they lose their confidence and what we do is to work on their confidence to let them be able to do things they used to do again in their own home”
(Intervista n°53: Fisioterapista).

“I work within the intermediate care team and I am a physiotherapist and my job is go around and assess people walking to keep them independent as long as possible [...] the best way to help old people is to give them independence to make them as independent as possible to make them realize that life is not over just because you have got trouble in walking... to make them realize that they have got a lot of options available to live a good life... and so encourage them to go shopping because if they need a wheelchair for example does not mean that they cannot do nothing ... we have to make them feel that they can do things if they want to... you know”
(Intervista n°49: Fisioterapista).

“Uhm... try to identify where we can help them to be independent... and we work on the clients wishes and where they want to get back doing and we work to achieve what they want basically... so really just promoting their

independence and encourage them to be confident to go back to do things”

(Intervista n°52: Terapista occupazionale).

Dal lato socio-assistenziale, invece, si dà agli anziani un valido aiuto per la pulizia della casa, per le commissioni esterne e per l'igiene personale, quando non riescono a farlo da soli, pur incoraggiandoli a un minimo di indipendenza e autonomia anche in questo genere di attività:

“We provide assistance in their own home... so we help them with washing, dressing and we prepare meal for them, and we go shopping for them or we help them to pay their bills... and we do domestic tasks [...] we try to encourage them to do things from themselves if they possibly can ... we try to encourage them to wash themselves as much as they can and we do the rest, you know” **(Intervista n°29: Responsabile agenzia servizio domiciliare).**

“We encourage them to do as much as they can and you know when we help people with washing or dressing we always encourage them to wash their face or hands by themselves” **(Intervista n°36: Assistente domiciliare).**

Lo scopo del governo, e poi di chi gestisce il *budget* economico per l'erogazione dei servizi sociali e sanitari a livello locale, è quello di ottenere nel lungo periodo, attraverso questa nuova tipologia di servizi, una riduzione dei costi grazie al decremento delle cure residenziali e ospedaliere molto più costose di quelle riabilitative e terapeutiche di breve periodo, sia residenziali che domiciliari, oltre a porre rimedio alla mancanza dei posti letto negli ospedali o “*bed blocking*” causata dal ricorso inutile alle strutture ospedaliere:

“[...] if you choose the most appropriate service you also have the most effective cost... for example if people go to hospital is more expensive than keeping them in their own home but at the same time if you keep them at home inappropriately they become more ill so in a second time you will spend more to give them the care in hospital. So it is the case that always

people choose the right service for the patients to have the most effective cost” (Intervista°2: Responsabile servizi sanitari agli anziani).

“We are investing to prevent hospital or residential and nursing care so, although now we are spending a lot of money to stop people going into hospital, in the future we will save more because we will spend less in acute sector...” (Intervista n°7:Responsabile servizi sociali agli anziani).

“We are providing more services and we are providing better services but we are reducing the costs of the acute services in the hospital keeping old people at home” (Interview n°4: Responsabile servizi sanitari agli anziani).

Tuttavia, secondo i professionisti intervistati l’assistenza residenziale, anche quando parte dell’*intermediate care* non è sempre raccomandabile. Gli anziani, infatti, una volta entrati negli istituti di cura tenderebbero ad adattarsi verso una situazione di vita passiva¹, anziché attiva, che li scoraggerebbe a far ritorno a casa:

“[...] sometimes can happen that people go to hospital for fall reasons or whatever and when they are discharged in the hospital they go into temporary residential provision for a period of time and they may feel very comfortable there... so they are not self-confident about returning at home again” (Intervista n°1: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“Uhm... when they go into a residential or nursing home everything is done for them so they do not cook from themselves and they do not clean from themselves because there is always a carer around there to help them. They get lazy and they do not do things from themselves so yes... they get depressed because they are not motivated to do things” (Intervista n°36: Assistente domiciliare).

L’assistenza a domicilio risulta, così la più appropriata. Quest’ultima tramite l’*intermediate* ha subito ad oggi una progressiva medicalizzazione delle

¹ Capitolo otto.

prestazioni offerte poiché finalizzata ad anziani a rischio di istituzionalizzazione. Ciò ha posto la necessità di migliorare le qualifiche degli assistenti domiciliari (*care workers*) chiamati ad affiancare i professionisti sanitari in questo nuovo livello di assistenza.

The National Minimum Standards for Domiciliary Care del 2003 ha richiesto il raggiungimento del livello due del *National Vocational Qualification*² per lo svolgimento dell'attività professionale di assistente domiciliare aumentandone così lo status e la paga. Da quando rilevato, molti hanno anche il livello tre oltre ad aver svolto diversi *training* quali di primo soccorso, di nutrizione enterale, somministrazione dei farmaci, controllo delle infezioni e violenza sugli adulti:

“[...] some of them has got the level two and most of the our staff has got the level three... and plus all staff have to be trained for health and safety fire, nutrition, adult abuse, uhm... infection control, drug administration [...]” (Intervista n°29: Responsabile agenzia domiciliare).

“They have got National Vocation Qualification... which is an national standard and most of them have the level two... and some of them have got the level three which is a little bit higher” (Intervista n°26: Responsabile agenzia domiciliare).

Nonostante, a livello nazionale si stia cercando di rivalutare il ruolo degli assistenti domiciliari quest'ultimi continuano ad essere poco rispettati da parte dei professionisti sanitari che difficilmente prendono in considerazione le segnalazioni che effettuano in relazione alle condizioni socio-sanitarie del paziente:

² Il *National Vocational Qualifications (NVQs)* sono riconoscimenti professionali che si raggiungono attraverso training di tipo soprattutto pratico che indicano il livello di capacità di svolgere un lavoro. I livelli stabiliti a livello nazionale sono cinque. Coloro che raggiungono il primo livello hanno la capacità di svolgere le attività lavorative di routine, nel secondo non solo sanno svolgere tali attività ma dimostrano anche di potere gestire quelle meno ricorrenti e che richiedono una maggiore responsabilità oltre alla capacità di collaborare con altri, al livello tre poi si aggiunge anche la capacità di guidare altri nello svolgimento delle attività lavorative mentre nel quarto i professionisti devono anche essere in grado di prendersi la responsabilità del lavoro svolto da altri e di gestire le risorse. Nell'ultimo e quinto livello infine devono dimostrare di essere in grado di effettuare analisi e diagnosi per poi pianificare, progettare, implementare e successivamente valutare gli obiettivi raggiunti.

“[...] very often health professionals, especially district nurses, look down on carers and say you are not qualified and you do not know what we are talking about ... even though we go to the clients’ home twice a day ,every day of the week ,the district nurses still think that they are better qualified to talk about clients than us... so there is still some lack of respect I think from some district nurses, you know, they do not seem to appreciate that in these days carer has to be qualified [...] we have got qualification and we do training but they still tend to think that they are a lot better than us to provide the care [...] district nurses have to be prepared to listen to the carer because carer do know what they are talking about and I think that district nurses have to accept that when the carer assess that there is a problem... there is a problem!” **(Intervista n°29: Responsabile agenzia domiciliare).**

Inoltre, dalle testimonianze raccolte è risultato come gli assistenti domiciliari continuino ad essere scambiati per inservienti da parte della società. In molti casi pare siano addirittura maltrattati da parte degli utenti in quanto considerati come schiavi al loro servizio:

“Negative sometimes... the only negative thing that I can think of is that sometimes the carers are very kind very well trained and respectful, but sometimes the elderly can be very very rude to the carers” **(Intervista n°18: Responsabile struttura residenziale).**

“At the moment there is a good relationship between clients and staff and the only negative side it is that clients can be very rude sometimes to the staff... they can shout to the staff or they can be really abusive to them and they can sometimes hit them and so it can be quite hard for the staff” **(Intervista n°24: Responsabile struttura residenziale).**

“Sometimes they think that we work for them as servants” **(Intervista n°32: Assistente domiciliare).**

È per questi motivi insieme alla mancanza di adeguate condizioni di lavoro che la professione di *care workers* continua a non voler essere svolta, se non da pochi in Kent:

“[...] sometimes is difficult to get the staff because is really a poor job... you know is not a good job to have for money” (**Intervista n°3: Responsabile servizi sociali agli anziani**).

“[...] Quite often the agencies we use are not able to provide the care at the time we ask for the client because they do not have enough carers to do that... so it is not always easy to set up the care package so sometimes we have one agency that is able to cover the morning call and another one to provide the evening call for the same client... so you have got two different agencies to go in and that is not good for the clients [...] carers job is unvalued it is not particularly good paid... uhm... people tend to think that everybody can be a carer... but no everybody can do that... and it is really a difficult work” (**Intervista n°12 : Responsabile servizi sociali agli anziani**).

6.2 La valutazione dei bisogni e l'erogazione dei servizi

La decisione relativa al come, al quando e al chi erogare la cura in Kent avviene attraverso un processo di *assessment*, o valutazione dei bisogni dell'utente, che coinvolge inizialmente il *care manager*, il cliente, i familiari, l'assistente sociale e successivamente, se necessari al soddisfacimento dei bisogni rilevati, anche i professionisti sanitari:

“Uhm... we identify the area where they have got difficulties and we try to address the deficits and we look at what they can do, and we try to look at the things they are able to do and we try to improve that. So, I suppose from the medical prospective, we promote their independence looking at what their medical needs are and sometimes we have to activate social care because people can need of washing, dressing and things like these to remain in their own home. So, when we do an assessment, we have to look at their social needs as well and contact the care manager of the social services if it is necessary” (**Intervista n°41: Infermiere domiciliare**).

“... the services that we provide depend on the assessment of needs, so the first thing is that the care manager does an assessment to identify with the client the area of need and where the needs are quite complex... it is about looking at joint-provision services... so we do a joint assessment with the health colleagues and from there we have to talk about a care plan to satisfy those needs... so... for example somebody who has got palliative care needs may need of health care from district nurses and on the other side may have help for housework and shopping from social services... so the package of care may be a joint package in which health and social services get together to provide the care and in this particular area we work very well together for the interest of the client...” **(Intervista n°1: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

Quando, quindi, i bisogni del cliente sono sia sanitari che sociali, come per l'*intermediate care*, il processo di *assessment* diventa un *joint assessment*, ovvero una valutazione congiunta dei bisogni sanitari e sociali. In questo caso, la possibilità di avere a disposizione *team* sociali e sanitari pronti a lavorare in modo sinergico sul territorio permette all'anziano di beneficiare di competenze multi professionali capaci di soddisfare le sue esigenze fisiche, psicologiche e sociali abbracciando così appieno la prospettiva multidimensionale della qualità della vita portata avanti dal modello bio-psico-sociale di cui si è parlato nel primo capitolo:

“The positive side can be the interprofessional working and joint commissioning to keep people at home and what we have here is that health and social professionals work very well together... and we have in particular intermediate care program to do that... so when it is necessary... for example if there is a complex case, we do a joint assessment with health professionals...” **(Intervista n°6: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“... we provide intermediate care which is funded by both health and social services so there is a very much partnership and that include rapid response and rehabilitation services where we have occupational therapists, physiotherapists, nurses, care workers and social workers [...] we have joint responsibility because people to stay at home need of social and health

support together...” (Intervista n°10: Responsabile servizi sanitari agli anziani).

La gestione ed erogazione dei servizi viene, poi generalmente affidata da parte dei *care managers* alle agenzie private siano esse *for-profit* o *non-profit*. Secondo quanto rilevato, una volta che il servizio viene ad esse affidato si viene ad instaurare un rapporto pubblico - privato di tipo contrattuale secondo il quale il primo controlla e finanzia il secondo che invece provvede alla gestione ed erogazione del servizio. In questo caso la figura del *care manager* del dipartimento del servizio sociale locale non solo ha la responsabilità di decidere a chi o meno affidare l'erogazione del servizio, in base ai bisogni dell'utente, ma anche di monitorare le sue condizioni di salute durante tutto il periodo in cui usufruisce dello stesso³:

“Social Service Department have got a real important role because they do the assessment for each of our clients to decide what they need... and pay for them when they are not able to pay for the care they need... so we collaborate with the care manager quite often because we have got their clients who receive the care here and so they have to be informed about them... so the care manager comes here every six weeks to see if her client is improved here or deteriorated and if she finds that her clients are improved she usually moves them from here that is a nursing home to a residential home and if they improve from there she moves them into their own home and that is because SSD are trying to keep people in their own homes as long as possible” (Intervista n°22: Responsabile struttura residenziale).

“[...] we have got private client and KCC clients so for these ones the care manager comes in every six months to review the care needs of their clients and to make sure that we look after them correctly... and if there are any problems we discuss to be able to address their needs better and when they first come in, social services give us a care plan for that person for what their needs are and what they expect from us to address them...” (Intervista n°23: Responsabile struttura residenziale).

³ Cfr. Capitolo tre.

Ma, affinché l'utente abbia la possibilità di usufruire dei servizi è necessario che le condizioni di bisogno e reddito soddisfino i criteri di eleggibilità stabiliti dal *Social Service Directorate eligibility criteria*⁴.

Il problema ad oggi è che le risorse a disposizione, non riuscendo a far fronte all'incremento della domanda dei servizi per l'aumento della popolazione anziana⁵, hanno spinto tale organo a stabilire criteri sempre più rigidi in modo da ridurre il numero delle persone che usufruiscono delle prestazioni nonostante quest'ultime, specie quando parte dell'*intermediate care*, sono più intense che in passato:

“The problem is that there is an increasing request of domiciliary services so there are too many services to deliver but we can't because there is lack of resources so if ten years ago we provided services to everybody now is different because we have made more difficult to the client to access to the services [...] there are the eligibility criteria so we are providing less and this because we must provide services within our budget and we cannot provide services to everyone who may want them” **(Intervista n° 1: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“Uhm... funding is the biggest issue... because there is a big demand for community care services but we have not got enough money to provide more” **(Intervista n°52: Terapista occupazionale).**

L'anziano che soddisfa i criteri di eleggibilità ha quindi la possibilità di usufruire del servizio domiciliare che consiste generalmente in una o quattro visite domiciliari al giorno in base ai bisogni:

“Uhm... well... if someone needs of help at home we can offer twice or four times a day of personal care, uhm... things like dressing, shopping, or housework” **(Intervista n°1: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

⁴Appendice B.

⁵ Cfr. Capitolo cinque.

“ I think that they have a very good quality of assistance... for example some people can have four visits a day and this is quite good I think...” **(Intervista n°38: Infermiere domiciliare).**

“It depends on their needs but it is usually once a day for five days a week and could be two or three times a day if patient require it” **(Intervista n°13: Responsabile servizi sanitari agli anziani).**

Il processo di *assessment* si dimostra particolarmente importante nel dar voce all'utente e alla sua famiglia nel definire i servizi di cui hanno bisogno. In tal senso è possibile affermare che se la qualità della vita è data dal soddisfacimento dei bisogni bio-psico-sociali della persona⁶, definire esattamente quali essi siano coinvolgendola nel processo decisionale è sicuramente il modo migliore per soddisfarli, poiché ciò fa sì che siano i servizi ad adeguarsi ai bisogni e non il contrario:

“During the assessment we involve them to know what they want because it is important to find out what they want... and we try to find out what people can do and what they cannot do to promote their independence” **(Intervista n°11: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“The assessment is always carried on with the patients and it always focuses on what the patients want and the family as well” **(Intervista n°13: Responsabile servizi sanitari anziani).**

Il processo permette, quindi, di sviluppare piani di intervento individuali che coinvolgono al momento dell'erogazione anche il responsabile del servizio, il quale utilizzerà le informazioni raccolte per potenziare l'autosufficienza dell'utente anziano:

⁶ Capitolo uno.

“When they come in we develop an assessment to know what they can or cannot do and then we try to keep what they are able to do as long as possible” **(Intervista n°19: Responsabile struttura residenziale).**

“They are involved during the assessment so we talk to clients to find out what they needs and interests are and to know what they want... all these sort of things will be part of their care plan so it is really oriented to the individual” **(Intervista n°26: Responsabile agenzia servizio domiciliare).**

È bene sottolineare, però, che non sempre l’anziano si trova in una condizione di *empowerment*⁷ nel processo di *assessment* poiché a decidere sono soprattutto i professionisti. Le informazioni rilevate dalle interviste, infatti, suggeriscono che gli utenti non vengono considerati capaci di poter decidere della loro vita:

“[...] quite often care managers do not actually ask to the clients what they want but they just say: “ your needs are these... you know ... ” **(Intervista n°36: Assistente domiciliare).**

“[...] sometimes because we are professionals we think to know what people need so we do not actually listen to them very much” **(Intervista n°48: Assistente sociale).**

“The best way to help old people is to include them and a lot of the times old people do not know what services we provide... so one of the way to help old people is to be able to communicate what effectively we do...” **(Intervista n°7: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

Accade quindi che non sempre l’anziano vuole ricevere i servizi che gli vengono offerti siano essi domiciliari che residenziali:

“They are not always respected in their own decisions you know ... so sometimes they go into residential or nursing home not for their own decisions” **(Intervista n°51: Terapista occupazionale).**

⁷ Cfr. Capitolo uno.

“[...] I think sometimes we get difficult clients... who we find very difficult to help... because they are not prepared to receive help...”

(Intervista n°26: Responsabile agenzia servizio domiciliare).

Secondo le testimonianze dei professionisti sociali e sanitari in coloro che ricevono i servizi a domicilio subentrano difficoltà psicologiche ad accogliere estranei in casa e a collaborare con l'operatore per migliorare il proprio stato di salute:

“[...] we enter in their own house and sometimes they say no because they do not want nobody in their house... because they are frighten to have someone who comes in their own home ... you know”

(Intervista n°30: Responsabile agenzia servizio domiciliare).

“Uhm... clients are the big issue because if they do not want to be helped at home you cannot forced them... you cannot help them because you cannot make people do exercises if they do not want to or you cannot make them want to steak if they do not want to... you know... and if people have lived in their own home for eighty years defiantly you cannot make them want to go into a residential home to be looked after if they do not want to move into a residential home... so people make the difference I think”

(Intervista n°49: Fisioterapista).

Per gli anziani, invece, che entrano nelle strutture residenziali non per loro scelta, si spegne la voglia di vivere:

“If they do not want that, they can get depressed and give up you know... so I think residential care works for people who really want to go there and who understand why they are there”

(Intervista n°11: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“It can be... if it is not what they really want... I saw people who did not want to come here they wanted to stay in their own home so then they just give up so what we have to do is to look at the individual person and assess each person and their needs and look at what they really really want and if

they want to stay at home to die we have to provide a package of care to keep them there and support them to live their last days in their own home but some people want to come in a residential home because they want to see people around them or they want to be safer. So it depends on each person really” (Intervista n°15: **Responsabile struttura residenziale e centro diurno anziani**).

6.3 Gli ostacoli alla collaborazione socio-sanitaria

L' *intermediate care* se da un lato sta incentivando sul territorio la collaborazione tra sociale e sanitario, dall'altro sta mettendo in risalto la necessità di superare gli ostacoli per una più immediata collaborazione tra i servizi sociali e sanitari, primo tra tutti, quello di appartenere a due enti differenti.

I dipartimenti dei servizi sociali (Social Service Department) e le autorità sanitarie locali (Primary Care Trust) sono in realtà due organismi separati che agiscono sul territorio in base a proprie priorità, risorse e procedure. Quello che spesso accade, quindi, è l'incapacità di entrambi di raggiungere in modo immediato un accordo su cosa erogare e sui costi da sostenere:

“... a good example is if I have a client who I have thought to need more help involved so a person who cannot move or who is very dependent I will say that he/she needs of health care but the health authority could say no because, you know this person is quite instable nothing can happen, so social services can take that person at home. So sometimes is difficult to decide who should provide the care but usually the manager of social and health service decide who have to pay and how to provide the care [...] the health services have their manager and the social services have their manager and who has to pay depend on who has the level of responsibility for it... so quite often there are disagreements about the funding in the services... they argue between themselves about how to spend money and to keep as well so the problem is who is going to pay than on the needs of the client...” (Interview n°1: **Responsabile servizi sociali agli anziani**).

“... we have different budget, targets, priorities and criteria and we have completely different departments and health and social professionals are

employed by different people but all we work for the same client so it is crazy... do not you think?...” (**Intervista n°6: Responsabile servizi sociali agli anziani**).

Il muro più difficile da abbattere è certamente quello dell'appartenenza a due modelli di intervento differenti che storicamente si sono affermati: uno bio-psico-sociale e l'altro sanitario⁸. Il primo, poiché finalizzato a considerare il benessere individuale a livello globale, richiede tempi di valutazione dei bisogni e dei servizi da erogare molto più lunghi del secondo la cui priorità è quella di apportare la guarigione fisica del malato:

“Well... health professionals tend to follow the medical model in the care so they want to fix people and their problems and they do not understand what means for people live with their problems and because of we work in the social model they do not always understand our point of view... because we do not do anything before understanding what people want ... so we let them choice in the care... because you cannot put people into residential or nursing homes if they do not want it... you know” (**Intervista n°11: Responsabile servizi sociali agli anziani**).

“The social professionals tend to be very slow in the response time so their assessment is not quickly enough... so for example if people are discharged from hospital and need of a package of care very quickly there is not rapid response capacity from them because it usually takes at least two weeks... I think social services sometimes need to be more responsive because they are not responsive as we like to be” (**Intervista n°40: Infermiere domiciliare**).

Il modello medico dell'intervento di aiuto dando priorità alla guarigione biologica del paziente ha sempre conferito un ruolo di prim'ordine al medico rispetto alle figure professionali sociali che ancora oggi, secondo quanto

⁸Capitolo uno.

riscontrato dalle interviste, nonostante la rivalutazione del loro ruolo⁹ per il benessere individuale, continuano ad essere poco riconosciute e rispettate da parte dei professionisti sanitari:

“I think that medical professionals feel more superior than us and they feel that they know the answers and the way they work is very prescriptive while we work for the social model so we ask clients what they want and we try to discuss with the clients about their needs we do not prescribe anything to them” **(Intervista n°44: Assistente sociale).**

“... I think that sometimes health professional tend to consider themselves as the real professionals in the care...” **(Intervista n°3: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“Health professionals sometimes tend to feel more concerned about the client’s needs than social professionals” **(Intervista n°13: Responsabile servizi sanitari agli anziani).**

In realtà, secondo alcuni continua a mancare una chiara consapevolezza del ruolo professionale dell’assistente sociale:

“Yes. That, I feel a lot... this is my own personal opinion I think that generally other professionals do not respect social professionals because I think there is lack of understanding about our role...” **(Intervista n°43: Assistente sociale).**

“I think that people mainly do not know what social worker actually does... I think there is a negative attitude about social services because there is a great misunderstanding about their role...” **(Intervista n°42: Assistente sociale).**

È qui che lo sviluppo di un percorso formativo integrato tra professionisti sociali e sanitari sta diventando la risposta più efficace ad incentivare la

⁹Il riconoscimento della professione dell’assistente sociale si ha in Inghilterra nel 1970 con la costituzione del “*British association of social work*”.

conoscenza reciproca e la condivisione delle diverse esperienze e conoscenze formative in Kent:

“... if you look at the Christ Church now there is a lot of interprofessional training between health and social professionals so I think the next generation of social workers and nurses will have much more idea about how each other works... or... what each other does and will be more aware of working together...” **(Intervista n°1: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“... there is a lot of joint training at the moment between health and social services and that means that in the future we will have much more idea about how each other works so I think that something is changing hopefully...” **(Intervista n°42: Assistente Sociale).**

Tuttavia, l'appartenenza ad una medesima organizzazione e quindi anche la possibilità di lavorare insieme sotto lo stesso tetto, insieme alla gestione di un budget comune è la più auspicabile per ottenere una collaborazione più proficua secondo i professionisti intervistati:

“[...] at the moment we do not belong to the same team... and because of we actually do not work together in the team and in the same office sometimes we do not understand how each other works... so sometimes could be very frustrating work together... because for example we assess the client's needs very quickly while for social services it takes a little bit too longer but if we worked together they could see how frustrating is our work and we could understand why they take so long time to do an assessment for a client...” **(Intervista n° 54: Fisioterapista).**

“[...] health services continue to be free at the point of use and social services are means tested so we do not have a joint budget and we belong to different organisations but I think that we can actually improve coming together into one organisation where to work together in a more similar way...” **(Intervista n°4: Responsabile servizi sanitari agli anziani).**

“We are in separate buildings so could be more nice to work together in one building... under the same roof to make much more easier to talk and to

arrange the care...” (Intervista n°9: Responsabile servizi sociali agli anziani).

A questo proposito, in attesa di una maggiore integrazione tra i servizi, i professionisti hanno spesso dichiarato di risolvere generalmente le divergenze di opinione attraverso il dialogo:

“[...] often is the case of sitting down understanding two points of view and being able to look at the needs of the person... and I think that there is enough respect between health and social colleagues to be able to do that... so communication is always the best way...” (Intervista n°2: Responsabile servizi sanitari agli anziani).

“We have not got common values and the culture is different because they work for the medical model and we work for the social model so there are differences in what we do... but we communicate each other to try to understand each other point of view” (Intervista n°44: Assistente sociale).

6.4 I Direct Payments

In Inghilterra in generale, e in Kent in particolare, con l'introduzione del *Community Care Act* del 1996 si è offerta la possibilità alle persone disabili di età compresa tra i 18 e i 65 anni di accedere ai *direct payments* che a partire dal 2000 sono stati estesi anche agli anziani.

I *direct payments* consistono in contributi economici erogati al posto della fornitura dei servizi, attraverso cui l'utente ha la possibilità di provvedere da sé all'acquisto di quest'ultimi decidendo non solo il tipo di aiuto ma anche da chi e quando riceverlo, definendo così il proprio pacchetto di assistenza (*package of care*). Come per i servizi di *intermediate care* anche questi vengono posti come alternativi alla scelta di lunga istituzionalizzazione per cui non possono essere usati a questo fine:

“... but now what we are trying to do is moving away from these traditional services providing direct payments that give to people more

control of domiciliary care because more flexible... so the culture and the services delivered are changing [...] we are trying to move the responsibility away from us and empower people to take more control of the care that receive ... and direct payment is one of the best way to do that because it is more flexible than other services because people can choose when and how have the care. So for example, if a person wants respite care during the Christmas holiday what we are doing now is that she/he could book it in advance and that is more flexible because you give people more choices and they can have the services when they really need and you give them more power to arrange the services by themselves and ... this because what people want now is an individual services possibly in their own home so it is more focussed on reducing dependence and makes life independent so we are moving away from the traditional services changing culture and services delivered making them more personal and individual [...] **(Intervista n°7: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

Tuttavia, da quanto rilevato, l'uso diventa più o meno discrezionale a seconda se l'utente viene o meno considerato dal *care manager* capace di farne un adeguato utilizzo in base ai bisogni dichiarati:

"I think we can do more to involve them in the care... for example social services are providing what we call direct payments for old people and that is a good way to give them more choice but I think we can do more to encourage them how to use it by themselves" **(Intervista n°27: Responsabile agenzia servizio domiciliare).**

Inoltre, la normativa in merito vieta l'uso dei *direct payments* per impiegare conviventi come *partners* o parenti mentre nel caso decidano di impiegare un professionista per ottenere la cura a casa, in qualità di datori di lavoro, devono assumersi le responsabilità legali relative al pagamento delle tasse e dei contributi assicurativi.

Nonostante tali limitazioni che di fatto impediscono la libertà di scelta del cliente, se si pensa a malattie quale quella di Alzheimer che consiste nella

progressiva perdita delle abilità fisiche e mentali dell'anziano, l'uso dei *direct payments* potrebbe dimostrarsi come la strada più adeguata e flessibile a un bisogno così mutevole a differenza dei servizi residenziali. Quest'ultimi, infatti, si rilevano poco adatti verso tali pazienti, che tra l'altro sono particolarmente fragili a livello psicologico, per i cambiamenti spaziali e dei *carers* che, invece, questi servizi spesso richiedono¹⁰.

6.5 Le strutture semiresidenziali

Le strutture semiresidenziali sono presidi assistenziali capaci di erogare prestazioni che si esauriscono nel corso della giornata e che permettono agli utenti di far ritorno a casa la sera. Sono strutture in grado di dare assistenza ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, al di fuori dell'abitazione.

Nella realtà del Kent, questo tipo di strutture si presentano sotto il nome di *day centres* e sono gestite prevalentemente da organizzazioni di volontariato convenzionate dalle autorità locali:

“We have contracts with voluntary organisations like Red Cross or Age Concern to provide services like day centres and we use them to help people to do shopping for example, or we use volunteers drivers to take people to and from day centre and hospital for example [...]” **(Intervista n°7: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“We give a lot of money to voluntary organisations to provide services like day centres... and we use volunteers to get people to hospital, day centres, shopping or wherever... and we have Age Concern for example that gives information on the services that we provide [...]” **(Intervista n°3: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

Il *team* è generalmente composto da personale qualificato che fornisce prestazioni di carattere prevalentemente socio-assistenziale come lavanderia, somministrazione di pasti caldi, pulizia e igiene personale, segretariato sociale,

¹⁰ Cfr. Capitolo 8.

oltre a volontari che vengono generalmente impegnati nel trasporto degli anziani con difficoltà a deambulare e nella gestione delle attività ludiche che vengono solitamente selezionate, tra quelle proposte nei centri, dagli stessi anziani:

“They are welcome to giving them a cup of tea or coffee and then ... they have a lunch and ... in the afternoon we do different kind of activities like music or bingo [...] we have entertainment in the afternoon and we usually ask them what they would like to do x, y or z [...] there are so many people who want to do bingo because they may win but there are always a minority of people who do not like bingo so we try to satisfied the choice of the minority as well promoting other activities” **(Intervista n°14: Responsabile centro diurno anziani).**

“There are clients who come here to spend a day with us ... have cooked meals and socialize with other people and may have a bath and properly have a good day and then go back at home again [...] in the morning we provide the breakfast and we promote activities like decorating, play games like bocce, bingo or reading newspaper and we have different spaces where we do these activates so people can choose every day, and then we have the lunch time and in the afternoon again we promote different kind of activities and we have also the tea time” **(Intervista n°15: Responsabile struttura residenziale e centro diurno anziani).**

Tra le attività a supporto dell'indipendenza della persona anziana capita inoltre di trovare all'interno di questi centri piccoli negozi, generalmente gestiti da volontari, per offrire agli anziani che non sono in grado di fare la spesa da soli la possibilità di farlo scegliendosi e comprandosi ciò di cui hanno bisogno all'interno del centro diurno:

“[...] we use the shop to support the independence of the older people in the day centre because there are a lot of old people who go back at home and cannot get out for shopping because other people get out for shopping for them so it is quite enjoyed for them to come into this little shop and just have a look and choose something by themselves and that is a way to promote their independence I think...” **(Intervista n°15: Responsabile struttura residenziale e centro diurno anziani).**

Generalmente i centri sono capaci di ospitare un certo numero di persone al giorno a seconda dello spazio a disposizione quindi sono necessari dei turni di accesso al servizio la cui regolarità varia a seconda dei bisogni di ogni singolo utente. Quelli più a rischio di emarginazione sociale e semi autosufficienza hanno di solito la possibilità di accedere al centro tutti i giorni della settimana mentre altri riescono ad ottenere uno o al massimo due accessi settimanali:

“We are opened all week and we have about 210 who came every week and we have a lot of extras perhaps 20 more who coming for other services like hairdressing, have a lunch and ask for information [...] people who come in have to be isolated, lonely and unable to get out and they have to need of transport [..].” **(Intervista n°14:Responsabile centro diurno anziani).**

Nonostante, infine, le prestazioni siano preminentemente socio-assistenziali, quando necessario, il centro provvede a mettere in contatto l'utente con il medico di base o le infermiere domiciliari locali:

*“We have got GPs who come here and also we have got link with the team of district nurses for somebody who needs of fluid injections or pressure control and sometimes they come to check the person before to call a doctor”***(Intervista n°15: Responsabile struttura residenziale e centro diurno anziani).**

“When it is necessary we have district nurses and doctors who come here to visit our patients” **(Intervista n°16: Responsabile struttura residenziale e centro diurno anziani)**

6.6 Il servizio di *respite care* alle famiglie

I servizi di *respite care* sono servizi residenziali o domiciliari a carattere temporaneo e finalizzati a garantire un periodo di riposo ai *carers*, ossia a chi nella famiglia si occupa di dare la cura agli anziani. Nonostante siano rivolti alle

famiglie, coinvolgono anche l'anziano che si ritrova ad entrare nelle strutture residenziali o ad essere affidato alle cure di personale qualificato invece di ricevere il supporto di cui ha bisogno dal parente che se ne fa carico.

In Kent, le strutture che erogano il servizio di *respite care* sono capaci di offrire un'assistenza temporanea e sostitutiva a quella dei *carers* per brevi periodi nell'arco dell'anno in modo da rendere meno frustrante e faticoso il compito della cura.

A livello domiciliare, invece, sono soprattutto le agenzie domiciliari che offrono attraverso personale qualificato riposi di due o tre ore a settimana ai *carers* in modo da metterli in condizione di continuare a dare la cura a casa:

“We provide respite care for people who look after somebody at home... to let them have a break from their caring role and let them to go shopping or to the bank and things like that... and we usually provide three hours per week per each client” **(Intervista n°28: Responsabile agenzia domiciliare).**

“... we provide respite care to give to the carer a break or rest because we provide residential respite care to people who have health and social needs...” **(Intervista n°6: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

Assistere un anziano a casa può essere, infatti, particolarmente stressante per i figli specialmente quando devono lavorare e contemporaneamente assistere il proprio genitore anziano e la propria famiglia. Prendersi cura di un anziano può a volte significare privarsi perfino di avere una vita sociale:

“They lose their independence and a lot of people who look after someone else lose a lot of opportunities and can be very stressful for them” **(Intervista n°28: Responsabile agenzia servizio domiciliare).**

“They have got their own family and they find really difficult to take care of them... many residents before coming here lived with their children but the situation got so complex because the family was not free to get out, live their life and look after their children and that is why they found it really hard” **(Intervista n°18: Responsabile struttura residenziale).**

L'allungamento della vita media, inoltre, fa sì che spesso i *carers* possano essere essi stessi in condizioni di bisogno a causa della loro età avanzata:

“Well... we have a lot of clients that are very old, between 90 and 100 years old and this means that their children could be themselves clients so they cannot give the care to them ...” **(Intervista n°1: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“For family could be very stressful, especially if they are old from themselves and they have to provide personal care because it becomes like a full time job” **(Intervista n°53: Fisioterapista).**

“A lot of carers are old themselves so, you know, they cannot give the support at home...” **(Intervista n°9: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

Non sono, poi, rari i casi in cui i professionisti riscontrano l'assenza di informazione sull'offerta dei servizi da parte dei familiari che non solo non sanno di poterne usufruire ma anche come accedervi:

“[...] families are exhausted to provide the care especially when the client is really dependent so you know it is a hard work... and I think that one of the biggest problem is that families do not have enough information about where to go and what to do to have support on the care...” **(Intervista n°3: Responsabile servizi sociali anziani).**

“Uhm... I think family do not know how to access help... I think one of the biggest issue is that they do not really know how to cope the situation because they do not really know what help is there and they do not know how to access to them...” **(Intervista n°41: Infermiere domiciliare).**

In tutti questi casi, la scelta dell'istituzionalizzazione del proprio parente anziano può diventare l'unica via di uscita:

“They do not feel to have enough support in their caring role because, you know, we go in for a short period of time and I think that they are not able to manage from their own after that because can be very difficult for them” (Intervista n°13: Responsabile servizi sanitari agli anziani).

“Uhm... obviously family has to be fit looking after their old people... around their own family life and I do not know how it is like in Italy but... here a lot of times it is quite hard for family to take care of their own elderly because they have to work and they have not got enough time to do that in their own home... sometimes it becomes very frustrating for them as well... so they tend to bring them into residential home” (Intervista n°49: Fisioterapista).

La presenza o meno di servizi pronti ad offrire a questi un cambio nella cura è sicuramente il fattore che alla fine ne determina la presa in carico:

“Work and they have not got time and some family does not live here but maybe live in London so it is not reasonable to take care of them so I think that it is very very difficult and sometimes they are frustrated to take care of them but if they have got support from care manager providing them day centre to let them to have a break or just having once a year a holiday providing respite care for their older relatives I think they can take care of them more longer” (Intervista n°15: Responsabile struttura residenziale e centro diurno anziani).

“I think people need to work more and more and so they do not have the time and they have got a stressful job so they find that supporting someone else is an extra pressure so I think we should provide more to support and encourage them to provide the care” (Intervista n°45: Assistente sociale).

6.7 I servizi residenziali

I servizi residenziali offrono assistenza socio-assistenziale e socio-sanitaria continua agli anziani che non sono in grado di rimanere all'interno della propria casa e comunità per deficienze fisiche e psichiche.

Le strutture residenziali vengono generalmente distinte in sociali e sanitarie distinguendo gli utenti in *sick people*, e quindi bisognosi di cure a carattere sanitario, e *frail people* con necessità soprattutto socio-assistenziali¹¹.

In Inghilterra tale distinzione ha dato luogo a due tipi di strutture denominate *nursing home* e *residential home*. Le prime finalizzate ad offrire un'assistenza prevalentemente sanitaria agli anziani non autosufficienti mentre le seconde di tipo socio-assistenziale per gli anziani ancora autosufficienti. Oggetto di attenzione per la ricerca sono state prevalentemente quelle a carattere socio-assistenziale.

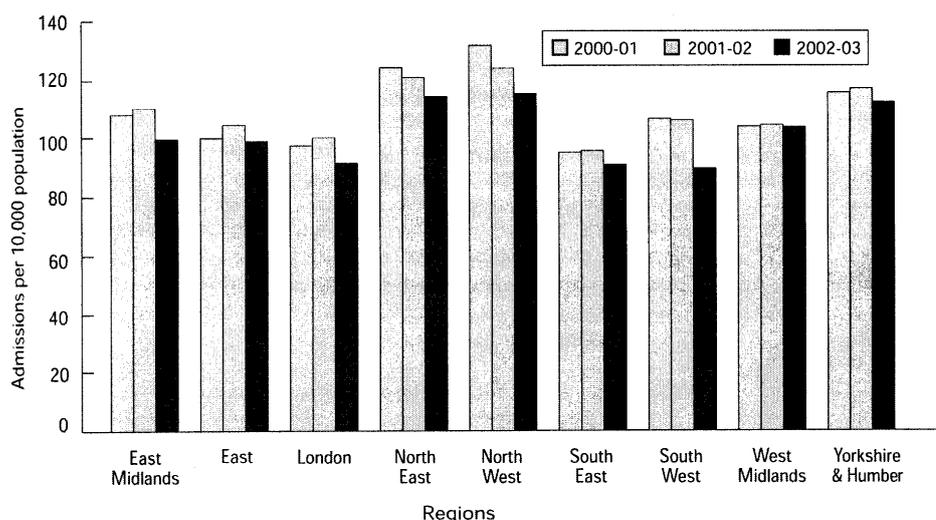
I cambiamenti apportati nell'ambito dei servizi dall'*NHS Plan 2000* stanno indirizzando sempre più la domanda dei servizi socio-sanitari da parte degli anziani e delle famiglie verso il *domiciliary care* anziché il *residential care* nella contea del Kent. I servizi di *intermediate care*, da quanto rilevato, stanno posponendo e riducendo gli ingressi nelle strutture residenziali sociali e sanitarie tramite l'offerta di un'assistenza sociale e sanitaria domiciliare molto più intensiva e professionale che in passato per cui solo le persone anziane particolarmente malate e quindi incapaci di rimanere nel proprio ambiente di vita entrano di fatto nelle strutture residenziali:

“I think that since intermediate care has been developed more people are at home so residential placement goes down... there are a lot of residential home vacancies now than before that intermediate care comes along... so I think that institutionalization is really the last option” **(Intervista n°10: Responsabile servizi sanitari agli anziani).**

“Only people who are really dependent... who is very very difficult to keep in their own home receive residential care so it depends on the person's skills... we have rapid response to try to keep people at home and prevent to go to hospital and things like rehabilitation care to stop getting worse so you know we are doing more to keep people at home” **(Intervista n°3: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

¹¹Tale distinzione nel contesto inglese risale all'introduzione del *National Assistance Act 1948* illustrato nel capitolo terzo.

Ciò è stato anche confermato dai dati forniti dal Social Services Inspectorate (SSI) che è parte dal Ministero della Salute e riportati nella **figura 6.1** in cui si legge chiaramente come tra il 2000 e il 2003 si sia registrato in tutte le regioni dell'Inghilterra un notevole decremento delle ammissioni nelle strutture residenziali addebitate dallo stesso SSI all'introduzione dei servizi di *intermediate care*.



Source: DH, Statistics Division, national summary of performance

Figura 6.1: Numero di ammissioni nelle strutture residenziali in Inghilterra per ripartizione territoriale.

Dal punto di vista sociale, invece, è la solitudine che causa l'ingresso dell'anziano nelle strutture residenziali. Come diverse ricerche hanno dimostrato (tra tutte Elliot, F. R. (1986) e Haskey, J.C. (1998))¹² i modelli familiari britannici sono cambiati in maniera considerevole negli ultimi decenni a seguito di una molteplice serie di eventi e processi: dalla riduzione del tasso di natalità e quindi dal declino della famiglia allargata sino all'aumento del numero delle persone sole. Inoltre, il forte radicamento della cultura individualista nella società inglese ha fatto sì che le relazioni interpersonali, anche tra i membri della famiglia, non si

¹² Elliot, F. R. (1986). *The Family: Change or Continuity?* London: MacMillan Education e Haskey, J.C. (1998). *The Fragmenting Family: Does it Matter?* London: Institute of Economic Affairs.

sia giocato sul senso di appartenenza al gruppo familiare in quanto tale (Obelkevich, J. e Catterall, P., 1994). Diversamente, dunque, da quanto accade in Calabria dove la cura intergenerazionale si fonda sull'appartenenza familiare¹³, la cura degli anziani in Kent non è inserita in tale dominio e pertanto più difficilmente si verifica la presa in carico dei genitori da parte dei figli. Succede così che quando subentra il peso insopportabile della solitudine, l'unica scelta possibile da parte degli anziani diventa l'ingresso negli istituti di cura:

“Some of them could be able to cope at home and could be able to cook by themselves and could be able to take care of themselves physically and hygienically and they could be able to do housework and that is the reason why I think there are people who can actually remain at home... but they are here for the social side because they are lonely and they do not want to live at home anymore”(**Intervista n°18: Responsabile struttura residenziale**).

“[...] when family's member do not want to be there for them is quite sad... especially when happens that elderly people are found in their own home several days after their death you know it is quite sad and that still happens nowadays... and I think this is one reason why they should go into a residential home because we have got really good care homes here not all of them but most of them are pretty good...” (**Intervista n°49: Fisioterapista**).

“I think that the main problem at the moment is that society is changed so much and there are not people within family able to look after someone else because quite often husband and wife have to work... so there are not women at home to give them the care” (**Intervista n°44: Assistente sociale**).

In molti casi, i figli pressano gli assistenti sociali per favorire l'istituzionalizzazione dei propri genitori al punto che quest'ultimi non entrano nelle strutture per propria scelta ma per volontà dei parenti:

¹³ Cfr. Capitolo sette e otto.

“[...] quite often is the family pressure as well so when daughters and sons want that they go into a residential home, because maybe they live far away or do not want to take care of them, we are pressured by them to put their parents into a residential care home” (Intervista n°45: Assistente sociale).

“I think sometimes we have got a conflict between what family think the elderly relatives need and the clients need because sometimes they think more on their needs... so you got what the carer wants and what the client wants and quite often there is a conflict between them and I think it is good to work with the family about that because they never ask us how maintain the independence of their old relatives but they ask us to help themselves... so we always ask clients what they want from us... and quite often they say I do not need help I am fine so again it is more a family need not a client need” (Intervista n°12: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“I think ... the negative side is that no everybody wants to come here ... sometimes the family think that it is a good idea to bring people here so I think that we have to be careful about that ... we have to make sure that residential care is what the people really want” (Intervista n°17: Responsabile struttura residenziale).

In quei rari casi in cui, invece, sono i figli a decidere di prendersi cura delle proprio genitore anziano può succedere che in un secondo momento rinuncino a farlo perché si rendono conto di non avere le competenze necessarie a svolgere tale compito.

A questo proposito, gli operatori che prestano la cura a domicilio hanno denunciato la mancanza di *training* rivolti alle famiglie che decidono di prendersi carico del proprio membro anziano a livello territoriale. Generalmente, infatti non essendoci corsi a cui i familiari possono partecipare sono gli operatori sociali e sanitari che provvedono a loro discrezione se istruirli o meno:

“Uhm... I think having a correct perception of what they have to do... sometimes families are completely unaware how help their old people at home... and sometimes they are over worried about them... so they go into

panic all the time and that is a problem” (Intervista n°50: Terapista occupazionale).

“Well sometimes therapists can work with the family members to teach them how support their relatives so we are trying to work with the family members to provide the care together... but we do not actually provide training in a formal way, it depends on our decision” (Intervista n°41: Infermiere domiciliare).

L’istituzionalizzazione dell’anziano, diventa così generalmente la scelta più sicura soprattutto per i familiari inesperti:

“I think that the main reason for residential care is when patient is really unable to stay at home for serious health problems... and when there is family pressure to move them into residential home because they are often worried about leaving them alone so they want safe them into a residential or nursing place” (Intervista n°10: Responsabile servizi sanitari anziani).

“Health problems... I think that the long term care there is when they have physical problems so they cannot actually live alone because you know they need of 24 hours of care and families can be worried to leave them alone in their own house” (Intervista n°21: Responsabile struttura residenziale).

In ultimo secondo il materiale raccolto l’incapacità dei figli di prendersi cura dei propri genitori anziani può essere legato anche ad un fatto emotivo poiché non è sempre facile per quest’ultimi accettare la vulnerabilità e la sofferenza di cui è affetto il proprio genitore anziano:

“[...]when people get older sometimes they change their personality and family do not aspect that their parents behave in the manner they do. So their behavior may distress their families and they cannot accept it and that is quite negative” (Intervista n°16: Responsabile struttura residenziale e centro diurno anziani).

“People do find hard to accept that mum or dad has reached this stage

especially if they are confused. They do not want to accept what is going on and that could be, you know, very difficult and so they do not accept the old situation” (Intervista n°20: Responsabile struttura residenziale).

Conclusioni

Questo capitolo è stato dedicato all’offerta dei servizi sociali e sanitari in *Kent* mettendo in risalto i punti di forza e debolezza riscontrati da chi lavora giorno dopo giorno nel settore socio-assistenziale e sanitario.

In particolare, si è partiti con l’illustrazione di un nuovo livello di cura introdotto dalla riforma dell’*NHS Plan* del 2000 che prende il nome di “*Intermediate Care*” cioè assistenza intermedia tra quella comunitaria e residenziale destinata a porsi come ulteriore alternativa alla scelta dell’ospedalizzazione e istituzionalizzazione dell’anziano, quando le condizioni di salute dello stesso non sono tali da impedirne il recupero dell’autosufficienza, attraverso interventi tempestivi di tipo terapeutico e riabilitativo ad alta rilevanza sanitaria e sociale da erogarsi a domicilio o in strutture residenziali per un periodo non superiore alle sei settimane previste dalla legge nazionale.

Si tratta di un livello di assistenza che pone la necessità di interventi integrati a livello socio-sanitario e voluti dal governo Blair per ridurre i costi nei servizi essendo quelli residenziali più costosi di quelli comunitari.

Dal materiale messo a disposizione dalla ricerca sul campo, si è riscontrato da un lato un incremento delle occasioni di collaborazione tra i servizi grazie all’erogazione dell’*intermediate care* e dall’altro la persistenza di elementi che ne continuano ad ostacolare una più immediata e proficua collaborazione.

Continuano, infatti, ad esserci difficoltà legate all’appartenenza dei servizi sociali e sanitari a due organismi differenti con proprie priorità, culture e risorse a disposizione che di fatto ne complicano l’integrazione e il reciproco riconoscimento dei ruoli professionali. Accade, così, che gli assistenti sociali e domiciliari seguitano ad essere poco rispettati sia da parte dei professionisti

sanitari che dalla società nonostante la diffusione e lo sviluppo di *training* integrati tra i professionisti sociali e sanitari nella contea del Kent.

Altro rilevante problema è quello del potere decisionale dell'utente nel processo di *assessment* o valutazione dei bisogni e definizione dei servizi volti a soddisfarli. Secondo i professionisti intervistati, infatti, non sempre l'anziano viene messo nelle condizioni di partecipare al processo decisionale in quanto considerato incapace di decidere della propria vita. Il *care manager* e i familiari effettuano, quindi, le scelte al suo posto.

Ciò si è riscontrato anche per l'uso dei *direct payments*, cioè dei contributi economici al posto dei servizi, attraverso cui l'anziano ha potenzialmente la possibilità di ottenere una maggiore flessibilità nell'offerta dei servizi potendo scegliere da chi ottenere le prestazioni, il come e il quando, mentre in realtà è di nuovo il *care manager* a poterlo controllare e guidare nelle scelte in modo più o meno invasivo.

Sia l'*intermediate care* che i *direct payments* vengono finalizzati alla riduzione dell'istituzionalizzazione dell'individuo anziano. Accanto a questi, tuttavia abbiamo i centri diurni e il servizio di *respite care*.

Mentre nel primo caso si tratta di strutture semi residenziali destinate ad anziani autosufficienti o semi autosufficienti a rischio di emarginazione sociale che permettono alla persona anziana di pranzare e passare il tempo in compagnia per poi far ritorno a casa la sera, nel secondo i familiari hanno l'opportunità di lasciare i propri anziani, per brevi periodi durante l'anno o per determinate ore alla settimana, a professionisti qualificati in modo da ammortizzare lo stress accumulato nel prendersi carico del parente anziano.

Succede così che l'istituzionalizzazione in Kent subentra quando tutti questi servizi alternativi non sono più sufficienti a coprire i bisogni degli utenti a causa dell'aggravarsi delle condizioni di salute della persona anziana. Inoltre, la presenza di una cultura di tipo individualista rende estranea dal punto di vista culturale la presa in carico dei genitori da parte dei figli sulla base del senso di appartenenza ad un gruppo familiare. L'individuo anziano così ritrovandosi solo considera l'ingresso come il minore dei mali.

Capitolo 7

L'offerta dei servizi socio-sanitari agli anziani in Calabria

Premessa

Le differenze storiche, politiche, economiche e culturali di cui si è parlato nei capitoli relativi al contesto italiano e inglese rendono l'ambito dell'offerta dei servizi socio-sanitari calabresi differente da quella del Kent per molti dei suoi aspetti. In questo capitolo si cercherà di esporre i risultati mettendo in risalto i fattori che rendono le due realtà così diverse.

7.1 L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare, in modo del tutto simile al Kent, anche in Calabria comprende tutti gli interventi socio-assistenziali e sanitari erogati a domicilio della persona e posti sotto la responsabilità di due organi locali differenti che in Calabria prendono il nome di enti comunali e aziende sanitarie locali.

A differenza che in Kent, tuttavia, non si ha un'erogazione congiunta del servizio da parte di questi quando necessario. Ogni ente provvede da sé all'erogazione, non essendoci protocolli d'intesa volti a formalizzarne la collaborazione. Non vi è, così, alcuna possibilità per l'utente di avere un aiuto integrato e quindi una soddisfazione olistica dei suoi bisogni, se non in modo del tutto casuale:

“Non collaboriamo. Una o due volte mi è capitato che io uscivo e una dipendente del comune entrava ma non si collabora. Capita e basta [...]”

(Intervista n°83: Responsabile ADI).

“Il fatto è che la collaborazione ci dovrebbe essere perché è necessaria in quanto l'anziano andrebbe visto nella sua globalità considerando tutte le problematiche che lo affliggono, ma in realtà noi interveniamo per i bisogni sociali e l'Asl provvede per quelli sanitari senza una collaborazione. Per

cui, spesso io mando l'assistente domiciliare e magari trova l'infermiere a casa dell'anziano e quindi deve aspettare che finisce [...] il problema è che non si ha una collaborazione o un coordinamento tra i due servizi"
(Intervista n°85: Responsabile servizi sociali agli anziani).

Nelle realtà analizzate, la gestione ed erogazione del servizio domiciliare viene generalmente affidata dall'ente comunale agli enti privati secondo le regole del convenzionamento (lg. 5/1987 art. 34). Non ha ancora avuto luogo, infatti, l'implementazione della legge regionale n.23 del 2003 attuativa della legge quadro nazionale sugli interventi e servizi sociali n. 328 del 2000 che regolarizza i rapporti tra pubblico e privato secondo le regole dell'accreditamento di cui si è parlato nel capitolo quattro.

L'ente comunale continua, così, a bandire gare d'appalto per l'esternalizzazione del servizio invece di pre-selezionare e accreditare gli enti erogatori in modo da dare successivamente all'utente la possibilità di scegliersi quello più adeguato alla soddisfazione dei suoi bisogni.

La situazione più tipica è quella dell'assegnazione dell'appalto a cooperative sociali secondo il criterio del massimo ribasso anziché dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Questo significa che la scelta del vincitore si basa esclusivamente su chi offre il servizio al prezzo più basso a scapito della qualità delle prestazioni offerte (Ranci, C. 2001):

"Si hanno le gare d'appalto e in base al curriculum, all'esperienza e qualità del servizio che queste organizzazioni possiedono si sceglie chi dovrà erogare il servizio anche se in genere si guarda al prezzo più che alla qualità [...]" **(Intervista n°60: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

"Quest'anno per vincere la gara d'appalto abbiamo dovuto abbassare il prezzo al 20%" **(Intervista n°101: Responsabile cooperativa sociale per assistenza domiciliare).**

"Noi avevamo spinto parecchio nel senso dell'accreditamento ritenevamo che fosse il modo più democratico per consentirci a tutti di operare senza andare a sbranarci nelle gare d'appalto, che poi diventano

delle gare a ribasso nei servizi alle persone, sono quelli che destabilizzano un po' tutto" **(Intervista n°103:Responsabile cooperativa sociale per assistenza domiciliare)**

La selezione delle cooperative da parte dei comuni, tuttavia, non si basa esclusivamente su criteri di risparmio economico poiché, da quanto rilevato, la scelta viene spesso utilizzata come moneta di scambio clientelare da parte dei politici locali che a differenza di quanto accade in Kent sono posti alla guida dell'ente comunale¹:

"[...] però in genere sai se tu sei verso una corrente politica ... magari puoi ... non dico ottenere, ma essere privilegiata [...] tu partecipi, ti danno modo di partecipare, mettono i requisiti necessari ... e poi ti scelgono" **(Intervista n°102: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).**

"... il sociale fino ad adesso è servito come moneta clientelare e anche come merce di scambio. Non tutti i comuni, non bisogna generalizzare, però diciamo che le premesse mentali di solito sono queste" **(Intervista n°58: Responsabile ADI).**

L'esistenza della logica clientelare nell'offerta dei servizi domiciliari a livello locale crea spesso una discontinuità nell'erogazione del supporto socio-assistenziale. Questo perché il politico di turno può di volta in volta decidere di affidare la somministrazione dell'assistenza domiciliare a cooperative diverse a seconda del loro colore politico o in altri casi porre un freno all'erogazione del servizio destinando le risorse ad altro. In entrambi i casi si vengono a creare non pochi disagi agli utenti anziani spesso affezionati agli operatori e ormai abituati a ricevere quel tipo di prestazione a domicilio:

"Io ho un buon rapporto con loro. Spesso, anzi, divento come una figlia perché anche se hanno figli maschi, sai com'è, per alcune cose è meglio che se la sbrighi la donna. Fanno sempre riferimento a me. Ora, però, penso a

¹Cfr. Capitolo tre e quattro.

quando non potrò più andarci perché come sai il progetto è finito e non ci danno i fondi per rinnovarlo, io penso che sarà difficile per loro perché non avranno nessuno su cui contare” (Intervista n°80: Assistente domiciliare).

“Sono più di otto anni che lavoriamo su questo territorio e quindi ormai i nostri operatori sono come figli per loro. Infatti quest’anno, che abbiamo perso la gara d’appalto, c’è stata una rivolta dei nostri anziani perché ormai si erano abituati a noi, ci conoscevano bene e si erano trovati bene, e quindi siamo dovuti intervenire per convincerli ad accettare i nuovi operatori che per loro sono del tutto estranei” (Intervista n°106: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).

La presenza di una cultura fortemente familista² spinge inoltre i politici locali ad affidare il maggior carico di cura alle famiglie cercando così di ottenere un considerevole risparmio delle risorse pubbliche a fronte della scarsità di quest’ultime a differenza di quanto accade in Kent³. In particolare, si stabiliscono criteri di accesso che precludono la possibilità di usufruire dei servizi sociali agli anziani che possono contare su un qualsiasi supporto familiare:

“Il problema è che abbiamo un’enorme richiesta per cui non possiamo a tutti offrire un’assistenza domiciliare, abbiamo dei criteri da seguire . Quando andiamo a casa del paziente per vedere di che tipo di assistenza ha bisogno in genere selezioniamo chi ha più necessità ... diciamo che l’assistenza domiciliare viene erogata quasi esclusivamente ad anziani che sono soli per la maggior parte ... per quelli che vivono in famiglia in genere l’assistenza è data se la donna lavora o non c’è nessuno che sia in grado di prendersi cura del parente anziano” (Intervista n°56: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“C’è una graduatoria e il punteggio è assegnato tenendo conto della situazione familiare quindi se hanno o meno figli conviventi, se hanno figli residenti nello stesso comune di residenza o sono lontani, il livello di autosufficienza quindi l’invalidità, l’accompagnamento, la condizione del reddito e abitativa quindi se paga o meno l’affitto eccetera in modo da

²Cfr. Capitolo quattro.

³ Si rimanda all’appendice C per un confronto tra la spesa sociale pro capite in Kent e in Calabria.

favorire chi ha più bisogno” (Intervista n°85: Responsabile servizi sociali agli anziani).

L’assistente sociale ha in genere un modulo in cui sono segnati i requisiti che l’anziano deve possedere per l’accesso al servizio⁴ sia sul piano sociale che economico⁵. E una volta che ne viene appurata l’accessibilità, le prestazioni vengono generalmente distribuite in quattro o sei ore a settimana per utente divise in due o tre accessi settimanali:

“Gli assistenti sociali vanno a casa con questo modello e stabiliscono se la persona in base a tale criteri ha la possibilità di avere il servizio ... si valuta lo stato di invalidità ... se ha o meno una mancanza di componenti familiari in grado di assisterlo a casa... poi ovviamente come tu sai si tratta di un servizio che si paga in base al reddito che noi valutiamo in base all’ISEE che è un modello che il paziente compila in cui abbiamo il reddito complessivo e poi in base ad esso si paga il contributo per il servizio [...] si danno per paziente 6 ore settimanali divisi in tre accessi settimanali” (Intervista n°60: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“Abbiamo dei criteri da seguire quando andiamo a casa del paziente per vedere di che tipo di assistenza ha bisogno in genere selezioniamo chi ha più necessità e quindi chi è solo, chi non ha nessuno [...] noi al momento siamo in grado di dare tramite una cooperativa 4 ore settimanali per paziente” (Intervista n°57: Assistente sociale).

La valutazione dei bisogni dell’utente anziano, poi, non avviene come in Kent attraverso un *team* multidisciplinare, ma non essendoci un’integrazione tra sociale e sanitario coinvolge generalmente l’assistente sociale del comune e il familiare che ne fa richiesta. Similmente a quanto accade in Kent, tuttavia, l’anziano in

⁴Appendice D.

⁵Per la valutazione delle condizioni economica dell’utente si usa l’ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) introdotto dalla legge finanziaria 27 dicembre 1997 n.449 e attuato dal decreto legislativo n.109/1998 poi modificato con decreto correttivo n.130/1999 che tiene conto della condizione reddituale e patrimoniale oltre che familiare (numero di componenti della famiglia che producono reddito o che siano a carico) di chi chiede la prestazione.

Calabria non è generalmente coinvolto nel processo decisionale poiché considerato anche qui incapace di poter decidere della sua vita. Ne consegue quindi che l'anziano non si colloca in una situazione di *empowerment* nei servizi al punto da essere spesso costretto con la forza ad accettare un aiuto non desiderato:

“Noi abbiamo riscontrato che ci sono più anziani che non vogliono aiuto a casa rispetto a quelli che vogliono essere aiutati perché hanno paura, non si fidano[...]sono più le famiglie che vengono a informarsi e chiedono l'aiuto per l'anziano, e quindi spesso a noi capita di andare a casa per cercare insieme ai familiari di fargli accettare l'aiuto [...]” **(Intervista n°87: Assistente sociale).**

“Il principale problema è che abbiamo notato che quasi sempre non vogliono estranei a casa [...] a volte siamo costretti a dare l'assistenza imponendoglielo, dandoglielo per forza ... perché non vogliono nessuno, preferiscono rimanere soli” **(Intervista n°86: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

L'impossibilità di decidere sull'assistenza da ricevere si ripercuote, successivamente, nella relazione tra operatore e utente che come in Kent viene a caratterizzarsi almeno nella fase iniziale, dalla diffidenza dell'anziano nei confronti dell'operatore:

“All'inizio è difficile perché gli anziani non capiscono chi siamo e cosa facciamo, noi abbiamo avuto la fortuna di avere un'assistente sociale che ha fatto da mediatore e che ci ha aiutato in questo perché inizialmente con tutto quello che succede gli anziani sono restii a ricevere estranei a casa quindi sono diffidenti e impauriti poi pian piano con l'assistente sociale capiscono che siamo lì per aiutarli e allora poi il rapporto diventa anche un rapporto di fiducia e che va al di là di quello professionale” **(Intervista n°104: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).**

“[...] quando abbiamo iniziato questo lavoro entrare nelle case e farsi accettare non è stato facile perché comunque eravamo degli estranei e con tutto quello che si sente dire giustamente gli anziani erano spaventati”

(Intervista n°106: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).

“I problemi consistono nel fatto che non sempre accettano l’aiuto per cui l’assistente domiciliare è visto come un nemico, un intruso in casa loro dal quale non vogliono essere aiutati poi dipende dal carattere dell’operatore se è capace o meno di farsi volere bene” (Intervista n°85: Responsabile cooperativa per servizio domiciliare)

A differenza che in Kent, tuttavia, l’esperienza dell’assistenza domiciliare non viene semplicemente compromessa dalla sfiducia iniziale dell’utente verso l’operatore domiciliare ma anche dal ruolo tradizionalmente assunto dalla famiglia nell’erogazione della cura che spinge l’anziano calabrese non solo ad aspettarsi di ricevere l’aiuto dal proprio familiare ma anche di preferirlo rispetto a quello formale proveniente dalle cooperative per il contenuto affettivo che il primo possiede rispetto a quest’ultimo⁶. Quando l’aiuto formale quindi interviene in sostituzione anziché a supporto di quella informale gli anziani calabresi tendono a sentirsi abbandonati dai propri cari:

“Sono sempre i familiari che decidono che i loro parenti anziani hanno bisogno del nostro aiuto ma poi c’è la dobbiamo sbrigare noi [...] in genere la famiglia se ne lava le mani. Abbiamo un anziana signora che ha messo in casa dei maialini in terracotta e ci ha messo sopra i nomi dei figli per dire che sono dei porci e dice sempre che per lei i figli non esistono più e che non vuole saperne nulla. Questo perché si è sentita abbandonata da loro ... questo per dire che il nostro aiuto senza l’appoggio della famiglia non serve granché perché l’anziano ha bisogno di affetto e di amore prima di tutto. Quindi l’aiuto deve provenire dalla famiglia in primis e poi dalle istituzioni” (Intervista n°105: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).

“Gli anziani dicono sempre che come loro hanno trattato i loro genitori vorrebbero essere trattati a loro volta dai propri figli, e quindi ci tengono ad essere aiutati dai loro figli e dai loro nipoti. L’affetto ha un ruolo determinante nell’aiuto alle persone anziane e la famiglia ha un ruolo di

⁶ Cfr. Capitolo uno.

primo piano in questo, poi subentriamo noi perché se noi, diamo l'aiuto ma l'anziano è in stato d'abbandono da parte dei figli si lascia andare, non vuole mangiare, e il nostro aiuto a quel punto non è sufficiente anche perché siamo in grado di stargli vicino due o tre ore a settimana poi devono cavarsela da soli” **(Intervista n°104: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).**

7.1.1 La qualifica dell'operatore socio-assistenziale

Il personale generalmente assunto dalle cooperative nella maggior parte dei casi non ha l'attestato di qualifica per svolgere il lavoro di operatore socio-assistenziale come richiesto dalla legge 10 Agosto del 2000 n.251. Questo significa che il personale non possiede la competenza necessaria per il lavoro che è chiamato a svolgere e in relazione agli utenti anziani, non ha la capacità di somministrargli frizioni e massaggi a prevenzione delle piaghe da decubito, di effettuare interventi di primo soccorso in caso di necessità o di supportarli per un corretto movimento degli arti invalidi e nell'uso degli ausili e presidi sanitari:

“Oltre a me, che sono la responsabile, ci sono 24 operatori di cui uno è maschio le altre sono tutte donne e l'età va dai 35 ai 65 anni per cui a volte avrebbero bisogno loro stessi di assistenza ... per quel che riguarda la qualifica come titolo di studio hanno per lo più la terza media, e alcuni non arrivano neanche a quella, e due o tre hanno il diploma di assistente sociale” **(Intervista n°101: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“La cooperativa fornisce 50 operatori e solo due hanno competenza di primo intervento in caso di necessità come calo di pressione per diabete o altro [...] tramite la cooperative non siamo in grado di avere un personale qualificato per cui sono operatori che non hanno la competenza di saper muovere un paziente se allettato o con piaghe da decubito ...” **(Intervista n°60: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

In alcuni casi, la selezione del personale da parte delle cooperative viene effettuata tenendo conto dell'esperienza e dell'attitudine lavorativa degli operatori

domiciliari da reclutare per cui sono questi i fattori che poi vanno a fare la differenza sulla qualità della prestazioni offerte da parte di questi enti:

“Ci avvaliamo di assistenti domiciliari con qualifiche di esperienza sul campo, quindi o che hanno fornito da sempre la loro assistenza agli anziani privatamente o che hanno lavorato presso case di riposo per tanti anni [...]” **(Intervista n°104: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).**

“Gli operatori non hanno qualifiche in campo socio-assistenziale ma hanno un’esperienza sul campo da più di venti anni, quindi diciamo che si sono formati sul campo [...]” **(Intervista n°106: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).**

Generalmente, tuttavia, la scarsa competenza del personale spinge a svalORIZZARE il lavoro dell’operatore domiciliare agli occhi della società che spesso li disprezza come testimoniato dalla seguente intervista:

“C’è tanta ignoranza intorno al nostro ruolo, quasi sempre passiamo per le signore della pulizia, e quindi da cooperativa per assistenza domiciliare diventiamo un’impresa di pulizia per cui capisci bene che è umiliante ... a volte siamo trattati veramente male dagli anziani che ci trattano come sguattero e sono davvero cattivi con noi, ti fanno capire che sei una cameriera al loro servizio, davvero credimi è una umiliazione [...] non si capisce il valore di quello che noi facciamo e come questo possa essere utile per tutti perché tutti, si sa, prima o poi invecchiamo e possiamo avere bisogno di qualcuno che ci aiuti per la pulizia della casa o personale [...] abbiamo tante difficoltà ... spesso è difficile spostarsi da un posto di lavoro all’altro perché alcuni anziani vivono al centro e altri vivono lontani, per cui capita che arriviamo tardi e ci becchiamo i loro rimproveri e ci sentiamo dire che ci pagano ma non facciamo il nostro lavoro per il tempo per cui siamo pagati ... io ho iniziato a 18 anni come volontaria ad occuparmi di anziani e ho fatto una lunga gavetta prima di diventare responsabile di questa cooperativa nessuno mi ha regalato nulla ma è umiliante sentirsi dire che sei quella che pulisci la cacca ai vecchi” **(Intervista n°101: Responsabile cooperativa sociale per assistenza domiciliare).**

A volte, a fronte della scarsità delle risorse pubbliche di cui si è parlato sopra i comuni tendono ad affidare la cura domiciliare ai giovani del servizio civile o ai lavoratori socialmente utili introdotti con la legge Treu del 24 Giugno del 1997 n. 196 anziché agli operatori delle cooperative perché a differenza di quest'ultimi sono pagati rispettivamente a livello nazionale e regionale. È così che in alcune realtà gli anziani si ritrovano a ricevere l'aiuto di cui necessitano da personale non solo non specializzato ma anche senza alcuna esperienza nell'assistenza della persona. In altre, invece, questi operatori essendo impiegati esclusivamente per offrire agli anziani ore di compagnia, fargli la spesa e accompagnarli dal medico, riescono a garantire agli utenti un valido, seppur minimo, supporto domiciliare:

“L'assistenza domiciliare agli anziani è praticamente un servizio che noi offriamo ai cittadini anziani che richiedono questo servizio attraverso un progetto nato tra i sei e gli otto anni fa, sviluppato e finanziato dalla regione attraverso i famosi operatori LSU e LPU, che sono lavoratori precari che tutt'oggi non vedono una sistemazione definitiva. Quindi con il sussidio che riescono ad avere dalla regione offrono il servizio di assistenza domiciliare presso questo comune e noi offriamo attraverso 15 di questi operatori a un totale di 30 o 35 persone diamo l'assistenza domiciliare che si traduce in un paio di ore, due o tre volte a settimana, in modo tale che questi operatori li aiutano diciamo così nell'igiene della persona e della casa, nell'accompagnamento presso il medico curante o lo svolgimento di commissioni varie come il pagamento di bollette per evitarli le lunghe file agli sportelli ... e questa è una piccola forma di aiuto che noi riusciamo a dare per quanto riguarda l'assistenza domiciliare” **(Intervista n°70: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“... poi sempre per gli anziani ho presentato un progetto nell'ambito del servizio civile che ha sostituito l'obiezione di coscienza. Abbiamo già fatto una prima fase finita a settembre 2005 dove abbiamo avuto 32 giovani che ho fatto affiancare a 22 lavoratori di pubblica utilità non si tratta però di personale che ha la formazione per sollevare dal letto un paziente o somministrargli farmaci...quindi diciamo che noi andiamo cauti su queste cose... noi per quello che possiamo fare mandiamo a casa dell'utente questi operatori per fare compagnia ai nostri anziani, fare la spesa, andare a

comprare i medicinali, accompagnarli dal medico, insomma, cose di questo genere e basta” (Intervista n°64: Responsabile servizi sociali agli anziani).

Alla luce di quanto affermato, è ovvio che, di fronte alla scarsa competenza del personale impiegato per l'erogazione delle prestazioni domiciliari a scopo socio-assistenziale, quando le condizioni di salute dell'anziano sono particolarmente compromesse, l'assistenza nell'igiene della persona venga impropriamente affidata all'infermiere domiciliare:

“Non siamo in grado di offrire un aiuto nella pulizia delle piaghe da decubito perché il personale della cooperativa non è qualificato a questo, molti di loro non hanno neanche la quinta elementare e altri arrivano alla terza media per cui sai bene che nel caso di un anziano allettato o che comunque ha difficoltà motorie anche un movimento sbagliato può procurargli problemi a livello di salute, e quindi lasciamo che siano quelli dell'Asl ad occuparsi del cambio del pannolone e della pulizia delle piaghe perché hanno gli infermieri domiciliari per farlo” (Intervista n°76: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“[...] figure enormemente carenti che non abbiamo mai visto sono le figure di supporto che ora sono definiti come OTA, cioè figure di supporto ausiliari o meglio operatori sociosanitari specializzati... noi di questi non li abbiamo mai avuti nonostante richieste rivolte all'Asl. Di fatto noi non siamo mai riusciti ad averli... a livello infermieristico alla meno peggio riusciamo quantomeno a rispondere a tutte le esigenze... l'assistenza infermieristica è, e deve essere, indirizzata a prestazione che sono di ordine infermieristico. Noi possiamo dare solo un supporto... come fare il prelievo allora c'è l'assistenza infermieristica ... ma se vostro nonno per esempio ha la diarrea e ha bisogno di cambiare il pannolone noi non lo facciamo ... l'infermiere non può cambiare il pannolone, non lo deve fare, non è questo il suo ruolo se deve cambiare i cateteri è un'altra cosa” (Intervista n°58: Responsabile ADI).

“[...] l'integrazione è necessaria noi ci troviamo spesso a dover pulire le piaghe da decubito mentre in realtà eravamo lì per altro per cui lavorare in rete è necessario ma so anche che purtroppo nel sociale le figure sono poche

ci sarebbe bisogno di più personale soprattutto da parte loro” (Intervista n°84: Infermiere domiciliare).

Inoltre in Calabria a differenza che in Kent la presenza di un mercato del lavoro che tende ad offrire molto poco alla popolazione lavorativa (tanto che il tasso di disoccupazione si presenta particolarmente elevato come illustrato nel capitolo cinque) ha spinto alcuni operatori sociali intervistati a scegliere il lavoro di cura non per scelta vocazionale ma perché l’unica possibile:

“Un’altra cosa che vorrei aggiungere è che bisogna anche dire che il sociale lo fanno le persone e spesso sono le stesse persone che operano nel sociale che non agiscono per rivalutarlo facendo bene il loro lavoro perché ne vedono esclusivamente una fonte di guadagno” (Intervista n°92: Responsabile servizi sociali).

“Io ho frequentato il DAMS perché l’arte è stato sempre il mio pallino sin da piccola e avevo quasi finito solo che lavoravo già come volontaria presso la cooperativa e allora ho deciso di cambiare e di iscrivermi alla laurea di servizio sociale in modo da poter fare carriera all’interno e trovarmi un’occupazione” (Intervista n°101: Responsabile cooperativa sociale per servizio domiciliare).

7.2 L’integrazione socio-sanitaria nell’erogazione della cura domiciliare

L’integrazione nell’erogazione dell’assistenza domiciliare dovrebbe avvenire in Calabria tramite il servizio ADI o Assistenza Domiciliare Integrata. Quest’ultimo promosso dal progetto obiettivo *“Tutela della salute degli anziani”* (approvato come stralcio del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996 il 30 Gennaio del 1992⁷) è un’assistenza finalizzata a dare interventi sia di tipo sociale che

⁷In mancanza di una legge quadro nazionale sui servizi sociali le regioni hanno legiferato in materia dei servizi agli anziani facendo riferimento al progetto obiettivo *Tutela della Salute degli anziani* che ha definito le competenze dei comuni e delle aziende sanitarie locali per l’integrazione socio-sanitaria e si è fatto promotore dei servizi alternativi all’ospedalizzazione e istituzionalizzazione degli individui anziani (Franzoni e Anconelli, 2007).

sanitario volta a favorire la permanenza degli anziani nel proprio ambiente di vita ed evitare il ricovero in ospedale o in strutture residenziali sociali e sanitarie anche in situazioni di non autosufficienza. Pur essendone affidata la gestione all'azienda sanitaria locale, in realtà, l'erogazione dovrebbe avvenire insieme all'ente comunale tramite protocolli d'intesa che, come ricordato nel primo paragrafo, non sono mai stati emessi a livello locale tant'è che ogni ente eroga la cura per proprio conto:

“Per gli anziani non si può parlare di assistenza domiciliare integrata perché come lei ben sa il sociale è di pertinenza dei comuni per cui noi dobbiamo attenerci alle sole cure sanitarie... quindi solo la sanità ... ma l'anziano ha bisogno di assistenza sociale quindi di chi va alla posta per ritirargli la pensione, a prendergli le medicine... che gli cucini se ha bisogno di un pasto caldo o di un bagno assistito... la cura alla persona ha bisogno più di queste cose, di assistenza sociale, oltre che di aiuti sanitari... perché l'anziano può allo stesso tempo avere bisogno della flebo, del trattamento riabilitativo e di qualcuno che gli faccia compagnia... oggi noi non siamo in grado di offrire un aiuto integrato noi trattiamo gli anziani solo a livello sanitario e questo è un handicap” (Intervista n°69: Responsabile ADI).

Ciò che ne impedisce l'integrazione è la non chiara definizione dei ruoli che sono chiamati ad assumere nella gestione ed erogazione dei servizi sociali e sanitari al punto da percepire nella collaborazione la possibilità di poter perdere la reciproca responsabilità e legittimità degli interventi che sono chiamati rispettivamente ad espletare:

“Noi rapporti con il sociale non li abbiamo mai avuti... io ho avuto un colloquio con l'assessore ai servizi sociali del comune per un'integrazione, però evidentemente ognuno pensa a coltivare il proprio orticello e quindi pensa che io possa rubare qualcosa... non abbiamo trovato un accordo per una integrazione... è difficile, è dura la cosa...” (Intervista n°69: Responsabile servizio ADI).

“I servizi sociali sono dei comuni questo è un dato certo, però c'è stato sempre questo braccio di ferro con l'Asl ... ma il problema è di una competizione lo devo fare io, perché lo devi fare tu tra il comune e l'Asl ... è

un problema di competenze, di paura che una parte ruba all'altra. Certamente, la collaborazione è necessaria ma, se devo fare un' autocritica a monte stabilire dei rapporti con l'Asl è molto difficile perché l'Asl come pure il comune vuole tenere per sé il proprio potere nei rispettivi campi ... quindi dicono perché tipo l'Asl deve interessarsi di ciò di cui mi occupo io e viceversa ... c'è quindi il bisogno dell'umiltà di dire che per le persone che hanno bisogno c'è la necessità di mettersi insieme... cercando appunto di superare le divergenze con l'umiltà” **(Intervista n°56: Responsabile servizio sociale).**

In realtà, il tema dell' integrazione tra i servizi sociali e sanitari è sempre stata al centro della legislazione regionale infatti nella legge regionale del 26 Gennaio 1987, n.5 per il riordino e la programmazione delle funzioni socio-assistenziali all'articolo 10 si pone la necessità dell'integrazione nell'erogazione dell'assistenza domiciliare tra ente comunale e azienda sanitaria locale. Successivamente anche a livello nazionale nel decreto legislativo del 19 Giugno 1999, n. 229 per la razionalizzazione del servizio sanitario all'art. 3 si è inserita la disciplina in materia di integrazione socio-sanitaria, distinguendo tre categorie di prestazioni: sociali a rilevanza sanitaria, sanitarie a rilevanza sociale e ad elevata integrazione sanitaria⁸.

“... si parla di questa integrazione da anni ... anche la 5/87 lo diceva non è una novità però non si è mai avuta un' integrazione, si sono fatti incontri ma dopo l'incontro niente... abbiamo fatto degli incontri appunto per integrare questi due servizi con i responsabili del servizio dell'ADI ma ancora in effetti i singoli casi sono trattati in modo che ognuno provvede a lavorare per conto proprio..... vedremo in futuro ma non penso si arriverà a qualcosa speriamo...” **(Intervista n°56: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“L'integrazione sociosanitaria in realtà è da tempo sulla scena dell'assistenza basta pensare al decreto legge 229 che era la legge di riordino del sistema sanitario del 1999 e ai piani sanitari regionali ad esempio quello più recente è quello del febbraio 2004 mi riferisco

⁸Cfr. Capitolo quattro.

ovviamente al piano sanitario regionale della Calabria fatto in riferimento alla legge 328 che è la legge quadro dei servizi sociali e quindi alla 23... In realtà tutta questa normativa altro non fa che promuovere quella che una cultura sociosanitaria... già il decreto 229 del 1999 indicava alcune aree su cui dovevano essere finalizzati gli interventi dell'integrazione sociosanitaria e che erano le aree materno infantili le aree della disabilità delle malattie croniche degenerative dunque anche gli anziani in particolare ciò che comporta un onere per le aziende sanitarie relativamente all'assistenza agli anziani è la loro assistenza a domicilio” (Intervista n°58: Responsabile ADI).

La 328/2000 quindi non fa altro che ribadire la necessità di una integrazione tra i servizi sociali e sanitari proponendo i piani di zona (**art.19**) come strumenti attraverso i quali in base alle indicazioni del piano regionale, i comuni singoli e associati nell'ambito dei distretti socio-sanitari e le aziende sanitarie locali dovranno indicare le priorità e gli obiettivi strategici degli interventi socio-sanitari per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi⁹. Tuttavia, è chiaro che i ritardi riscontrati nell'implementazione della legge ne impediscono l'attuazione in Calabria.

Non essendoci così un'integrazione tra i servizi l'erogazione della cura domiciliare da parte dell'azienda sanitaria locale rimane a scopo prettamente sanitario. La selezione dell'utenza segue un *iter* diverso da quello adottato dai comuni che fa assumere al medico curante invece che all'assistente sociale il ruolo di *gatekeeper*:

“La terapia che diamo noi vede sempre il coinvolgimento del medico curante altrimenti noi non possiamo curare il paziente in modo adeguato... a volte ad esempio durante le feste di natale ci succede che il medico curante non c'è ma noi non lo possiamo sopperire perché è il medico curante che conosce la paziente, sa se è allergico ad un farmaco... o se il paziente è diabetico è il medico curante a saperlo. Per questo mettere in piedi una terapia è possibile solo se il medico curante conosce bene la paziente e collabora con noi” (Intervista n°58: Responsabile ADI).

⁹ Cfr. Capitolo quattro.

“La richiesta deve comunque partire dal medico di base ... la figura cardine del progetto assistenziale è sempre il medico di famiglia che è il fiduciario del paziente ed è con il medico curante che l’azienda sanitaria concorda la modalità di intervento domiciliare...” **(Intervista n°67: Responsabile ADI).**

È il medico di base, infatti, che ha l’onere di prescrivere l’assistenza domiciliare per il proprio paziente stilando un piano di intervento domiciliare (PID) volto a verificare la qualità e la congruità delle prestazioni da erogare. Il problema è che da parte dei responsabili del servizio ADI si è riscontrata una sfiducia sulle motivazioni etiche e professionali dei medici di base a causa di un conflitto di interesse che li porterebbe a non agire per il benessere del paziente.

Una prima motivazione di quanto appena affermato, secondo le testimonianze raccolte, sembra essere data dal fatto che accanto all’assistenza domiciliare integrata, si ha la possibilità da parte dei medici di medicina generale o di base di ottenere un extra economico da parte dell’Asl per erogare quella che viene definita assistenza domiciliare programmata o ADP che permette l’accesso settimanale, quindicennale o mensile del medico di base a casa dell’assistito quando quest’ultimo si trova impossibilitato a raggiungere l’ambulatorio medico.

La seconda e ultima motivazione della riluttanza dei medici a prescrivere l’assistenza domiciliare secondo i professionisti intervistati risiede nel fatto che questi talvolta sono a capo degli istituti di cura per anziani. Questa condizione impedisce l’accesso del paziente ad altre forme di supporto alternative all’istituzionalizzazione come quella domiciliare:

“I medici di base tendono a non prescrivere l’ADI per i loro pazienti perché preferiscono ricorrere all’A.D.P. ossia all’assistenza domiciliare programmata per gli anziani che non possono andare all’ambulatorio del medico di base perché non autosufficienti o per mancanza del familiare che lo accompagna. Si fa richiesta al distretto da parte del medico di base... che elabora un PID (piano di intervento domiciliare) per definire la terapia di cui il paziente ha bisogno in cui si dice perché il paziente non può andare all’ambulatorio e che necessita ad esempio da 1 a massimo 4 visite

domiciliari al mese da parte del medico di base che per questo però viene retribuito attraverso un extra dall'Asl... e quindi capisci bene perché poi sono restii a mandarli da noi. Poi devi sapere che i medici di base sono spesso soci o direttori di R.S.A. per cui a loro conviene far ricoverare l'anziano. Diciamo che non operano sempre per l'interesse del paziente”
(Intervista n°61: Responsabile ADI).

“... e se devo essere sincero qui il problema per dare un'assistenza domiciliare integrata è anche nella collaborazione con i medici di base perché come le dicevo prima sono il fulcro di un servizio del genere ma non sono interessati ad incontrarci per un discorso di assistenza domiciliare... e l'interesse non è attecchito per una questione economica perché lei sa che i medici hanno l'ADP, quindi praticamente l'assistenza domiciliare programmata che la fanno loro e quindi fanno praticamente un piano che dice di cosa ha bisogno l'assistito... e poi viene verificato dall'Asl e se l'Asl ritiene che è vero che si ha tale necessità autorizza il medico di base ad effettuare l'ADP... e viene pagato per questo ... allora attuare l'ADI è come se qualcuno prenda qualcosa a loro e naturalmente se loro non hanno il rientro non fanno niente per niente secondo me è questo il motivo. Quando collabora è perché spesso è il paziente che lo chiede e costringe il medico a fare la base però noi non abbiamo avuto una esperienza di collaborazione con loro... tranne in casi rari... in cui i medici si impegnano in modo attivo per tale servizio”
(Intervista n°69: Responsabile ADI).

Secondo quanto previsto dal progetto obiettivo *“Tutela della salute degli anziani”* l'assistenza domiciliare integrata, dopo il coinvolgimento iniziale del medico curante, deve ottenere l'autorizzazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica appositamente introdotta per ottenere un parere multi professionale prima dell'erogazione della cura domiciliare. Secondo il Progetto Obiettivo questa infatti deve essere composta da un geriatra, un infermiere professionale, un assistente sociale, un tecnico della riabilitazione e a seconda dei bisogni degli utenti anche da altri professionisti quali il neurologo, l'urologo, l'ortopedico, l'oculista, il fisioterapista, l'audiologo, il logopedista, il terapeuta occupazionale, il podologo e il dietista:

“Noi come azienda sanitaria assistiamo e diamo assistenza a domicilio all’utente che ne fa richiesta attraverso una procedura che è piuttosto regolamentata... si fa richiesta al medico curante, il medico curante poi lo inoltra a sua volta oppure è l’utente stesso che si presenta ai servizi distrettuali ai responsabili dell’ADI e agli uffici di ricevimento di queste pratiche per chiedere assistenza domiciliare anche per i propri parenti o per un congiunto [...] successivamente è l’Unità di valutazione geriatrica che si occupa di dare l’autorizzazione” (Intervista n°58: Responsabile ADI).

Lo scopo del legislatore era quello di ottenere tramite l’Unità di Valutazione Geriatrica un mezzo per realizzare un’analisi multidisciplinare dei bisogni degli anziani all’interno della quale la presenza dell’assistente sociale doveva fungere da anello di congiunzione tra azienda sanitaria ed ente comunale anche se come ricordato sopra non essendoci di fatto accordi tra i due enti per un’erogazione integrata del servizio a livello territoriale, l’assistenza è rimasta prettamente a scopo sanitario tanto da essere erogata prevalentemente a persone allettate o terminali:

“... eroghiamo un’assistenza domiciliare di tipo prettamente infermieristico ... ogni paziente mantiene il proprio medico curante e generalmente sono persone allettate in stato vegetativo o quasi ... inoltre non è un servizio pensato per anziani e basta ma per tutte quelle categorie di utenti che in quanto malati gravi hanno bisogno di assistenza a casa come nel caso degli oncologici o forti casi di demenza ...” (Intervista n°74: Responsabile ADI).

“Noi eroghiamo il servizio alle persone allettate non autosufficienti e l’assistenza consiste in prelievi domiciliari, visite specialistiche, alimentazione parenterale, cura delle piaghe da decubito, sostituzione di cateteri [...]” (Intervista n°90: Responsabile ADI).

Come avviene per l’erogazione dell’assistenza domiciliare a scopo socio-assistenziale, anche per quella sanitaria l’utente non viene coinvolto nell’iter decisionale. È la famiglia che fa richiesta del servizio al medico di base e avvia la

procedura. Anche qui il paziente si ritrova, così, a non avere alcun potere nella gestione della propria vita e costretto a dover accettare un aiuto mai richiesto da parte di persone estranee a cui difficilmente, almeno nella fase iniziale, si sente di poter dare piena fiducia:

“... con il paziente inizialmente, sì, ti vedono come un estraneo perché sono le famiglie che ci contattano non sono mai loro che chiedono il nostro aiuto e poi devi sapere che spesso non accettano la malattia, e quindi anche di essere aiutati perché sentirsi dipendenti non è facile [...]poi si affezionano e anzi aspettano con ansia il tuo arrivo, anche perché capiscono che hanno la necessità di essere aiutati” **(Intervista n°84: Infermiere domiciliare).**

Gli operatori maggiormente coinvolti nell'erogazione della cura domiciliare sono gli infermieri delle aziende ospedaliere che generalmente vengono assunti a regime di straordinario dalle aziende sanitarie locali:

“Intanto noi funzioniamo a un ritmo molto ridotto perché non abbiamo il personale adeguato. Non abbiamo altre figure che collaborano con noi. Se voi pensate che in un bacino di utenza come questo abbiamo un caposala, tre infermieri e un responsabile ... i fisioterapisti e altre figure che collaborano con noi sono tutti in un regime di straordinario, cioè personale destinato all'ADI sono solo 3 infermieri professionali e un caposala tutte le altre prestazioni che noi riusciamo ad erogare ci rivolgiamo a personale che ha fatto domanda e che lavora con noi a fine di soddisfare le esigenze che abbiamo in regime di straordinario...” **(Intervista n°58: Responsabile ADI).**

Le prestazioni, infine, possono distribuirsi in sei accessi su sette giorni settimanali a seconda della gravità dei casi garantendo all'utente, quindi, qualcosa in più dei due o tre interventi settimanali a scopo socio-assistenziale erogate dai comuni e sempre meno però dei quattro accessi giornalieri raggiungibili in Kent:

“Dipende dai bisogni dell'anziano per cui è possibile che per alcuni pazienti andiamo a casa sei giorni su sette settimanali, e in alcuni casi sono

necessarie due ore di prestazione e in altri per esempio se si tratta di un prelievo mezz'ora ma dipende sempre dai bisogni del paziente” (Intervista n°91: Responsabile ADI).

7.3 I centri di aggregazione sociale

I centri di aggregazione sociale per anziani sono centri diurni finalizzati allo svago e alla socializzazione che vengono generalmente gestiti¹⁰ e finanziati dagli stessi anziani. Per accedere al centro è infatti necessaria l'iscrizione che avviene tramite il tesseramento da cui si recepiscono gran parte dei soldi necessari a pagarne le attività. L'ente comunale provvede, così, semplicemente a fornire le strutture e a pagare le bollette della luce e in alcuni casi, tramite l'Asl, a fornire supporti infermieristici con accessi programmati:

“... non abbiamo centri semiresidenziali, solo centri di aggregazione sociale che sono autogestiti dagli anziani e prevalentemente in questi centri si balla e si gioca a carte. Noi sostanzialmente forniamo la struttura e i contributi economici e paghiamo le bollette della luce ... poi abbiamo adibito una stanzetta del centro per l'assistenza infermieristica perché abbiamo un infermiere pagato dall'Asl che viene due volte a settimana e un fisioterapista [...]” (Intervista n°72: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“... abbiamo poi i centri socio-culturali in cui gli anziani svolgono attività di socializzazione perché sono centri contro l'isolamento e l'emarginazione sociale ed è un servizio gratuito e abbiamo 4 centri socio-culturali al momento. Noi gli abbiamo offerto i locali a livello gratuito che hanno dal 2002 e provvediamo al pagamento della luce [...] dimenticavo che poi tramite un infermiere pagato dall'Asl gli forniamo anche un'assistenza infermieristica due volte a settimana sempre presso il centro” (Intervista n°56: Responsabile servizi sociali agli anziani).

¹⁰L'organo che prende le decisioni relative alle attività da svolgere durante l'arco dell'anno è il Comitato di gestione i cui membri, presidente e vicepresidente vengono eletti dagli stessi anziani del centro. Ogni centro poi dispone di un proprio statuto.

Le attività che generalmente vengono promosse dagli anziani nei centri sono: recite teatrali, corsi di alfabetizzazione e di informatica per l'uso dei computer, gite e gare di ballo. Tali attività vengono articolate durante tutto l'arco dell'anno con l'obiettivo di promuovere la socializzazione anche tra vecchie e nuove generazioni e potenziare la creatività degli anziani:

“Di recente gli anziani hanno scritto un libro di proverbi in calabrese, ma scrivono anche commedie che poi loro stessi interpretano, per cui diventano anche attori e arrivano quindi a fare cose che neanche loro avrebbero mai pensato di fare. Spesso vanno nelle scuole elementari a raccontare le loro esperienze di vita e devo dire che ai bambini piace, ne rimangono davvero entusiasti e gli anziani si divertono con loro ... hanno anche rappresentato il Barbiere di Siviglia attraverso i burattini di carta pesta che loro stessi hanno costruito, in particolare le donne hanno provveduto a cucire i vestiti ... e questo devo dire che ha avuto un grande successo, siamo arrivati a più di un mese di rappresentazioni. Ogni sabato sera vengono qui a ballare ed è piacevole vedere come ci tengono ... si vestono eleganti ... le donne si truccano e vanno dal parrucchiere perché per loro è un giorno importante ... la serata viene pagata interamente da loro, noi diamo solo la struttura e si pagano anche l'orchestra. Anche di mercoledì vengono qui a ballare ma usano il giradischi offerto dal comune alla struttura ... durante l'estate si scialano a ballare fuori dove c'è la pista da ballo. Ogni giovedì leggono le poesie in vernacolo e le commentano tra loro ... due anni fa hanno formato un vero e proprio coro e hanno portato di questi periodi la strina nelle scuole. Inoltre sempre di questi periodi è tradizione che i bambini della scuola vengono a vedere il presepe dei nostri anziani ogni anno e in genere gli anziani preparano loro tanti dolci, per loro sono come dei nipoti che vengono a visitare il centro. Qui vicino c'è una ludoteca per bambini disagiati e i nostri anziani provvedono ogni anno per la befana a comprare i regali e preparare dolci a questi bambini, un nostro anziano gli ha persino regalato la sua pianola perché per motivi di salute non può più suonarla. Hanno anche adottato un bambino a distanza ... poi organizziamo viaggi e le mete di solito le decidono loro ... fanno il torneo di bocce nel campo apposito qui sotto ... poi ogni settimana c'è un torneo di carte a cui gli anziani, specialmente gli uomini, non rinunciano mai ... abbiamo un insegnante che viene ogni mercoledì mattina per l'alfabetizzazione e molti anziani hanno, grazie a questo centro, conseguito

la quinta elementare e persino la terza media ... una volta all'anno di questi tempi il comune offre l'orchestra e i "cuddurieddi" per festeggiare l'inizio delle feste natalizie ... e il 31 organizzano il cenone di fine anno. La musica la pagano gli anziani mentre la cena la manda il comune tramite un catering" (Intervista n°107: Responsabile centro di aggregazione sociale).

È necessario sottolineare che non si tratta di strutture semiresidenziali finalizzate ad offrire anche un supporto nell'aiuto dell'igiene e nella corretta deambulazione e alimentazione della persona anziana come per i *day centres* inglesi poiché, come affermato dai professionisti intervistati, gli anziani tendono per lo più ad ottenere questo tipo di supporto dalle famiglie che si rilevano così nuovamente essenziali per la qualità della vita dell'anziano calabrese:

"Vengono quasi ogni giorno anche solo per 5 minuti o un ora, poi vanno via e a volte tornano. Generalmente si organizzano tra di loro sulle attività da fare insieme. Le donne spesso lavorano a maglia mentre gli uomini giocano a carte o si mettono a ballare con il giradischi ... noi offriamo solo la possibilità di svolgere le attività che vogliono non offriamo il pranzo o altro perché qui tutti hanno una famiglia che si prende cura di loro e li accompagnano quando vogliono . La maggior parte dei nostri anziani hanno alle spalle famiglie che li curano e gli vogliono bene e quindi non hanno bisogno di questo genere di aiuto" (Intervista n°109: Responsabile centro di aggregazione sociale).

7.4 I trasferimenti monetari al posto dei servizi

I trasferimenti monetari consistono in contributi economici erogati da parte dello Stato in sostituzione dei servizi. In Italia in generale, e in Calabria in particolare, la preferenza verso tali forme di intervento pubblico è stata data dalla presenza di un modello culturale che ha storicamente fornito un'interpretazione privatistica e familistica del compito di cura, anziché pubblica statale, come già affermato nel corso di questo capitolo.

La forma più diffusa è l'indennità di accompagnamento introdotta dalla legge n.18 del 1980 che a differenza dei primi viene distribuita a somma fissa a tutti gli individui invalidi indipendentemente dalle condizioni reddituali per pagarsi l'assistenza di cui hanno bisogno.

Secondo le dichiarazioni dei professionisti intervistati, gli assegni di cura rappresentano un forte incentivo per le famiglie a farsi carico del proprio parente anziano poiché gli permettono di migliorare il loro tenore di vita considerando l'alto tasso di disoccupazione e di povertà presente nella regione Calabria¹¹. Tuttavia, insieme a queste situazioni i professionisti hanno dichiarato di riscontrare anche casi in cui le famiglie pur non necessitando di un'ulteriore entrata economica per vivere in modo dignitoso approfittano della situazione per incrementare il loro *status*:

“L'anziano è portatore di reddito come la pensione o gli assegni di accompagnamento e spesso su questo reddito vivono o figli o nipoti che sono disoccupati... per cui non è raro vedere situazioni di anziani che avrebbero necessità di ricovero ma che rimangono a casa, perché nel momento in cui si dovessero ricoverare, la famiglia perderebbe un introito in più” (Intervista n°64: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“... molti sono abbandonati dai figli e usati per avere un introito in più e quando non sono più capaci di darlo vengono completamente abbandonati” (Intervista n°106: Responsabile cooperativa per servizio domiciliare).

Spesso di fronte alla carenza qualitativa e quantitativa dell'offerta domiciliare erogata dai comuni e dalle aziende sanitarie locali, gli assegni vengono richiesti da parte dell'anziano per assumere privatamente personale qualificato in grado di offrire un'assistenza continua. Tuttavia, quando non riescono ad ottenere l'assegno o a trovare personale da poter pagare a buon prezzo ricorrono al mercato nero assumendo badanti extracomunitarie¹² che sono in grado di dare un aiuto

¹¹ Cfr. Capitolo cinque.

¹² «La domanda di assistenza domiciliare coperta da una offerta pubblica, è, infatti, una parte trascurabile di quella più ampia coperta o dall'intervento dei familiari o di lavoratrici per lo più

continuo ed economico da un lato e poco qualificato e dedito al ruolo di cura dall'altro, come denunciato dalle seguenti interviste:

“Teri abbiamo fatto le medicature a questa paziente, ci sono due rumeni che la guardano, ma l’ho trovata sporca e ho detto: “ ma se ci sono due persone che la guardano perché è sporca?...” **(Intervista n°59: Infermiere domiciliare).**

“... abbiamo avuto casi in cui la badante li ha derubati o maltrattati e quindi vista l’esperienza la famiglia preferisce affidarli a noi che ad altre badanti” **(Intervista n°100: Responsabile struttura residenziale).**

“[...] una volta un familiare ci ha portato un anziano che ha rischiato di avere la cancrena ad un piede perché la badante non era qualificata e quindi ha rischiato di morire. Diciamo che realizzano che è meglio portare l’anziano da noi rispetto che affidarli a persone che non sono in grado di dargli l’assistenza di cui hanno bisogno” **(Intervista n°96: Responsabile struttura residenziale).**

La legge 328/2000, non dedica particolare attenzione agli assegni di cura. Ne parla, infatti, solo nell’art. 16, dedicato più in generale alla «Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari» in cui al comma 3, punto *d* indica le prestazioni economiche come supporto alla cura domiciliare prestata alle famiglie che si occupano dei membri più deboli tra cui vi rientrano gli anziani. Una maggiore attenzione è invece posta dalla legge ai *voucher*, o buoni di cura, a cui viene dedicato l’articolo 17 che definisce come «Titoli per l’acquisto di servizi sociali» (Ranci, C. 2001).

Quest’ultimi a differenza degli assegni di cura, non sono trasferimenti monetari a sostegno delle famiglie che si prendono cura dei propri anziani in sostituzione dei servizi locali ma, come i *direct payment*, devono essere usati dall’utente per acquistare i servizi di cui ha bisogno. A differenza di quest’ultimi, però, l’utente

provenienti da paesi dell’est o in genere extracomunitari completamente in nero», Ranci C. (2001).

può ottenere la prestazione esclusivamente dagli enti accreditati dal comune e non tra la molteplicità degli enti privati che concorrono nel mercato sociale dei servizi.

7.5 Le strutture residenziali

Le strutture residenziali anche in Italia come in Inghilterra sono state storicamente distinte in sociali e sanitarie. Tuttavia mentre in Inghilterra tale distinzione ha dato luogo a due tipi di strutture denominate come *nursing home* e *residential home*, in Italia si è posta la necessità di fare una distinzione più articolata in virtù delle diversità nell'ampiezza e capacità di ricezione e nelle modalità e tipologie di cure erogate, andando comunque a rappresentare strutture che possono, poi in ultima analisi raggrupparsi in strutture a carattere sanitario e socio-assistenziale.

Fanno parte delle strutture a carattere principalmente sanitario le residenze sanitarie assistenziali, o RSA, introdotte attraverso il decreto ministeriale del 22/12/1989 secondo il quale i finanziamenti del fondo sanitario nazionale dovevano essere utilizzati per costruire strutture sanitarie per anziani nell'ambito del comparto sanità. Si tratta, quindi, di strutture a carattere ospedaliero rivolte a persone anziane e disabili, in condizione di temporanea o permanente non autosufficienza o semiautosufficienza, affette da patologie croniche stabilizzate o in fase di stabilizzazione che necessitano di assistenza medica intensiva e di supporto nelle attività quotidiane.

L'accesso deve essere stabilito dalla valutazione multidimensionale e multi-professionale dell'Unità Valutativa Geriatrica come previsto per l'accesso all'ADI, mentre i costi sono a carico del SSN (fatta salva la partecipazione del paziente).

Oltre alle RSA si hanno poi le case protette che sono strutture sociali a valenza sanitaria per anziani non autosufficienti e non assistibili a domicilio ma che a differenza di quelli che entrano nelle RSA necessitano di modeste anziché intensive cure sanitarie. Trattandosi di strutture a scopo socio-assistenziale e

sanitario i costi sono a carico del SSN solo per il 50% mentre il resto è a carico del paziente.

Le strutture a carattere preminentemente sociale sono invece rivolte agli anziani autosufficienti che hanno bisogno prevalentemente di aiuto nelle attività quotidiane. In queste strutture, generalmente si organizzano attività ricreative per lo svago e la socializzazione degli ospiti. Inoltre, si garantisce il supporto sanitario, in caso di necessità, attraverso accessi programmati e una pronta reperibilità notturna e diurna del medico. Di queste categorie fanno parte le case di riposo e le case albergo che in accordo alla legge regionale n. 5 del 1987, che continua a regolamentarne la funzionalità e organizzazione in attesa dell'implementazione della legge quadro 328/2000, hanno rispettivamente una capacità ricettiva massima di 70 e 20 posti letto. L'accesso è gratuito per gli anziani senza reddito mentre per quelli che recepiscono la pensione la retta viene stabilita in base alla valutazione del reddito. Secondo l'esperienza professionale degli intervistati più alto è il reddito maggiore è la qualità della cura residenziale che gli anziani possono ottenere:

“Il problema è che gli istituti sono diversi. Abbiamo quelli più costosi che possono permettersi pochi anziani, gli altri che hanno un reddito di 400 euro al mese possono permettersi invece istituti le cui condizioni igieniche non sono sempre adeguate... per cui si ha una distinzione sulla qualità della cura in base al reddito che l'anziano possiede... per questo motivo alcuni anziani muoiono per le cattive condizioni igieniche all'interno degli istituti... mi ricordo di un anziano che è morto dopo 10 giorni dall'ingresso perché non è stato adeguatamente assistito” **(Intervista n°60: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“[...] quando un anziano non ha abbastanza soldi per andare nelle case di riposo più attrezzate li mandiamo nei ricoveri riuniti che sono case di riposo o ex ospizi a cui accedono gli anziani a basso reddito poiché il resto viene pagato dal comune... per accedere ad altre strutture gli anziani devono avere una pensione maggiore di quella minima... perché i costi sono alti...” **(Intervista n°66: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

Infine, considerando la distribuzione territoriale delle strutture residenziali sul territorio calabrese raffigurate nella *figura n°1* si nota come queste tendano a concentrarsi solo in determinate aree rispetto ad altre. Dalle interviste effettuate ai responsabili dei servizi sociali, infatti, si è riscontrato come questi siano spesso costretti a spostare i propri pazienti anziani da una zona ad un'altra della regione per fornire l'assistenza residenziale richiesta:

“Strutture non ce ne sono in zona, abbiamo solo una casa di riposo per cui se c'è necessità e questa sola struttura non ha disponibilità di posti l'anziano rischia di essere mandato in strutture ubicate in altre città quindi rischia di essere allontanato anche dalla città di residenza non solo dalla propria casa” (Intervista n°70: Responsabile servizi sociali agli anziani).

“Poi abbiamo due strutture residenziali una è una casa di riposo e l'altra è una casa protetta ma una sta per diventare R.S.A. C'è da dire che poiché c'è ne sono solo due abbiamo molti problemi perché le richieste ci sono. Pensa che nella casa protetta ci sono più di 90 anziani quindi siamo oltre i limiti e quindi siamo costretti a mandare i nostri anziani in altre parti e a volte, chi è nella casa di riposo e deve essere spostato in una struttura sanitaria al trauma che già di per sé l'anziano subisce nello spostamento si aggiunge quello di essere mandato in un altro comune e da qui anche i disagi della famiglia per andarli a trovare” (Intervista n°92: Responsabile servizi sociali agli anziani).

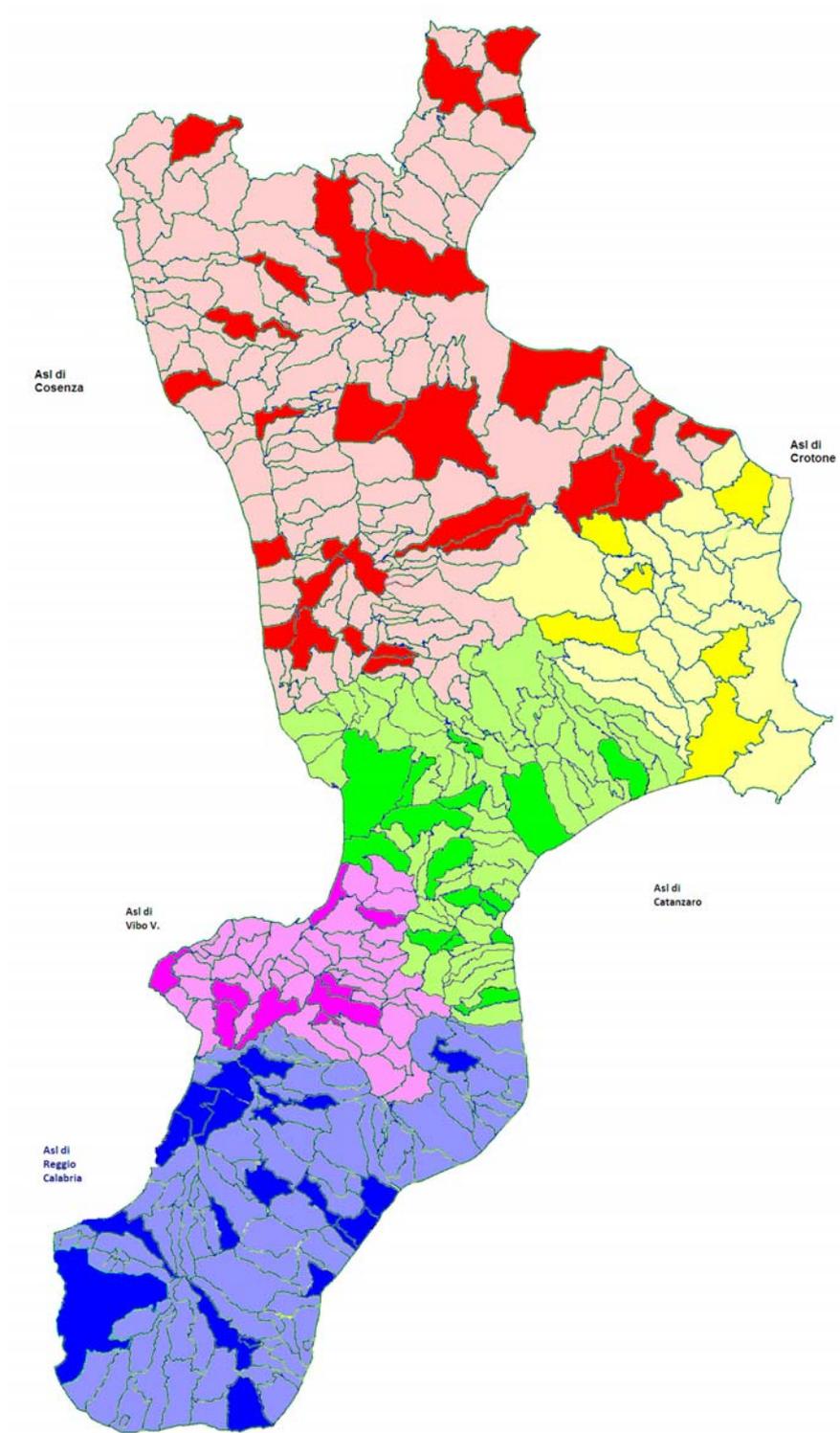


Figura 7.1: Distribuzione territoriale delle strutture residenziali a scopo socio-assistenziale divise per Asl. (I colori più intensi indicano l'area comunale di appartenenza delle strutture)

7.5.1 Le cause dell'istituzionalizzazione in Calabria

La tradizionale presenza della famiglia nell'erogazione dell'assistenza domiciliare funge da barriera all'istituzionalizzazione degli anziani calabresi. Il tasso di istituzionalizzazione rimane, infatti, contenuto¹³ nonostante i cambiamenti socio-demografici¹⁴ stiano determinando un incremento della popolazione adulta e un decremento di quella giovane in grado di prendersi cura dei membri più anziani all'interno delle famiglie:

“In genere le famiglie riescono a coprire le necessità dell'anziano per tenerlo a casa... ovviamente però la mia è un'esperienza di case di riposo... ma credo che si hanno ancora famiglie che preferiscono mantenere l'anziano a casa... tutto qui” **(Intervista n°60: Responsabile servizi sociali agli anziani).**

“Indubbiamente, ancora da noi sta tenendo un po' di più la vecchia formula familiare degli anziani in famiglia. Specie nei centri meno urbanizzati e nella periferia ancora vale questa regola di convivenza, questa norma affettiva...” **(Intervista n°67: Responsabile ADI).**

Il ruolo prioritario assunto dalle famiglie nell'offerta socio-assistenziale richiede, in Calabria più che in Kent, da un lato lo sviluppo di corsi di formazione finalizzati all'acquisizione di competenze più ampie da parte delle famiglie per metterle in grado di prendersi cura del proprio parente anziano il più a lungo possibile e dall'altro un'offerta molto più efficace ed efficiente di servizi territoriali capaci di supportarle nel ruolo di cura. Succede sempre più di frequente, infatti, secondo gli operatori intervistati, che quest'ultime rinuncino ad assumere il ruolo di cura non potendo contare su un adeguato supporto territoriale:

“... moltissimo ha a che fare con la mancanza di servizi che garantiscono un aiuto concreto a chi per esempio vuole tenersi un anziano a casa. Ciò la dice lunga sulla nostra incapacità come pubblico di dare delle risposte adeguate alternative all'istituzionalizzazione dei nostri anziani” **(Intervista n°58: Responsabile ADI).**

¹³ Appendice C.

¹⁴ Cfr. Capitolo cinque.

“Le famiglie non ce la fanno perché non adeguatamente supportate dai servizi territoriali che non ci sono ... le famiglie sono abbandonate dalle istituzioni, non sono adeguatamente supportate perché se vi fossero i servizi di supporto non avrebbero bisogno di portarli in istituto” **(Intervista n°71: Responsabile ADI).**

Le cause dell'ingresso negli istituti di cura, però, sono anche legate a fattori economici. Come illustrato nel capitolo cinque, infatti, in Calabria l'indice di povertà risulta essere particolarmente elevato in tutte le fasce di età e soprattutto in quella più anziana. Sono stati numerosi infatti i professionisti che hanno incluso tra le cause dell'istituzionalizzazione anziana le cattive condizioni economiche, spesso così compromesse da condurre l'anziano stesso a scegliere l'ingresso nelle strutture residenziali come l'unica alternativa possibile per sopravvivere:

“Se hanno i soldi suggeriamo di prendersi una badante altrimenti se il reddito è basso provvediamo a dargliela noi, ma quando questo non è abbastanza e il loro reddito è basso suggeriamo la casa di riposo perché ad un anziano che ha bisogno di 24 ore di assistenza e ha un reddito di 400 euro al mese non possiamo proporgli di trovarsi una badante, per cui l'ingresso in una casa di riposo può essere dato sia dai bisogni che dal reddito basso [...] devo dire però che se ci sono i figli difficilmente vanno nelle case di riposo” **(Intervista n°87: Assistente sociale).**

“E' un'esperienza amara signorina... ho la pelle d'oca [...] può darsi che siano capitate tutte a me perché mi baso sull'esperienza mia personale... però la maggior parte dei casi che ho visto anche con la mia esperienza di 4 anni in una casa di riposo... la realtà era di gente che poveraccia nei mesi invernali aveva bisogno dei termosifoni ... ” **(Intervista n°69: Responsabile ADI).**

In molti casi, è l'ambiente abitativo a dimostrarsi inadeguato a condurre una vita dignitosa:

“Vi sono anziani che per esempio vivono in case in cui le condizioni igieniche sono disastrose e quindi continuare ad abitare in casa può essere

pericoloso perché le pareti crollano o non 'c'è riscaldamento. Allora suggeriamo l'ingresso ma l'anziano non vuole entrare in istituto vuole rimanere e morire a casa propria per cui l'ingresso è un dramma ... ”

(Intervista n°57: Assistente sociale).

“In alcuni casi vi sono anziani che hanno la casa a pezzi, il tetto che crolla, e quindi può essere dannoso per loro rimanere nella propria casa, o non sono autosufficienti e abbandonati a se stessi per cui se manca un supporto sociale e familiare noi scegliamo l'istituto ... ”

(Intervista n°68: Responsabile servizi sociali agli anziani).

È chiaro così che alla luce di quanto detto sin ora, l'istituzionalizzazione non è mai una libera scelta da parte dell'anziano. Quando entra negli istituti, in genere, lo fa perché costretto:

“L'anziano non vuole mai andare in istituto. Abbiamo casi di gente che vive in case veramente disagiate, dove noi stessi dobbiamo mettere le mascherine e i guanti ma l'anziano non vuole assolutamente andare in istituto, devono proprio essere messi alle strette. Se per esempio sono molto malati e la nostra assistenza è insufficiente capita che gli consigliamo di andare in istituto ma per loro si sa che l'impatto dal punto di vista psicologico è davvero brutto. È capitato che un anziano viveva in una casa con i topi ed era sfruttato dai parenti ma non voleva nonostante questo andare in istituto. Tuttavia, per le condizioni in cui viveva è intervenuta l'Asl e lo hanno costretto ad entrare in una casa di riposo e io so che nel giro di un mese dall'ingresso è morto”

(Intervista n°101: Responsabile cooperativa sociale per assistenza domiciliare).

A differenza di quanto avviene in Kent, tuttavia, il decremento della qualità della vita dell'anziano una volta entrato negli istituti non avviene soltanto in virtù del fatto che l'ingresso gli viene imposto dai familiari e dai professionisti, ma anche dalla consapevolezza di essere stato abbandonato dai propri familiari e in particolare dai figli dai quali si aspetta un riconoscimento dell'amore che gli ha sempre dimostrato durante la crescita e che nell'atto istituzionalizzante non viene

affatto ricambiato. È per questo che secondo l'esperienza degli operatori sul campo, in Calabria l'anziano una volta entrato nelle strutture si lascia andare e muore in poco tempo:

“Una volta che sono lì dentro resistono poco. Quelli che riescono a durare più a lungo sono quelli che non si rendono conto ma in genere se capiscono dove sono e di essere stati abbandonati si lasciano andare ... si lasciano morire finiscono per non mangiare più perché vogliono chiudere con la realtà per questo è necessario dare aiuto a casa per evitare che poi muoiano in breve tempo nelle strutture” **(Intervista n°79: Assistente domiciliare).**

“Sì, è possibile che una volta entrati si lascino andare perché si sentono abbandonati si sentono soli. Io quando vado nelle case di riposo molti li vedo depressi, specialmente se sono autosufficienti, perché perdono ancora di più l'autonomia che avevano stando a casa loro poi spesso non parlano con nessuno perché magari stanno con persone non capaci di avere un dialogo per la malattia, per cui si lasciano andare ... e quindi devo dire che è possibile che muoiano in poco tempo ... anche perché per l'anziano lasciare la propria casa è difficile, sono affezionati alle proprie cose e ai loro spazi. Nelle case di riposo sono costretti a condividere con altri i diversi momenti della giornata e poi perdono i contatti con la famiglia, i vicini e gli amici e quindi si sentono soli e spesso subentra la depressione e quando sono autonomi accade ancora di più perché vorrebbero fare e non possono farlo” **(Intervista n°87: Assistente sociale).**

“Noi abbiamo molti casi di anziani che si lasciano andare, non vogliono mangiare, partecipare alle attività e addirittura alzarsi dal letto questo perché nonostante noi cerchiamo di non fargli mancare nulla entrare in strutture come queste per loro rappresenta sempre uno shock perché comunque hanno dovuto dire addio alla propria casa e sono spesso anche in stato d'abbandono da parte delle famiglie” **(Intervista n°100: Responsabile struttura residenziale).**

Conclusioni

L'esposizione dei risultati relativi alle percezioni dei professionisti sociali e sanitari sull'impatto dei servizi sulla qualità della vita anziana in Calabria ha messo in risalto le diversità tra le due realtà analizzate.

Partendo dal tema dell'integrazione socio-sanitaria si è da subito messo in evidenza il fatto che, a differenza che in Kent, in Calabria non si è ancora raggiunta un'integrazione tra i due enti responsabili dei servizi sociali e sanitari poiché percepiscono nella collaborazione il rischio di poter perdere il controllo del servizio che erogano.

Le occasioni d'incontro tra i due servizi avvengono quindi in modo del tutto casuale. Capita, infatti, che l'assistente domiciliare del comune incontri a casa dell'utente l'infermiere domiciliare dell'azienda sanitaria non essendoci protocolli d'intesa per una programmazione integrata del servizio a domicilio che possa tra l'altro evitare una sovrapposizione delle rispettive competenze. I servizi vengono così erogati dai due enti in modo separato e seguono un *iter* diverso che fa assumere a seconda dei casi all'assistente sociale e al medico di base il ruolo di *gatekeeper*.

Dal lato sociale, a differenza che in Kent, la gestione ed erogazione dei servizi sociali è affidata agli enti locali comunali a capo dei quali si trovano uomini politici eletti dalla popolazione locale. Ciò fa sì che i servizi vengano utilizzati come monete di scambio clientelare.

La gestione ed erogazione dell'assistenza domiciliare viene infatti generalmente affidata dai comuni alle cooperative sociali che si dimostrano disponibili ad offrire il supporto politico necessario per mantenere il potere del politico di turno in cambio di risorse.

Sul versante sanitario, invece, si è riscontrata una sfiducia sulle motivazioni etiche e professionali da parte dei professionisti intervistati verso i medici di base a causa della presenza di un conflitto di interesse che li spingerebbe a porsi come ostacolo all'erogazione della cura domiciliare. Questi, infatti, hanno la possibilità di avere dall'Asl un extra economico se dimostrano che i loro pazienti hanno

bisogno dell'assistenza domiciliare programmata cioè di visite domiciliari a cadenza solitamente settimanale, quindicennale e mensile che il medico di base può effettuare al proprio paziente quando questi è impossibilitato ad andare all'ambulatorio medico.

Inoltre, essendo messi a capo delle strutture assistenziali sanitarie, i medici di base hanno spesso l'interesse ad istituzionalizzare i loro pazienti anziché indicargli l'assistenza sanitaria domiciliare.

In tale quadro, di fronte alle deficienze dei servizi territoriali, a differenza che in Kent, a fare da barriera all'istituzionalizzazione degli anziani calabresi non si confermano i servizi comunitari ma le famiglie che in Calabria hanno tradizionalmente assunto il ruolo di cura.

Quest'ultime, si sono rilevate essenziali per la qualità della vita anziana non solo perché gli evitano l'istituzionalizzazione ma anche perché gli garantiscono un forte supporto emotivo oltre che curativo a differenza della cura formale proveniente dai servizi locali. A questo proposito i *day centres* inglesi, o meglio le strutture di tipo semiresidenziale, si sono rilevate inadeguate rispetto ai centri di aggregazione sociale che a differenza dei primi non danno un supporto per i bisogni fisici ma esclusivamente per quelli sociali proponendosi come strutture rivolte allo svago e alla socializzazione degli anziani autosufficienti che possono contare sulla famiglia in caso di necessità.

In Calabria più che in Kent, quindi, si pone la necessità di un lavoro simbiotico tra cura formale ed informale per la qualità della vita anziana. Ciò in particolare per le devastanti conseguenze psicologiche ed emotive che spesso travolgono gli anziani secondo l'esperienza di professionisti intervistati quando vengono affidati dai propri cari alle cure formali dei servizi pubblici locali siano essi residenziali o domiciliari.

In merito, i trasferimenti monetari al posto dei servizi risulterebbero i più adeguati per il raggiungimento di una complementarietà tra cura formale ed informale. Questi infatti permetterebbero all'anziano di ricorrere al mercato privato dei servizi per ottenere un supporto adeguato e capace di agire in modo complementare con quello familiare compensando così l'incapacità dei servizi

pubblici territoriali di agire in simbiosi con esso. Tuttavia, l'erogazione del *cash* al posto del *care* come affermato da Ranci (2001) determinerebbe da parte degli enti locali un incentivo in più per non investire nei servizi territoriali mentre dal lato dei pazienti ci sarebbe il rischio di un ricorso sempre più frequente al mercato nero.

In tale quadro, una buona alternativa agli assegni di cura sono i *vouchers* o buoni di servizio introdotti dalla legge 328/2000. Quest'ultimi, infatti, a differenza dei primi permetterebbero agli utenti di poter scegliere da chi ricevere l'aiuto tra gli enti accreditati arginando il ricorso al mercato nero. Il problema è che al momento i ritardi nell'implementazione della legge ne stanno impedendo l'introduzione in Calabria.

Capitolo 8

La qualità della vita anziana tra servizi comunitari e residenziali in Kent e Calabria

Premessa

L'influenza dei servizi sulla qualità della vita anziana verrà in questo ottavo e ultimo capitolo analizzata dando voce agli utenti. In particolare, le informazioni rilevate saranno illustrate attraverso tre macro categorie da cui sarà possibile estrapolare le modalità con cui i servizi residenziali e territoriali influenzano la qualità della vita anziana all'interno di una prospettiva multidimensionale e che metta in risalto quindi l'influenza dei servizi sulla dimensione biologica, psicologica e sociale del benessere individuale. La prima che verrà presa in considerazione sarà quella dell'empowerment dell'anziano nel processo decisionale per il tipo di assistenza da erogare, attraverso la quale sarà possibile individuare la capacità dei servizi di dare ascolto alle richieste dell'utente anziano. La seconda, concernente la qualità della vita quotidiana dell'anziano, darà invece la possibilità di mostrare le modalità con cui i servizi possono concedere all'utente anziano di vivere una vita più attiva. E, infine, la terza riguardante il rapporto tra servizi e tessuto relazionale in cui l'individuo anziano è inserito, consentirà di dimostrare come l'interrelazione tra servizi e relazioni primarie, o se vogliamo tra cura formale ed informale, abbia valore in termini di innalzamento della qualità della vita anziana solo nel momento in cui si inneschi tra queste un lavoro sinergico a livello territoriale.

8.1 L'empowerment dell'anziano nei servizi

Sin dalla richiesta di aiuto l'anziano, in quanto considerato fragile, non viene coinvolto nel processo decisionale, concernente la valutazione dei suoi bisogni e dei servizi da ricevere per soddisfarli, perdendo così automaticamente il potere di

decidere della sua vita e in particolare della cura da ricevere per appagare i suoi bisogni. Dal materiale raccolto attraverso le interviste emerge chiaramente, infatti, che non si trova a vivere una situazione di *empowerment* nei servizi essendo da altri presa la decisione riguardante il suo avvenire:

“I really do not know what happened ... I think my family persuade me to come here ...” (**Intervista n°C4: Donna anziana in istituto da meno di un anno**).

“Eh! ho fatto la fine che ho fatto, mia moglie è morta e i miei figli hanno deciso di portarmi qua ...” (**Intervista n°C37: Uomo anziano in istituto da più di un anno**).

La scelta dei servizi siano essi domiciliari che residenziali non costituiscono quasi mai il frutto di una decisione consapevole da parte dell'anziano. Sono i familiari che generalmente decidono per lui dando priorità alle proprie necessità:

“I am here because my husband died and my family did not want to leave me alone but I do not like it because I like to be independent on my own at home” (**Intervista n°B3: Donna anziana di un centro diurno**).

“My GP suggested me to come here to give my wife a break twice a week [...] I miss my house when I am here ... because it is just to give my wife a break ... this is the main thing” (**Intervista n°B9: Uomo anziano di un centro diurno**).

“Avevo una badante che pagavo 300 euro al mese e mi faceva tutto e mi teneva compagnia, il giorno avevo con chi parlare mi piaceva stare con lei ma poi mia figlia ha deciso di togliermela e di portarmi qua dicendomi che mi rubava ma io non avevo niente cosa mi doveva rubare ? e poi, pure che mi rubava, a me non mi interessava. L'importante per me sono questi quattro giorni che mi restano da vivere, almeno potevo viverli a casa mia e in compagnia [...] casa mia mi manca tantissimo, anche le pietre, tutto mi manca. Se potevo decidere io me ne stavo lì e mi pagavo una donna per stare con me ma purtroppo non mi hanno dato scelta” (**Intervista n°C29: Uomo anziano in istituto da meno di un anno**).

Ciò è risultato particolarmente vero quando ne viene richiesta l'istituzionalizzazione. Molti anziani, hanno, infatti, affermato di trovarsi in istituto perché ingannati dai propri familiari:

“Io qua non ci volevo venire, mi ci hanno portata con l'inganno, mi hanno preparato tutto e mi hanno detto che mi portavano in Sila e invece mi hanno portata qua, ma io casa mia non la volevo lasciare. Ci penso sempre, non mi posso vedere chiusa qui dentro ogni giorno, non mi ci vedo stare. Mi hanno costretta a stare qui, mi hanno ingannata e ora ci devo stare a forza e mi sento isolata ... [piange]. Spesso mi viene una forte malinconia, penso alla mia casa. Adesso è vuota, abbandonata che peccato! Ho una bella casa, voi mi potete aiutare ad uscire da qua ? mi manca proprio tanto casa mia!”
(Intervista n°C31: Donna anziana in istituto da più di un anno).

“The trouble is that I did not know why I am here... I mean I like children and I have got two daughters and one son...and the thing is that ... nowadays they never used to tell you the truth of things that is happening you know... and that is sad really because sometimes the oldest one is very good... he is always good for me and I sometimes see him for the weekend ... but my son and my other daughters I do not know why but it is sad really because they were really good to me when I had the stroke and when we were together we used to get on all right together but ... I just cannot understand because they have never realized how is difficult for me to be here... and it is not nice at all...”
(Intervista n°C20: Donna anziana in istituto da più di un anno).

“Sono qua da quattro anni circa. Prima mi hanno mandato all'ospedale per un intervento al midollo spinale poi mi hanno suggerito di venire qua per fare un po' di fisioterapia ma io penso che un po' non era, perché ormai sono passati quattro anni e quindi ha superato i limiti”
(Intervista n°C39: Uomo anziano in istituto da più di un anno).

In effetti, ogni volta che si chiede agli anziani di entrare in istituto la risposta è inequivocabilmente un “no” come riscontrato dalle interviste fatte a chi riceve i servizi a domicilio o frequenta i centri diurni:

“Noooo!... Noooo!.... I love to be on my own.... well when my husband died they suggested me to go into a residential home.... but I said “no” because I want to be on my own in my own home.... I am quite happy, I have a carer in the morning and a carer in the night so I am quite happy in this way” **(Intervista n°B5: Donna anziana di un centro diurno).**

“È triste. Da quello che ho sentito non trattano bene gli anziani, se ne sentono di tutti i colori. Pensano che poiché siamo vecchi non valiamo più e ci trattano male ... no non penso siano buone per me” **(Intervista n°A12: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).**

L’istituzionalizzazione per questi anziani significherebbe la perdita della loro indipendenza e libertà che sanno di poter avere solo all’interno delle mura domestiche:

“No... well... it could be too restricted for me... I like to be independent... and I like to do things when I want... and how I want” **(Intervista n°A5: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).**

“Sì, assolutamente. Io per carattere non piego mai, sono un tipo ribelle non accetto che nessuno mi dica cosa fare, faccio sempre quello che voglio [...]io penso che diventano come schiavi là dentro. Se dovesse succedere a me mi butterei dal balcone subito perché io penso che sia peggio della galera stare lì dentro” **(Intervista n°B12: Uomo anziano di un centro diurno).**

Dalle testimonianze raccolte, quindi, la spoliazione e l’alienazione dell’individuo anziano istituzionalizzato, di cui parlano Goffman e Basaglia¹,

¹ Cit. Capitolo primo.

parte fin dal processo decisionale e non è esclusiva conseguenza del processo di istituzionalizzazione essendo all'anziano tolta la possibilità di decidere. Di questo sono abbastanza consapevoli gli stessi anziani che enfatizzano l'importanza di preparare gli utenti ad accettare l'aiuto prima di erogare le prestazioni:

“The problem is to prepare people to accept place like this, and to accept to be helped because some people do not realize or accept they need help you know” **(Intervista n°B5: Donna anziana di un centro diurno).**

“Oh! well the best way to help old people it is doing something like they do here but this is a really difficult question because there is some people you can help and there is some people you cannot help and does not matter what you do... so it depends on the person actually... and I learned that since I have been coming here” **(Intervista n°B3: Donna anziana di un centro diurno).**

“Well... I think the best way to help them it is to find out what are their needs and when it is possible supply them and when it is not possible to supply... trying to give them as much as support you can ...but it is very difficult... because for example you could need of help but at the same time still feel yourself very independent and that may be very hard... you know” **(Intervista n°A6: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).**

Oltre alle famiglie anche i professionisti sociali e sanitari difficilmente considerano gli anziani per quello che sono realmente, cioè persone che hanno semplicemente qualche anno in più rispetto ad altre. In realtà, infatti, vengono da questi considerati esclusivamente per quello che non sono più capaci di fare, senza tener conto del fatto che nella maggioranza dei casi nonostante la malattia sono persone che possono continuare ad essere protagonisti del proprio avvenire. Molti di loro hanno, infatti, dichiarato di poter ancora decidere della loro vita, nonostante la malattia, al punto da non accettare un corpo malato che non li rappresenta essendogli da ostacolo a ciò che gli piacerebbe fare:

“I cannot manage to do thing by myself so I feel that I am fighting against it [...] I cannot walk properly so I do not feel independent I always

need of help, you know [...] I am not able to do anything at all and I am exhausted about who I am because I cannot manage by myself” (**Intervista n°A1: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare**).

“Terrible... because I am almost paralyzed and I cannot walk and I hate it... I hate what I am... I pray Jesus to help me... and I think that it works because he is always with me”(**Intervista n°A8: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare**).

“Gli altri dicono che sei vecchio ma tu dentro ti senti giovane, poi ti rendi conto che sei vecchio perché ti mancano le forze se no mentalmente ti senti giovane chissà cosa faresti ... pensa che io con una protesi all’anca vengo ogni sabato a ballare e le donne del centro mi dicono sempre: “Ma come fai a ballare così all’età che hai ?” e io rispondo che è perché mi sento giovane ... lo spirito è giovane e anche se a volte le forze mi mancano riesco ancora a ballare” (**Intervista n°B14: Uomo anziano di un centro diurno**).

Quello che quindi generalmente caratterizza il processo decisionale per l'erogazione dei servizi è l'esistenza di un pregiudizio nei confronti degli utenti anziani che spinge a considerarli come soggetti deboli impedendone l'*empowerment* nei servizi, siano essi residenziali che territoriali². A questo proposito gli anziani hanno più volte affermato di fare fatica a riconoscersi in questa rappresentazione sociale di persone fragili riportando nelle interviste tale dissonanza:

“Oh! I am an independent person... because I am still able to organize my life and I do know what I want to do, you know... and I find ridiculous when people tell me what to do because I am able to do that... I do not feel old... at all” (**Intervista n°A4: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare**).

“Faccio tutto da solo mi vesto e mi lavo, a volte esco a fare una passeggiata ma il personale mi tratta da imbecille adesso per esempio

² Cfr. capitoli sei e sette.

hanno bussato ma non posso andare ad aprire e pure io dal vetro vedo se è o meno una persona che conosco ma loro non mi reputano in grado ...”
(Intervista n°36: Uomo anziano in istituto da più di un anno).

È la malattia, invece, che spesso li obbliga a scegliere personalmente l’istituzionalizzazione come l’unica risoluzione possibile. Chi entra nelle strutture, in questo caso, generalmente non lo fa perché costretto da altri, ma perché consapevole di essere ammalato e senza altre alternative, per cui l’istituto diventa l’ultima spiaggia, il minore dei mali. È questo, pertanto, uno dei casi in cui è l’anziano a scegliere l’ingresso:

*“I had to accept to be here because I need of help, you know. I lived all my life by myself but I could not go back to my house for the simple reason that I am not still able to look after by myself!... I could not move by myself as you see and I thought that this was the best place for me”***(Intervista n°C14: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

*“The only reason why I am here is that I cannot manage by myself, you know... it is nothing wrong here but, you know, when you are in your own place is like to be in your own box, you know what I mean?”***(Intervista n°C2: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

“Sono qui per ragioni di salute, ho problemi di circolazione e se non venivo qua a quest’ora ero già morto. Sono stato ricoverato in ospedale un mese prima di venire e lì mi hanno detto che non ero in grado di vivere da solo, così ho chiesto di parlare con un’assistente sociale e quando è venuta a trovarmi mi ha suggerito questo posto e appena mi hanno dimesso gli ho consegnato il libretto della pensione e mi hanno portato qua. Ma questa è l’ultima spiaggia, si sa che noi qua veniamo ad aspettare la morte. Quando ti chiudono qui significa che la tua vita è finita si aspetta solo che finisca e basta ...” **(Intervista n°C38: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

Un altro motivo che spinge gli anziani a scegliere l'ingresso negli istituti è l'indigenza anche se a differenza della malattia si è riscontra soprattutto tra i gli anziani calabresi che versano più di quelli inglesi in condizioni economiche poco adeguate a vivere una vita dignitosa³ a casa propria:

“Se si interessavano di me dovevano aiutarmi a stare a casa e invece mi hanno costretta a scegliere di venire qua perché non mi hanno aiutata . E invece la casa è importante perché casa tua è casa tua, qui non ci stai bene come lì. Intanto i soldi per aggiustare casa mia non li avevo e il comune non mi ha aiutata [...] casa mia è fredda ed è troppo vecchia non ci si può stare. Avevo chiesto aiuto al comune ma non mi hanno aiutata e così sono dovuta venire qua perché non era possibile stare a casa mia [...]” **(Intervista n°C33: Donna anziana in istituto da più di un anno).**

*“Uno qui si deve adattare all'ambiente perché ha bisogno. Io sono dovuto venire qui perché non potevo pagarmi l'assistenza a casa, ho una pensione bassa e questo è colpa del governo che permette che chi ha lavorato una vita con sacrifici poi è costretto a venire qui ad essere messo in croce perché non ha i soldi per avere un alternativa e una famiglia in grado di aiutarlo ... qui dentro c'è anche gente che ha i soldi e ha privilegi che io non ho perché a me a fine mese non restano neanche 30 euro dalla pensione, perciò se mi serve qualcosa extra non ho la possibilità di comprarmela per stare qua dentro”***(Intervista n°C36: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

Sia quando costretti da altri che per decisione propria, tuttavia, il distacco dell'anziano dalla propria casa al momento dell'ingresso è sempre doloroso. Quest'ultima è, infatti, espressione della sua individualità poiché è in essa che risiedono i ricordi della vita passata:

“ Mi manca perché mi ci sono sposata, ci ho fatto i figli e ci ho vissuto sessanta anni ... casa mia è casa mia, mi manca tanto anche se qua mi trovo

³ Come affermato nel capitolo cinque nella la contea del Kent la povertà è più diffusa tra la popolazione giovane rispetto a quella anziana che è invece più ricca mentre in Calabria succede il contrario.

bene, ma la vita mia l'ho passata là ... qua è diverso è una casa di riposo”
(Intervista n°C34: Donna anziana in istituto da più di un anno).

*“Penso spesso a casa mia e mi manca, ma ho esigenza di stare qua non sono in grado di stare solo. A volte vado a casa mia quando non piove e posso uscire e quando torno qua è brutto mi viene una morsa al cuore, fa male”***(Intervista n°C36: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

*“I had a beautiful house with two bedrooms... but I am here now and I accepted it so I take it all off... I forget it!... and I put it to the back of my mind but sometimes I still dream it”***(Intervista n°C14: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

È così che la loro identità viene notevolmente compromessa. Molti di loro però inconsciamente cercano di ricostruirla appropriandosi degli oggetti messi a disposizione dalla struttura⁴. In un contesto quale quello residenziale che tende ad uniformare le identità degli individui ricoverati, la possibilità di appropriarsi di qualcosa offre all'anziano l'opportunità di distinguersi finalmente dagli altri. È così che tende a difendere gelosamente le sue cose fino ad aggredire verbalmente l'altro quando se ne appropria. Quando si entra nelle strutture ci si ritrova spesso ad assistere a questo tipo di litigi di cui si riporta una breve testimonianza:

“Io rispetto e voglio rispetto, non sono secondo a nessuno, quello che per me è importante è il mio rapporto con il personale. Gli altri per me non sono nessuno, sono solo compagni di numero e basta ... i quadri che vede esposti su quella parete li ho fatti tutti io perché a me piace dipingere e allora ho chiesto al responsabile di avere un mio tavolo e ora ne sono molto geloso nessuno si deve permettere di usarlo devono avere rispetto delle mie cose come io c'è l'ho per le loro ... **(Intervista n°C28: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).**

⁴ Nel capitolo 1 citando Goffman si ricorda come nel suo studio egli abbia rilevato una inclinazione da parte degli internati a raggiungere una definizione di sé originale e dunque non appiattita dai vincoli istituzionali attraverso quelli che egli definisce “adattamenti secondari”, ovvero degli stratagemmi attraverso cui gli internati ricorrono per ricostruirsi un'identità personale pur nel contesto estremamente costrittivo del manicomio di cui l'uso personalizzato dei pochi oggetti comuni accessibili può rappresentarne un esempio.

Nel rapporto tra l'identità e oggetto sul cui possesso la prima è ricostruita, il potere economico può nuovamente avere una forte valenza per l'*empowerment* degli anziani nei servizi anche se questa volta non funge da deterrente alla scelta dell'istituzionalizzazione ma influenza la possibilità o meno di ottenere una serie di privilegi di cui si può usufruire una volta entrati. Accade infatti che solo coloro che sono in grado di accedere alle strutture più lussuose possono, in realtà, ottenere stanze singole e spaziose capaci di contenere anche l'oggetto più ingombrante come la propria poltrona. Tali differenze sono state riscontrate tanto in Kent quanto in Calabria:

“I have got a receiver radio operator and here my transmitter could interfere with the hearth machine so I am really happy that they gave me this particular room to use it” **(Intervista n°C8: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).**

“I am in a suit room so I brought my big chair, my books and some pictures” **(Intervista n°C14: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

“I have only brought with me some paper but I think that you can bring everything if you want to... but you have to consider the most suitable you know because something can be too big to bring here anyway [...] I miss my chair that was so comfortable” **(Intervista n°C1: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

In alcuni casi gli anziani meno abbienti hanno dichiarato di essere costretti a condividere il bagno con gli altri ospiti, non potendo avere quello in camera o addirittura a doversi separare dal coniuge non potendo pagare una struttura in grado di offrirgli una camera matrimoniale:

“Qua viviamo in 15 nella parte maschile con due bagni ... quando la notte vado in bagno senza nessuno che mi accompagna trovo sempre la tazza bagnata. Quando mi accorgo che c'è l'urina degli altri la pulisco altre volte mi bagno e poi devo asciugarmi ... l'ho detto anche al personale, ma

purtroppo continua a succedere e altre volte non trovo la carta per asciugarmi le mani e non sempre mi vengono ad aiutare per il bidè la mattina e quindi cerco di fare da solo. Ma non è facile perché le mani non mi funzionano e allora mi sono fatto portare una spugna e così mi sono adattato ma io ho un'invalidità del 100% non capisco perché non mi aiutano [...]”(Intervista n°C29: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).

“Hanno messo anche mia moglie qua anche se lei è al piano di sopra. Purtroppo ci hanno dovuto separare, io sono al reparto maschile e lei al femminile. A volte ci vediamo, sono io che vado a trovare lei. E pensare che ci siamo voluti bene davvero, siamo sempre stati insieme e invece adesso dobbiamo stare separati. Intanto non abbiamo potuto fare diversamente” (Intervista n°C39: Uomo anziano in istituto da più di un anno).

“The only thing is that I would like to have a bathroom near to my room” (Intervista n°C1: Donna anziana in istituto da meno di un anno).

“Actually it is different because we have got small and large rooms so the price started from 370£ per week up to 450£ a week [...] we have got 4 bathrooms and 3 people who live in the suite room so they have got their own bathrooms, so we have got 30 people who have to share the bathrooms”(Intervista n°18: Responsabile struttura residenziale).

Considerando, poi, l'insufficienza e l'inefficienza delle prestazioni a domicilio erogate in Calabria di cui si è parlato nel capitolo sette, solo gli anziani che possono permettersi di pagare personale qualificato riescono a raggiungere un tenore di vita più dignitoso in caso di necessità, contrariamente a quanto avviene in Kent:

“A Dicembre ho fatto un anno, ma da Gennaio ho deciso di cambiare e ricevere il servizio da persone a pagamento perché mi sono reso conto che le due ore a settimana del comune non mi bastavano più. Sono entrato in dialisi e quindi ho bisogno di qualcuno che mi accompagni all'ambulatorio tre volte a settimana e che mi pulisca la casa e quindi ora pago due persone che vengono tre volte a settimana e fanno quattro ore, e mi è convenuto perché mi trovo meglio e ho la possibilità di pagarli perché adesso mi hanno

dato l'accompagnamento [...] di altro faccio tutto da solo, mi piace dilettermi in cucina, poi prendo l'autobus e mi faccio la spesa e vado al circolo dove incontro i miei amici e quasi sempre per il ritorno c'è qualcuno disposto ad accompagnarmi a casa. Devo dire che al momento mi ritengo soddisfatto, non sento che mi manchi qualcosa” **(Intervista n°A13: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).**

Di contro gli anziani poveri sono costretti ad arrangiarsi con quel poco che riescono ad avere o a far leva sulla loro caparbità per far rispettare i propri diritti e ottenere qualche prestazione in più:

“Francesca viene due volte a settimana Lunedì e Mercoledì. Quando non posso andare al bagno perché l'aiuto non c'è uso le salviettine e mi arrangio da sola in questo modo. Mi sono sistemata tutte le mie cose sotto perché sopra non ci posso più andare non ce la faccio e ho paura di cadere. In realtà avrei bisogno di qualche ora in più e di fare fisioterapia perché sono caduta due volte e non cammino bene magari facendo un po' di esercizi sarebbe meglio, speriamo di riuscire ad averla” **(Intervista n°A16: Donna anziana che riceve il servizio a domicilio).**

“Inizialmente mi hanno concesso un ora a settimana perché mezz'ora era per lei e mezz'ora era per me poi io sono andato a reclamare perché non era sufficiente e allora me ne hanno concessa una ogni giorno” **(Intervista n°A15: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).**

In altri casi, vi è anche chi decide di assumere badanti extracomunitarie capaci di garantirgli un aiuto continuo ed economico anche se poco professionale. Tuttavia, trattandosi di persone reclutate dal mercato nero succede che gli anziani si ritrovano ad assumere ladri o malfattori che possono maltrattarli. Alcuni di loro hanno, infatti, affermato di trovarsi in istituto proprio perché vittime delle violenze ricevute dalle loro badanti:

“Sono qua da un anno perché i miei nipoti mi hanno trovata a terra svenuta perché avevo una badante che mi ha drogata per derubarmi. Si è

presa tutte le cose d'oro che mi aveva regalato mio marito, io c'ero affezionata tanto e ora mi è rimasto solo questo anello [...] quando sono arrivata qua avevo paura di tutto, non riuscivo a dormire perché non mi sentivo al sicuro ed ero in uno stato confusionale, ero spaventata. Poi mi sono tranquillizzata perché qui sono tutti bravi e si prendono cura di me”
(Intervista n°C25: Donna anziana in istituto da meno di un anno).

*“Io ci credo alla magia signorì, perché ero a casa mia e stavo bene ma io penso che la signora che mi accudiva mi avrà fatto qualche magia, non so cosa mi ha fatto, perché mi sentivo stordito quando sono venuto qua, ma poi mi hanno curato e ora sto bene [...] non le so dire come mai sono qui, non lo so ma stavo male e ora sto bene. La signora che mi accudiva mi avrà fatto qualche magia, non lo so”***(Intervista n°C26: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).**

8.2 L'influenza dei servizi sulla qualità della vita quotidiana degli anziani

8.2.1 I centri sociali calabresi: una risorsa per gli anziani autosufficienti

I centri di aggregazione sociale per gli anziani in Calabria sono un tipico esempio di servizi in grado di influire positivamente sul benessere individuale dell'anziano poiché gli permettono di condurre una vita attiva.

In contrapposizione alla persistenza del pregiudizio sociale dell'anziano come incapace di fare e di decidere che spesso si riscontra tra chi gestisce i servizi agli anziani come riportato nei capitoli sei e sette, si scoprono in questi centri anziani attivi che per esempio diventano attori di commedie da loro stessi scritte ed ideate. Inoltre, trattandosi di centri autogestiti e finanziati dagli anziani gli danno la possibilità di sperimentare esperienze nuove rinnovandogli costantemente la voglia di vivere come riscontrato nelle seguenti testimonianze:

“Ho fatto un sacco di cose sono stato primo attore per due commedie in particolare ho fatto «u ciuatu du paise» ... è stato divertentissimo ... come

primo attore le attenzioni erano tutte su di me. C'erano anche i miei figli e i miei nipoti che sono venuti a vedere che facevo il pagliaccio sul palco [ride] e la piccola ha detto: <<nonna ma lo sai che nonno è un attore proprio bravo?>> e poi quando mia moglie me l'ha detto ho detto a mia nipote: <<perché tu avevi dubbi a riguardo? >> viva la modestia! [ride] ... ma vedere la gente ridere e applaudire è stato bello ... poi devi sapere che la commedia è stata interamente ideata da noi siamo noi che l'abbiamo scritta e poi interpretata e prendiamo spunto dalla vita pratica dalle nostre esperienze e generalmente sono commedie in vernacolo e che fanno ridere ...” (Intervista n°B12: Uomo anziano di un centro diurno).

“Di recente ho fatto il libro dei proverbi in vernacolo insieme agli altri anziani ... siamo andati nelle scuole a raccontare le nostre esperienze passate perché io del presente dimentico tutto ma del passato ricordo tutto ... sono stato invitato a raccontare ai bambini della scuola elementare la mia esperienza di vita e ho anche preparato gli aquiloni per portarglieli perché io sono bravo per fare queste cose ... devi sapere che ho lavorato alla marina e ricordo che facevo gli aquiloni con la carta di giornale” (Intervista n°B14: Uomo anziano di un centro diurno).

“Gli anziani oggi sono meno ignoranti di una volta molti di noi vanno anche su Internet e usano il computer per cui facciamo tante cose che prima gli anziani non facevano ... ci sono anziani che scrivono le poesie cantano molto bene sia le canzoni calabresi che napoletane e ora pensiamo di fare un giornalino in cui mettere le poesie che facciamo e pensiamo anche di mettere racconti di nostre esperienze di vita [...] questo centro per me è tutto pensa che sono nati anche amori qui dentro infatti si festeggia anche San Valentino questo è un posto che amo davvero” (Intervista n°B2: Donna anziana di un centro diurno).

A differenza dei *day centres* inglesi e delle strutture residenziali di cui parleremo in seguito, all'interno di questi centri gli anziani non vengono sottoposti ad alcun tipo di *routine*. Sono cioè liberi di decidere quando frequentare il centro e a quali attività partecipare mantenendo così il pieno controllo sulla gestione della loro vita quotidiana:

“Mi piace essere libero vengo ed esco di qua quando e come voglio anche perché non ti credere stare tutta una giornata qui dentro non è semplice per cui preferisco andare a casa e tornare o andare altrove dipende da quello che si fa perché ci sono giornate in cui si fa di più e altre di meno” **(Intervista n°B11: Uomo anziano di un centro diurno).**

“Vengo due volte a settimana per ballare ma se poi ci sono altre attività che mi piacciono partecipo pure insomma mi metto a disposizione” **(Intervista n°B16: Donna anziana di un centro diurno).**

Anche quando all'interno le uniche attività possibili sono il gioco delle carte e il ballo, a causa della scarsità delle risorse che ne limitano le potenzialità, questi centri diventano comunque un importante punto di riferimento per lo svago e la socializzazione. Rappresentano, infatti, soprattutto per gli uomini, un modo di coprire le giornate dopo il pensionamento mentre per le donne una preziosa risorsa per riposarsi dalle fatiche quotidiane del contesto familiare:

“[...] vedi bella, quando ho finito di lavorare che sono andato in pensione ho passato un brutto periodo, sono stato davvero male per cui il centro per me è stato un svago, un modo per riempire le mie giornate altrimenti ero diventato un nullafacente [...]Io ho ormai 77 anni e quindi venire al centro è per me anche un modo per staccare la spina da casa e distrarmi un po’[...] diciamo che al centro vengo ad arricchire di vitalità i miei giorni [...] a casa guardo la televisione, leggo o suono la pianola e la chitarra e a volte scrivo canzoni o ascolto la musica classica e quindi insieme al centro riempio le mie giornate” **(Intervista n°B13: Uomo anziano di un centro diurno).**

“Per me il centro è un luogo di socializzazione dove incontro tante persone è uno modo per uscire da casa dall'ambito familiare e svagarsi diciamo che è una valvola di sfogo e ci sto bene” **(Intervista n°B19: Donna anziana di un centro diurno).**

8.2.2 *La qualità del tempo vissuto nelle strutture residenziali e semiresidenziali*

Le domande relative all'impiego del tempo da parte degli anziani istituzionalizzati e che frequentano i *day centres* inglesi hanno fatto rilevare preziose informazioni riguardo l'influenza dei servizi sulla qualità della vita quotidiana dell'anziano.

Innanzitutto si è rilevato che a differenza dei centri sociali calabresi dove l'anziano è allo stesso tempo utente e gestore del servizio, tale per cui come già detto sopra sono loro a decidere quando e se dedicare parte del loro tempo alle attività in esso promosse, nei *day centres* inglesi gli anziani non sono mai coinvolti nelle attività gestionali per cui l'organizzazione della loro vita quotidiana è lasciata alla discrezionalità del *manager* che generalmente gli offre la possibilità di esprimere le proprie preferenze su attività già preselezionate.

Inoltre, trattandosi di centri semiresidenziali, la strutturazione della giornata consiste sostanzialmente nella consumazione della colazione e del pranzo e nella partecipazione alle attività previste nel programma giornaliero. Essendo poi, a limitata ricettività (in genere sono capaci di ospitare un massimo di 20 persone) l'accesso non è libero ma è possibile solo tramite turni settimanali stabiliti insieme al *manager* in base ai bisogni dell'utente che ne fa richiesta.

In questo caso, la potenzialità dei *day centres* di influire positivamente sulla qualità della vita anziana dipende dalla capacità di chi li gestisce, mentre quella dei centri sociali calabresi è lasciata alla creatività degli anziani.

Troviamo così in Kent *day centres* capaci di far trascorrere una giornata ricca di vitalità ai propri utenti incitandoli ogni giorno a partecipare alle svariate attività da loro stessi prescelte⁵, come qui di seguito riportato... :

“Well... I come here every Tuesday and very nice volunteers ask you if you want coffee or tea or orange sauce and I sit down and I read the paper which is supplied and we have a dinner at half past twelve, and that is very

⁵ Cfr. Capitolo sei.

good ,and then they give entertainment us after the dinner... and it is very good... we have music and we do exercise... you know... and we have bingo sometimes... and more things like these [...] I like to do everything”
(Intervista n°B1: Donna anziana di un centro diurno).

“I like meeting people and I enjoy people’s company and I have a good meals once a day... and they do as much as they can ... we have got entertainments this afternoon we have games some afternoons... so I am really satisfied” **(Intervista n°B7: Uomo anziano di un centro diurno).**

...e altri che si trasformano in luoghi di “*parcheggio*” finalizzati principalmente a dare un *break* alle famiglie dove gli anziani si limitano a consumare i pasti e a stare seduti ad una sedia aspettando di far ritorno a casa. In questo caso spesso la non volontà dell’utente di accedere al servizio di cui si è parlato nel primo paragrafo si intreccia con l’incapacità dei professionisti che lo gestiscono a riempire di vitalità i loro giorni come riportato nei seguenti stralci di intervista:

“Nothing... I cannot do anything because there is nothing much to do, you know... I would like to do something so I am not much good here really ... I lost my boyfriend and I was alone so my son suggested me to come here ... but I would like to do more activities... I do not want to spend here more time because I like my home really... so if I have to come here once a week is fine but not anymore” **(Intervista n°B4: Donna anziana di un centro diurno).**

“Well... I just sit down to talk and have a lunch and then go back at home, you know, that’s all” **(Intervista n°B8: Uomo anziano di un centro diurno).**

Accade così che il tempo della vita quotidiana degli anziani che frequentano i centri diurni assume le stesse caratteristiche di quelle degli anziani istituzionalizzati. Quest’ultimi, infatti, come i primi, hanno più volte affermato di

starsene seduti tutto il giorno ad una sedia nonostante sia forte in loro il desiderio di fare altro:

“... I can say that I just do not want to be sit down all time like a stone... I would like to do more... I just cannot walk fast that is all ... I just do not like to be sitting down all time... and read my book and so sometimes I go to my bed in the afternoon... because it is so boring to be sitting there... and at the end of the day it could be so difficult... and so miserable... you know what I mean?... It is quite difficult to explain... I think but, it is more quiet... it is just quiet life here ... the only thing I do is to sit down and read books or newspaper I would like to do more, something like decorating and something like that, you know [...] There are times that I would like to be taken for a walk in a fresh air, you know, that is all and that is everything I would like to do instead of to be shut up and sitting down in a chair [...] the best way to help old people is to try to get them doing something not leave them to be sitting down like a stone you know what I mean ?... try to keep their mind to think something, talking to them... just something to keep their minds active not let them to be sitting down... because they can do so much if you let them to do, I think...” **(Intervista n°C2: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

“Non si fa niente a volte esco ma solo quando posso, altrimenti sto seduto su una sedia e basta, vorrei essere più attivo non mi fanno fare niente” **(Intervista n°C37: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

A differenza degli anziani che frequentano i centri semiresidenziali, tuttavia, nelle strutture residenziali gli anziani si trovano costretti a sottostare alle regole e alla *routine* impostagli dalla vita istituzionale senza avere alcuna possibilità di far ritorno a casa perdendo così permanentemente il controllo sulla gestione della loro vita quotidiana:

“There is a lot of routine ... you have to get up in a certain time to be ready and you cannot smoke but I do not smoke anyway and you have to be ready to have the breakfast or lunch in a certain time” **(Intervista n°C3: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

“We have different times for breakfast, lunch and dinner so I have to follow them because, you know, they do not keep the food for you if you are late ... and I have to get up at least at half past seven to be ready for the breakfast in the living room on time because I have to get the breakfast at half past eight... and then I come back in my room and I read my book and I move around and I come back in my room again [ride] and then there is the lunch time so I have lunch and then I come back in my room and I watch the television and I sometimes go out in the garden to read the newspaper, you know, and it is quite good... and in the evening especially in this period I watch the football match..” **(Intervista n°C7: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).**

“Oh! it is static... there is more routine in my life now... so I miss the day to day organisation of my life before to come here” **(Intervista n°C11: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).**

*“La mattina mi vengono a lavare, poi faccio colazione con il latte, a mezzogiorno mangiamo e alle sei c'è la cena e la sera quando è ora vado al letto [...] il Mercoledì mi fanno la doccia e ogni mattina mi aiutano a lavarmi perché io da sola non posso farlo allora vengono in stanza mi avvisano che è il mio turno e io mi faccio trovare pronta poi alle dodici mi fanno mangiare”***(Intervista n°C23: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

Ogni giorno, per questi anziani, diventa uguale all'altro. La noia e l'apatia di non poter fare niente si scontra continuamente con la loro voglia di fare e di vivere una vita più attiva anche per chi è lì da poco tempo:

“Io qua è come se fossi in galera, in poche parole, non possa fare niente, non posso uscire a fare una camminata, sto tutto il giorno seduto e invece mi faccio tutto da solo perché io ancora mi lavo, mi vesto, faccio tutto da solo quindi me la sentirei di uscire, di camminare, ma non è possibile e quindi soffro perché non mi sento libero. Vorrei essere libero e invece non sono padrone delle mie azioni, decidono tutto loro, passo un po' il tempo a fare le parole crociate e a dipingere ma il resto diventa una sofferenza perché sono

autonomo, mi sento ancora indipendente ma qua non faccio niente. A me è sempre piaciuto fare tutto da me, sono sempre stato autonomo e libero di fare quello che volevo ... io non ho mai avuto bisogno dell'aiuto di nessuno ... quando ero a casa mia ero un libero cittadino, uscivo, andavo nei negozi, dal medico per le medicine, alla farmacia, andavo in piazza dove incontravo gli amici, facevo tutto come libero cittadino, andavo a trovare le mie cognate ma ora non posso farlo più, non ho più la mia libertà ma cerco di resistere” **(Intervista n°C28: Uomo in istituto da meno di un anno).**

“Vi sono momenti che ci sentiamo giù perché comunque eravamo abituati liberi e invece qua ci sentiamo abbandonati da tutti e siamo come detenuti anche se abbiamo la fortuna di avere chi ci accudisce. Diciamo che quello che viviamo qua è il meno peggio anche se i giorni sono noiosi perché stiamo sempre seduti ... ” **(Intervista n°C39: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

Le donne, in particolare, fanno fatica ad accettare che altri svolgano al loro posto i lavori domestici:

*“Che si fa qui non si fa niente siamo in una casa di riposo fanno tutto loro. Noi siamo seduti e basta non ci fanno fare niente. Mi piacerebbe fare qualcosa, magari lavarmi i panni o togliere la polvere, ma non ti fanno fare niente, dicono che devono farlo loro ... non posso fare le faccende come facevo a casa mia. Qui siamo come ricoverati, non mi va neanche di passeggiare fuori perché sola che vado a fare? Nessuno mi accompagna. Qui mi annoio sempre perché non faccio niente [...] a casa mia facevo la pulizia della casa, cucinavo, facevo la spesa. Ora non più”***(Intervista n°C33: Donna anziana in istituto da più di un anno).** .

“I can just say that now is different ... when I came here I thought that I was starting a new life... and I think that here is really different because I had to change completely my life... they look after about my physical needs and I do not need to do things like cooking or cleaning as I was used to do before and I miss it” **(Intervista n°C1: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

Negli uomini aumenta, invece, la malinconia verso una vita più attiva che già il pensionamento aveva compromesso:

“I worked with the horses in a farm and I got my own washing brush in my own room because I miss what I used to do in my farm” **(Intervista n°C13: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

“Seduto non mi ci vedo stare, ho un passato di agricoltore perché facevo il venditore ambulante, vendevo frutta e verdura e quindi senza fare niente non mi ci vedo stare” **(Intervista n°C40: Uomo in istituto da più di un anno).**

“I had a really good life.... I was a professional pianist and that was my band ... but now my hand is gone so I cannot play piano anymore and I had to accept it, you see” **(Intervista n°C14: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

È così che la vita di questi anziani diventa un supplizio a cui solo la morte può porre rimedio. È come se la loro vitalità si spegnesse e morisse molto prima del subentrare della morte fisica:

“Qua la mia vita è un disastro, passo le giornate senza fare niente. A casa mia avevo la badante che mi faceva compagnia, poi scrivevo, leggevo il giornale, mi davo da fare ad aggiustare diverse cosette. Quando avevo voglia guardavo la televisione, le giornate passavano più presto. Ora qua non mi va di fare niente e non c'è niente da fare e le giornate sono eterne. Una vita così non la auguro a nessuno. Quello che mi fa andare avanti è che sono alla fine e che il Signore oggi o domani viene a prendermi e così finalmente starò bene con lui” **(Intervista n°C29: Uomo in istituto da meno di un anno).**

“Yes... because when you are used to working in your life and you are used to taking care of your children and your family and you are used to cleaning your house but suddenly there is nothing to do it could be very depressing... and, you know, I would like to do things but you cannot do

that. It could be very frustrating” (Intervista n°C20: Donna anziana in istituto da più di un anno).

Solo se autosufficienti gli anziani che vivono negli istituti hanno la possibilità di rompere la monotonia dei loro giorni aggregandosi alle attività che a volte le strutture promuovono:

“I like to complete a piece of puzzle and that is one of the activities we do here and one man carer, who is in charge of activities here, gave me a piece of puzzle to do and I finished it yesterday... and I did it within one week... and it is a big puzzle because it is composed of 400 pieces... and I like to do things like that ...” (Intervista n°C13: Uomo anziano in istituto da più di un anno).

“A volte ci fanno disegnare ... a me piace disegnare. Loro mi dicono cosa fare e io riesco a fare tutto anche se sono analfabeta perché a scuola non ci sono andata. E invece qua ho scoperto che so colorare, a volte non so cosa e allora loro mi danno le idee e io mi impegno e ci riesco a realizzarle ... prima di venire qua stavo disegnando chi me lo doveva dire una analfabeta come me che sa disegnare ... faccio cose che prima non facevo. Ci sono però momenti che stiamo seduti senza fare niente ...”(Intervista n°C23: Donna anziana in istituto da meno di un anno).

In altri casi pur di evitare di consumare le giornate stando seduti ad una sedia gli anziani decidono di dedicare gran parte del tempo alla lettura o a fare una passeggiata all’aperto:

“Most of the time I could not do anything... we are always sitting in the same chairs... but I am a great reader so most of the time I read my books” (Intervista n°C4: Donna anziana in istituto da meno di un anno).

“Mi piacerebbe fare qualcosa stiamo sempre senza fare niente seduti ad una sedia vorrei essere attivo perché senza fare niente mi annoio, se il

tempo è buono vado a fare una passeggiata tutto qui” (Intervista n°C26: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).

I servizi residenziali e semiresidenziali non sono i soli che possono ostacolare la vitalità dei giorni degli utenti poiché anche quelli domiciliari, nel momento in cui si dimostrano incapaci di supportarli nel regolare svolgimento della attività quotidiane li costringono ad una vita poco attiva come rilevato in Calabria:

“Sono vecchia e sono malata e ho mio marito in queste condizioni al letto e non so come fare. I figli li ho tutti fuori, per me è una sofferenza, figlia mia. I miei figli non ci sono, sono lontani e non mi possono aiutare ci siamo dovuti sistemare sotto, ci siamo dovuti arrangiare, perché io non posso fare le scale e mio marito è a letto, non può più alzarsi. Noi abbiamo una bella stanza da letto sopra ma non ci possiamo più andare dobbiamo stare sotto ormai [...] la signora Teresa mi fa tutto, mi fa la spesa, la pulizia della casa e mi va dal medico per le medicine però a me non bastava perché sono due volte a settimana per due ore e siccome non è stato possibile avere qualche ora in più ho chiesto aiuto ad una vicina di casa che ci sta dalla mattina alla sera e mi aiuta a lavarmi e lava pure mio marito” (Intervista n°A19: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).

“Io vivo solo perché purtroppo ho perso mia moglie, quando c’era lei era diverso non mi sentivo solo come ora perché anche se i miei figli li vedo quasi tutti i giorni e il maschio ci dorme perché ho paura di rimanere da solo di notte, di giorno mi ritrovo spesso solo come ora prima che venisse lei [...] la ragazza del comune viene due volte a settimana per due ore, Lunedì e Giovedì, per farmi le pulizie di casa, ma avrei bisogno di più aiuto per avere magari un pasto caldo perché mia figlia quando può mi porta il mangiare o a volte mi porta fuori al ristorante, ma capita che non è possibile e allora io cerco di arrangiarmi . Ma non sono sempre capace, io penso che ci sono e non ci sono, non mi posso muovere con le gambe, non riesco sempre a camminare, la notte ho l’ossigeno, vorrei qualcuno che stesse con me tutto il giorno e che mi tenesse compagnia quando i miei figli non ci sono, i figli mi incoraggiano ma essere vecchi significa essere al

traguardo, al capolinea e poi ci si ritrova soli”(Intervista n°A12: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).

In Kent, invece, è la poca tempestività degli operatori domiciliari che va a compromettere anziché potenziare la qualità della vita quotidiana degli assistiti. Ciò significa che non sempre sono loro a decidere quando poter fare quello che vorrebbero dovendo dipendere in questo dagli operatori:

“I have got a carer who comes in my house from Monday to Sunday twice a day in the morning and in the evening, for an half hour, to help me with going out of bed, washing, dressing and things like that... and that is because three years ago in 2005 I had six months of strokes and I cannot walk and move very much at all... I would like that they come in earlier on Wednesday and Friday and does not matter for the rest of the week because twice a week I go to the day centre so I have to be ready for the bus when it comes” (Intervista n°A9: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).

“Quite often I have to wait for them... they should come in at half past eight but quite often they come in at quarter to eleven and so it is quite stressful for me, you see, because I cannot get out of bed without help and I do not like it...” (Intervista n°A1: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).

“You do not always know the time she should come in so you cannot arrange yourself you know... and it is pretty annoying...” (Intervista n°A2: Donna anziana che riceve servizio domiciliare).

8.3 I servizi e il tessuto relazionale degli anziani

8.3.1 *La complementarietà e la non complementarietà tra servizi e relazioni primarie*

Il benessere bio-psico-sociale dell'utente anziano, come più volte affermato nel corso dei precedenti capitoli, può essere raggiunto esclusivamente quando questo non viene privato dei suoi affetti familiari e amicali. Pertanto solo quando i servizi agiscono in modo complementare alle relazioni primarie, è possibile assistere ad un incremento della qualità della vita anziana:

“My wife is gone... so she leaves me on my own, you know... but I am managing quite well I think... I have got carers who come in every morning for an half hour and she helps me to wash and dress and she comes to do housework as well... she comes on Monday and I have got my daughter who comes in on Tuesday so she comes in again on Wednesday and Thursday and then my daughter is again with me on Friday... but I think she is going to come on Friday as well because my daughter cannot come because of work... but she is with me in the weekend... so my daughter does more or less everything for me and I have got friends who come in to see me and spent a little bit of time with me ... and once a week I come here (day care) and I meet people, you know... it is a nice place for me because I lost my wife and I lost my sight two things that were too good for me, you know... so I am not completely on my own I have always someone who comes in”
(Intervista n°A7: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).

“I am living with my son and my daughter in law since my wife died but they have to go out for business so I come here once a week for company [...] it is a nice place to come... and I have never been into place like this before and it is quite nice ... I look forward to come here and I do not like to be on my own at home you see... so I am quite content to come here [...] my life is changed to the fact that I look forward to come in Friday and meet people”
(Intervista n°B10: Uomo anziano di un centro diurno).

“Non ce la faccio più a fare le cose da sola, non posso neanche uscire a fare la spesa o a comprare il pane. Una volta sono andata al centro e mi sono sentita male e mi hanno portato all'ospedale. Mi volevano trattenere

ma io sono voluta tornare a casa mia ... ho problemi al cuore e ho il diabete, non ce la faccio a pulire la casa. Anche per stendere i panni sopra ho bisogno che qualcuno mi aiuti a salire le scale perché non ce la faccio, a volte chiedo ai vicini e quando ci sono quelli del comune mi aiutano e mi fanno tutto [...] poi io ho 4 nipoti due femmine e due maschi ... e sono la cosa più bella, sono una gioia grande ... li vedo tutti giorni abitano vicino ora sono a scuola ma tutti i giorni passano a trovarmi e mi chiedono se ho bisogno di qualcosa” **(Intervista n°A17: Donna anziana che riceve il servizio a domicilio).**

Il problema, sia in Kent che in Calabria, è che non sempre questa complementarità viene raggiunta. I risultati hanno messo il luce, infatti, che la richiesta di aiuto viene generalmente provocata dalla povertà delle relazioni primarie in cui l'individuo anziano è inserito per cui i servizi si trovano spesso a sostituire anziché supportare la cura proveniente dalla famiglia:

“My husband died sixteen years ago and I am disable and I cannot walk and I am not able to manage a shower or a bath by myself you see... and I am diabetic so I have to be very careful what I eat... and how much... so there is always someone who cooks for me as well [...] I have got four daughters but we do not get on very well... we are not close, there is a little bit of restrain between us... I tried to get on with them but it is too hard so I have got a carer who comes in to get me the breakfast and change my medication and help me to have a shower and dress... every morning, and I come here (day centre) Monday, Tuesday, Friday, Saturday and Sunday... and Thursday there is always someone who go to the bank for me to take my money... and do housework and shopping... they are all very good... very... very good... and when I need I just have to call them so I am very... very satisfied” **(Intervista n°A5: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).**

“Ricevo questo servizio da otto anni perché sono solo e sono malato e non posso fare le pulizie perché faccio fatica a camminare [...] sono stato sposato due volte ma due volte sono stato lasciato e con la prima moglie ho fatto sette figli e con l'altra tre ma nessuno ne vuole sapere di me perciò

sono solo” (**Intervista n°A11: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare**).

“Mi trovo qui perché non ho nessuno che si possa prendere cura di me ... non ho figli perché non mi sono mai sposata. Quando ero a casa avevo una sorella che si prendeva cura di me, faceva tutto per me, ma ora è morta e mio fratello ha la sua vita, la sua famiglia non ha tempo per me e dato che qui c’era stata ricoverata una mia amica e sapevo che la trattavano bene ho deciso di venire ... il problema è che non sono in grado di stare sola ho bisogno di chi mi accudisce ... non posso salire e scendere le scale per andare nella mia stanza devo sempre chiedere aiuto..” (**Intervista n°C21: Donna anziana in istituto da meno di un anno**).

Ciò è risultato particolarmente vero in Inghilterra dove a livello culturale il comportamento dei membri della famiglia inglese è stato influenzato dai valori individualistici della religione protestante. Come hanno affermato Obelkevich, J. e Catterall, P. (1994) il forte legame tra i membri familiari deve essere letto come una forma di lealtà personale che ogni individuo può provare verso l’altro anziché come il risultato di un senso di affetto e d’appartenenza ad un gruppo familiare.

A questa considerazione si devono affiancare i mutati modelli familiari che hanno attraversato la famiglia inglese negli ultimi decenni. I cambiamenti dei tassi di fertilità, matrimonio, divorzio, convivenza e vita solitaria hanno significato la contemporanea coesistenza di una pluralità di strutture familiari. Con la possibilità che i singoli possano, nel corso della loro vita, fare esperienza di più di uno di questi modelli. Si pensi, per esempio, all’allungamento delle aspettative di vita, ai tassi di separazione e famiglie multiple ed alle unioni informali. Queste trasformazioni nei modelli familiari hanno un impatto sulle relazioni intergenerazionali, particolarmente evidenti quando i genitori raggiungono l’età anziana.

È ovvio quindi che in Kent più che in Calabria si sia rilevato, da un lato, un comportamento filiale poco incline a prendersi carico dei propri genitori anziani, e dall’altro, una mancanza di aspettativa dei genitori di alcun tipo di coinvolgimento

nel ruolo di cura da parte dei figli percependo l'allontanamento di quest'ultimi come necessario e naturale:

“Well... one lives far away so I do not see him a lot of time, not really, I think once a month and the other has got his girlfriends so he does not stay with me you know... they are just grown up and they have got their own life so they do not want to stay with me, you know”(**Intervista n°B3: Donna anziana di un centro diurno**).

“I have got two boys one lives here and the other is far but I do not meet them very often ... once a month and during the holidays because they have got their own life and their own work... they are independent” (**Intervista n°C2: Donna anziana in istituto da meno di un anno**).

“My children live far away so I do not see them quite often I am alone most the time”” (**Intervista n°A9: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare**).

“They are all grown up ... you know ... I just meet one of them once a month the others are far away”(**Intervista n°B9: Uomo anziano di un centro diurno**).

Allo stesso modo il rapporto tra nonni e nipoti, pur rappresentando per entrambi una fonte di affetto reciproco, si è dimostrato particolarmente forte ed inteso nella prima fase di vita di quest'ultimi. Questo perché, come nel rapporto genitori- figli, per i nonni intervistati l'allontanamento dei nipoti dopo il periodo infantile è visto come un fatto naturale della vita:

“I do not see them often really because they live far away... but I used to see them very often when they were babies because I used to help my daughter like a grandmother usually do but now they are grown up... and I am older... so it is different... you know” (**Intervista n°C19: Donna anziana in istituto da più di un anno**).

“Years ago, when they were child, now they are grown up, you see... and I do not see them very often because they live far away from me you see”
(Intervista n°B10: Uomo anziano di un centro diurno).

In tale quadro, se non sono i figli o i nipoti a cui poter chiedere aiuto in caso di bisogno solo il coniuge è l'unico in grado di offrire il supporto adeguato; tant'è che è alla sua morte che nella maggior parte dei casi, subentra la richiesta di aiuto in Kent:

“My wife passed away eighteen months ago and I am ninety and I cannot manage by myself so I have got a carer who come in to do housework for me... and she comes Monday, Tuesday and Wednesday for an half hour and Thursday one hour because of she does shopping for me and Friday is still an half hour” **(Intervista n°A6: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).**

“Because... I lost my boyfriend and I was alone so my son suggested me to come here and I am happy ... because I meet people to talk to... and the food here is quite nice...” **(Intervista n°B4: Donna anziana di un centro diurno).**

“I lost my husband and my daughter suggested me to come here... because she is too far away from me and she have to take care of her children and she have to work, you know... so I came here” **(Intervista n°C5: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

I servizi, molto spesso si rilevano incapaci di fronteggiare i bisogni psicologici e sociali degli anziani quando questi si trovano improvvisamente a perdere la persona con cui hanno condiviso gran parte della vita:

“I lived with my wife and when she died my son suggested me to come here because I am not able to look after by myself... so I accepted to be here because it is part of the life, you know, but my wife used to look after me and

when she died ... I died...” (**Intervista n°C15: Uomo anziano in istituto da più di un anno**).

“I am happy to be here because I meet people to talk to and food here is quite nice but I miss my boyfriend, I miss him terribly, because we used to do everything together” (**Intervista n°B4: Donna anziana di un centro diurno**).

Il quadro cambia in Calabria dove, ad eccezione dei casi in cui l’anziano non ha una famiglia di riferimento, generalmente gli anziani possono allietare la sofferenza della perdita del *partner* attraverso l’affetto proveniente dai figli e dai nipoti su cui sanno di poter contare al momento del bisogno. Non bisogna inoltre dimenticare che in Calabria la presenza dei familiari va spesso a supplire l’insufficienza e l’inefficienza dei servizi anziché agire in modo complementare ad essi⁶.

In particolare, tra le relazioni intergenerazionali all’interno del nucleo familiare è quello tra nonni e nipoti che contribuisce quotidianamente a preservare la voglia di vivere degli anziani calabresi, poiché si tratta di un amore incondizionato e biunivoco che aumenta quotidianamente e considerevolmente il loro benessere:

“Abbiamo cinque figli e a turno li vediamo tutti i giorni. Uno lavora sotto casa e così i nipoti vengono quasi tutti i giorni perché la loro scuola è qua vicino e allora escono e vengono anche perché sanno che il nonno gli compra le cose ghiotte e allora ogni giorno sono qua [...] i nipoti sono meglio dei figli e noi abbiamo anche pronipoti e noi siamo pazzi di loro ... i nipoti per i nonni sono una pazzia davvero. Noi vogliamo loro un bene pazzo e loro a noi e lo stesso i pronipoti” (**Intervista n°A20: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare**).

“Ho una famiglia numerosissima, ogni sabato e domenica c’è sempre il pieno, siamo almeno 16 o 18 persone perché ho quattro figli, 18 nipoti e nove pronipoti e quando siamo proprio tutti siamo più di 30 persone ora sono tutti grandi, lavorano. Quando erano piccoli venivano spesso a stare

⁶ Cfr. Capitolo sette.

da noi e ogni volta che andavano via piangevano non volevano mai andare via. Li viziavamo e ancora oggi lo facciamo ci preoccupiamo sempre di avere il mangiare a casa così quando vengono lo trovano, io spesso faccio la spesa e dico a mia moglie di congelare la carne così basta scongelarla e mangiarla se dovessero capitare a casa....” **(Intervista n°B14: Uomo anziano di un centro diurno).**

Da parte degli anziani calabresi, il supporto proveniente dalla famiglia è dato così per scontato che coloro che ricevono i servizi a domicilio o frequentano i centri diurni hanno dichiarato più volte tutta la loro indignazione al solo pensiero di poter essere abbandonati e rinchiusi in una casa di riposo dai propri cari:

*“Perché io ho la fortuna di avere figli che non mi ci manderebbero mai e poi mai perché noi gli abbiamo dato l’esempio di come abbiamo trattato i nostri genitori, perché li abbiamo accuditi bene anzi benissimo. Li andavamo sempre a trovare e gli preparavamo i pasti mattina, mezzogiorno e sera e quindi loro faranno lo stesso. Come noi non abbiamo abbandonato i nostri genitori così faranno loro [...] penso che chi ha figli e finisce là è brutto, perché si soffre di più sapendo che i figli ti hanno abbandonato”***(Intervista n°A20: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).**

“Io non ci vado di sicuro perché ci sono i figli che mi vogliono bene. Io gli ho voluto bene e loro non mi manderebbero mai in una casa di riposo, a me piace stare libero ... lì ti costringono a stare chiuso anche se vai in cortile poi non puoi uscire più di tanto ... è come se ti legassero ... il problema è che alla nostra età ci piace stare a casa nostra, nel nostro ambiente, se ci spostano da una parte all’altra, anche a casa di un figlio, non stiamo bene ... poi siamo abitudinari, se ci tolgono le nostre abitudini è la cosa più brutta che ci possono fare e poi per noi la casa è tutto. Io grazie a Dio ho figli che mi vogliono bene e che non mi farebbero mai una cosa del genere” **(Intervista n°B14: Uomo anziano di un centro diurno).**

Infatti, coloro che pur avendo una famiglia su cui contare si ritrovano ricoverati in una struttura residenziale hanno denunciato la profonda amarezza del torto subito:

“La mia vita ora è un disastro, nessuno mi viene a trovare mi sento un fallito come genitore e come padre ... un padre vecchio come me vorrebbe passare i suoi ultimi giorni con la famiglia, con i figli, ma ora sono privato di questo non posso più fare il padre ... il padre non lo faccio più, ormai la mia è una vita disastrosa, solo il Signore me la può aggiustare e pure io non ho mai chiesto milioni anche perché che me ne faccio? Qui non ho neanche dove spenderli, la mattina non riesco neanche ad avere un caffè. Io ho chiesto solo una cosa al Signore, avere una famiglia unita purtroppo non è stato possibile, speriamo di riuscirci nel regno dei cieli” (Intervista n°C29: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).

“Ho tre nipoti, due femmine e un maschio, perché un altro è morto ma non li vedo mai ... io vorrei tanto rivederli tutti vorrei rivedere i miei figli e i miei nipoti perché non ho nessuno a parte loro. Mio marito è morto da cinquanta anni ma ... di me non si interessa nessuno ... io penso sempre che quando muoio mi fanno una fossa e mi ci buttano dentro perché nessuno se ne interesserà anche se so che il comune pensa anche a queste cose è vero?[...] nessuno viene a trovare, sono sola ... tu ci torni qua a trovarmi?” (Intervista n°C31: Donna anziana in istituto da più di un anno).

In realtà, le risorse sociali di cui l'anziano, sia in Kent che in Calabria, può usufruire al momento del bisogno non sono solo quelle familiari. Quando la famiglia non c'è, a compensare il vuoto degli affetti familiari subentrano gli amici e i vicini che fanno comunque parte delle relazioni primarie in cui l'individuo anziano è inserito.

Il tessuto delle relazioni amicali e di vicinato rappresentano, infatti, per gli anziani intervistati una risorsa su cui poter contare al momento del bisogno quando la famiglia non è presente, arginando la solitudine:

“I have got friends who come in at least twice a day and I have got my dog... sometimes a friend of mine who lives nearby my house comes down to visit me and she takes me and my dog for a long walk and sometimes my friends come in to take me to have a lunch together and most of the time we talk and they take me for the weekend so we spend all the weekend together ... so I am quite busy ... I do not feel lonely” **(Intervista n°A2: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).**

“I figli mi vogliono bene tutti ma hanno una vita loro e quindi la solitudine la sento lo stesso perché vivo sola anche se spesso la sera la passo in compagnia con i vicini, ci facciamo la partita a carte e passiamo la serata insieme” **(Intervista n°B16: Donna anziana di un centro diurno).**

In ultimo, è bene sottolineare un'importante distinzione tra i servizi residenziali e quelli semiresidenziali che risiede nel fatto che mentre quest'ultimi trattandosi di centri diurni danno all'utente la possibilità di rientrare a casa la sera quelli residenziali di fatto sradicano definitivamente l'individuo dalla comunità d'appartenenza.

Una volta entrato negli istituti, infatti, l'anziano può al massimo ricevere qualche visita dai propri parenti e amici anche se solo quando questi sono ubicati nella loro stessa comunità di provenienza gli incontri tendono ad essere più frequenti in quanto le strutture diventano più facilmente raggiungibili dai propri cari:

“He lives quite nearby here so for example I see him this morning so he comes here very often” **(Intervista n°C7: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).**

“Figli non ne ho, ho solo nipoti che vengono a trovarmi spesso perché abitano qua [...] sono affettuosi anche perché li ho cresciuti e a volte mi portano a casa loro a mangiare e a passare il tempo insieme ” **(Intervista n°C24: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

8.3.2 *Le relazioni tra pari nelle strutture residenziali e nei centri diurni*

Quello che di solito caratterizza le relazioni tra gli utenti dei servizi residenziali è la completa estraneità dell'uno verso l'altro. Difficilmente, infatti, si tratta di persone che si conoscono prima dell'ingresso tant'è che si descrivono come un *big mix* di persone incapaci di dialogare l'una con l'altra non avendo nulla in comune:

“I feel lonely here... and I think that it is because the other people come from other part of England and sometimes you cannot forget your previous life you know [...] I have never known these people... we are just a big mix... there is nothing wrong in any other... they are all friendly but nobody is particularly special for me... you know what I mean” **(Intervista n°C1: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

“I miss people who speak my own language... I mean the language of the things that I am interested in my life... you know... the things in which you have common interests and so far I have not met anybody yet here... you know” **(Intervista n°C9: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).**

Se come diceva Weber (1920-22):*“una relazione sociale deve essere definita «comunità» se, e nella misura in cui la disposizione dell'agire sociale poggia -nel caso singolo o in media nel tipo puro- su una comune appartenenza soggettivamente sentita (affettiva o tradizionale) degli individui che a essa partecipano”* è possibile affermare che difficilmente questi tipi di relazione nascono all'interno delle strutture residenziali tant'è che anche tra chi è ricoverato da più tempo si è riscontrata una certa difficoltà ad interagire con gli altri:

“Well... they are all friendly with me but they come from other places you see so we do not communicate because there is nothing to talk about, you know... and that is why I like to be in my own room and I have got my television and my books and I am quite satisfied to be by myself because I

have spent all my life by myself so it is not necessary for me to talk with them” **(Intervista n°C14: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

“Mi trovo bene con tutti ma con qualcuno non riesco a comunicare non abbiamo cosa dirci non abbiamo argomenti in comune per cui discutere”
(Intervista n°C22: Donna anziana in istituto da meno di un anno).

Nelle strutture residenziali la maggior parte del tempo scorre in assoluta solitudine. La situazione più tipica è quella di vederli tutti seduti in salotto con la televisione accesa che nessuno però guarda o ascolta; ognuno sta per proprio conto evitando lo sguardo altrui:

“Io mi faccio i fatti miei, c’è quando scambio una parola con la vicina di tavolo mentre pranziamo e quando no perché qua stiamo tutte calme calme, e ognuno sta per fatto suo, io mi metto in un angolo e prego da sola ho il rosario e così passo le mie giornate ... mi faccio i fatti miei e non do fastidio a nessuno ...” **(Intervista n°C34: Donna anziana in istituto da più di un anno).**

Passaggiando per i corridoi, poi, si incontra chi preferisce rimanere nella propria stanza in assoluta solitudine a leggere un libro:

“In all honesty I like to keep myself to myself really... I do not like company at the moment... I like to be in my own room to read my books..”
(Intervista n°C7: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).

Ciò che caratterizza, quindi, le relazioni tra pari all’interno di queste strutture è il loro essere prevalentemente cordiali senza andare mai al di là del semplice saluto:

“I cannot say to have close friends here because we do not have things in common at all ... we do not really have everything to talk about much... they are really nice people and I am happy with them but we just say hello or

good morning to each other so there is no one to whom I had got any conversation at all...” (**Intervista n°C1: Donna anziana in istituto da meno di un anno**).

“Li saluto e basta non c’è niente di cui possiamo parlare per me sono tutti uguali non sono capaci di avere un colloquio con me e allora mi limito a salutarli” (**Intervista n°C28: Uomo anziano in istituto da meno di un anno**).

Molto spesso anche il diverso livello di istruzione insieme all’appartenenza di genere fanno da barriera all’istaurarsi di qualsiasi tipo di relazione. Tuttavia mentre l’influenza del livello di istruzione si è riscontrata soprattutto in Calabria dove in linea con i dati nazionali⁷ gli anziani di sesso maschile di età compresa tra i 65 e i 70 anni presentano un livello di istruzione superiore a quello delle donne anziane e degli uomini al di sopra dei settant’anni, l’influenza della variabile di genere si è riscontrata in entrambi i contesti:

“... poi io ho viaggiato tanto, ho avuto a che fare con tutte le razze conosco quattro lingue francese, spagnolo, tedesco e arabo. Quindi il mio modo di pensare è diverso dal loro. C’è un signore che legge sempre il giornale ma non sa spesso il significato delle parole che legge, chiede a me di spiegargliele, e poi mi critica dice che faccio il saputello della situazione e quindi ho deciso che non parlo a nessuno ... c’è un proverbio che dice poco parole e caldi di panni non fa danno” (**Intervista n°C36: Uomo anziano in istituto da più di un anno**).

“Io sono sempre nel lato dove stanno le donne perché gli uomini hanno il lato loro e noi il nostro, siamo divisi bene ... qui i maschi stanno con i maschi e le femmine stanno con le femmine, i maschi mangiano con i maschi e le femmine con le femmine, facciamo tutto separati e mi trovo bene così

⁷ Non avendo trovato i dati disaggregati per regione, sesso, titolo di studio ed età si rimanda all’appendice E per avere visione delle percentuali della popolazione residente in Italia divisa per titolo di studio, sesso ed età e di quella laureata divisa per età e regioni. Facendo un confronto tra i due si evidenzia come non vi sia una divergenza di dati tra quelli nazionali e quelli regionali almeno per le differenze che si riscontrano in termini di alto livello di istruzione tra le due fasce di età.

con gli uomini non ci parlo io preferisco stare con le donne e con loro scambio qualche parola ogni tanto”(Intervista n°C23: Donna anziana in istituto da meno di un anno).

“Men are sat in the corner so you do not have any chance to walk around and talk to ladies you know” (Intervista n°C6: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).

Ma ciò che più di ogni altra cosa ostacola il dialogo tra gli anziani calabresi istituzionalizzati, a differenza che in Kent, è l'eccessiva eterogeneità nei livelli di autosufficienza. Succede di frequente, infatti, che quelli autosufficienti siano costretti a condividere la stanza o interi reparti con persone affette da demenza senile. Questa promiscuità costituisce, nella maggior parte dei casi, un elemento di disturbo tale, da portare all'exasperazione quelli che ancora sono capaci di ragionare:

“Condivido la stanza con quattro persone e una di loro sta male e si lamenta tutta la notte e non mi fa dormire, ma mi hanno detto che non mi possono cambiare di stanza perché non ci sono posti ... ieri se ne liberato uno perché, salute a noi, ne è morto uno ... speriamo che me la cambiano” (Intervista n°C31: Donna anziana in istituto da più di un anno).

“C'è chi non ragiona, chi non cammina, chi non si alza dal letto, chi non può parlare, di un altro mi devo guardare perché mi può rubare le cose, non sto mai tranquillo. Quando raggiungo il letto ho un vicino che mi bestemmia la Madonna e tutti i santi perché non sta bene e non ragiona. Questa è la mia giornata sto uscendo pazzo anch'io ... questa è la verità!” (Intervista n°C29: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).

“Quelli che parlano e ragionano sono due o tre e allora capita che ci scambiamo una parola ma non sempre ... gli altri non stanno bene e la notte non mi fanno dormire perché gridano ... prima che venissi tu stavo dormendo perché stanotte non ho chiuso occhio intanto non posso avercela con loro perché non è colpa loro se sono malati e quindi cerco di avere

pazienza e dormo il pomeriggio” (Intervista n°C30: Uomo anziano in istituto da meno di un anno).

In merito, è soprattutto da parte del gentil sesso che si è riscontrato un più alto indice di compassione verso chi sta peggio:

“There is one lady here, she had a stroke... and she is affected in her brain and I am really sorry for her because I think that I am quite lucky because I think it could happen to me and ... it is not nice at all... you know” (Intervista n°C20: Donna anziana in istituto da più di un anno).

“Ci scambiamo così qualche parola ma molti neanche ragionano, non è che puoi istaurare un ragionamento. Ma sai come è, una parola c'è la scambi di tanto in tanto perché sono malati. Intanto ai figli davano fastidio e ora sono qua poverini!” (Intervista n°C32: Donna anziana in istituto da più di un anno).

Rispetto alla scarsità delle relazioni tra pari appurate nelle strutture residenziali, nei *day centres* inglesi le attività volte allo svago tendono a favorire la socializzazione degli utenti anziani specialmente se questi scelgono liberamente di entrarvi per sconfiggere la solitudine come riscontrato nelle seguenti testimonianze:

“This is a good place for me to meet other people and have a nice meal because I lost my husband and I cannot get out how much I used to do, so I like to come here [...] My life is changed in a better way since I am coming here because I meet so nice people here and I look forward when I get up on the Thursday morning to come here and see people ... I was in Hospital for 16 weeks so long time and I felt that I was never able to live a normal life again and meet people so this service make me feel like back to the world again..” (Intervista n°B5: Donna anziana di un centro diurno).

“I was alone in my own home nobody to talk to only my cats so I come here because I like meeting people and I enjoy people's company and I have

a good meals once a day” (**Intervista n°B7: Uomo anziano di un centro diurno**).

Lo stesso vale per i centri di aggregazione sociale calabrese che essendo generalmente gestiti da anziani del luogo in cui è ubicato il centro non presentano le stesse difficoltà di dialogo di quelli istituzionalizzati.

“Con gli altri siamo in ottimi rapporti se non mi vedono si preoccupano mi chiedono il perché dell’assenza devo dire che ci vogliamo bene ... anche perché ormai ci conosciamo da tempo e viviamo tutti qui in zona [...] io abito qui sopra” (**Intervista n°B11: Uomo anziano di un centro diurno**).

“Qui ci vogliamo bene tutti è come una famiglia ... vengo qui da 15 anni siamo sempre gli stessi ci conosciamo bene è bello stare insieme ... i miei figli mi incoraggiano sempre a venire qui e così passo le mie giornate” (**Intervista n°B16: Donna anziana di un centro diurno**).

I problemi per quest’ultimi subentrano, infatti, nell’incontro tra vecchie e nuove generazioni. Tra quelle cioè che hanno provveduto a gestire il centro per molti anni e che a un certo punto si trovano a dover accettare le proposte dei nuovi arrivati che rivendicano anche la loro superiorità per livello di istruzione:

“I rapporti sono buoni ci conosciamo da anni, che c’entra ogni tanto qualche scaramuccia c’è perché magari non tutti accettano la battuta, altre volte si formano le frazioni come le chiamo io tra un gruppo e l’altro ... deve sapere che io sono subentrato dopo circa tre anni che è stato costruito questo centro e insieme a me sono entrati altri che come me sono più giovani rispetto a quelli precedenti. Abbiamo proposto altre iniziative, abbiamo portato innovazioni e i più anziani erano restii inizialmente, non hanno accettato la cosa, forse perché volevano l’esclusiva o erano invidiosi perché noi eravamo più pratici di vita, con più cultura. Abbiamo infatti promosso la lettura delle poesie in vernacolo una volta a settimana ... ma devo dire che ora pare abbiano accettato la cosa, ecco” (**Intervista n°B12: Uomo anziano di un centro diurno**).

“Io a questo centro ci vengo da 13 o 14 anni. Faccio parte dei più anziani, ci vengo da sempre. Ma ho deciso di andarmene perché con i nuovi la situazione ha preso un andazzo che non mi piace, mi hanno chiesto i soldi per l’orchestra ma non mi hanno fatto cantare. Loro lo sanno che ho sempre cantato io e invece mi hanno messo da parte e io questo non l’accetto voglio i soldi indietro e me ne vado. Ho scoperto che hanno invitato quelli dell’altro centro e a me non mi hanno fatto cantare ... sono veramente amareggiato per questo ... perché il centro prima di questi signori funzionava bene ora non si fa più niente non sono in grado di organizzare nulla [...] io ho sempre frequentato due volte a settimana poi dipende dalle attività ma ora voglio andare via non mi sta più bene perché io modestamente so cantare e voglio cantare che significa che vengono altri a cantare al posto mio e poi ho pagato [...] questo centro lo abbiamo fatto noi più anziani e ora questi ci vogliono mettere da parte ... stì personaggi fanno le cose a modo loro e a me non sta bene. Il centro non è loro lo devono capire che il centro è per tutti gli anziani ... non è loro personale”
(Interviste n°B15: Uomo anziano di un centro diurno).

8.4 Il rapporto tra operatore e utente per una migliore qualità della vita anziana

A compensare la scarsità delle relazioni sociali tra pari all’interno delle strutture residenziali e semiresidenziali subentrano quelle tra operatori e utenti. È con lo staff che, infatti, gli utenti tendono soprattutto ad instaurare rapporti privilegiati poiché sono spesso gli unici con cui sono capaci di conversare considerando il diverso profilo culturale e fisico che li distanzia dagli altri anziani, di cui si è parlato nel precedente paragrafo.

Gli operatori diventano quindi coloro a cui confidare le storie di vita e gli stati d’animo per soddisfare il forte bisogno di essere ascoltati:

“Well! I usually talk with my carer about my life and she is very helpful and I feel that if I need of somebody to talk to I got her” **(Intervista n°C5: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

“Se devo scambiare una parola preferisco farlo con il personale, li conosco tutti e mi ci trovo bene ... con gli altri non riesco a parlare perché non sono autosufficienti e non mi capiscono e poi la maggior parte sono donne e con loro non ci sto” **(Intervista n°C37: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

In tutto questo il numero degli operatori all'interno delle strutture è risultato particolarmente importante dato che una maggiore numerosità di quest'ultimi potrebbe favorire un rapporto uno a uno tra operatori e utenti e quindi agevolare il benessere sociale degli individui anziani istituzionalizzati tant'è che quest'ultimi in molti casi si sono lamentati proprio della scarsità di personale a disposizione con cui poter parlare:

“They are always too busy to listen to me... you see... they do not have any chance to talk to me but I talked to someone of them occasionally when they have got time, you see” **(Intervista n°B10: Uomo anziano di un centro diurno).**

“Oh! fine really good... I do not speak with them a lot, especially about my personal life because they are too busy and I do not want to interrupt their work and I do not like that... you know, I feel that I stop them to do something if I chat with them, you know” **(Intervista n°B4: Donna anziana di un centro diurno).**

In particolare, nel caso degli istituti, la scarsità di personale incide in modo ancora più tangibile sulla qualità della vita anziana quando causa l'imbarazzo di dover ricevere l'aiuto da un operatore di sesso opposto al proprio:

“Dipende dai turni a volte viene un uomo altre una donna anche se io preferisco quando viene l'uomo perché sono un tipo che si vergogna. Mi vergogno ancora di mia moglie, pensa di un'estranea” **(Intervista n°C39: Uomo anziano in istituto da più di un anno).**

*“Io ancora faccio tutto da me, mi lavo, mi vesto e la mattina mi aggiusto anche il letto ma per il bagno vengono ad aiutarmi ma quando viene il maschio io mi rifiuto perché non mi trovo a mio agio e gliel’ho detto”***(Intervista n°C24: Donna anziana in istituto da meno di un anno).**

Per coloro che ricevono le cure domiciliari, accade invece che, nel momento in cui gli assistenti o gli infermieri domiciliari conquistano la fiducia dell’utente arrivano ad essere considerati a tutti gli effetti come membri della famiglia o amici:

*“They are not just carers for me they are all friends [...]they are always there for me if I want them you see ... if I have got any problems you can go to them... I had a problem with the bank some time ago... I have got two accounts and they gave some form to fill to get money... and I asked my permanent carer to help me and she was very good for me”***(Intervista n°A5: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).**

*“Ormai ci sono affezionata per me è come una figlia, mi fa tutto, mi aiuta anche a lavarmi e mi viene a trovare quando sono in ospedale [...] io mi trovo benissimo perché sulla carta c’è scritto che deve venire due volte a settimana per un ora ma quando chiamo che ho bisogno viene subito”***(Intervista n°A18: Donna anziana che riceve il servizio domiciliare).**

*“I am not embarrassed to receive personal help from Sheila because she is very kind and good and there is friendship with her”***(Intervista n°A9: Uomo anziano che riceve il servizio domiciliare).**

Succede di frequente, infatti, che i responsabili della gestione ed erogazione dei servizi domiciliari incontrino le resistenze degli utenti anziani quando si pone la necessità di una sostituzione dell’operatore di fiducia per motivi di ferie o malattia:

“They do not like to have different care workers who come in because they are used to have that one and so we try hard to keep them a regular career... but it is quite hard during the holidays or when the career is sick... so they do not like it and it is quite understandable” (**Intervista n°35: Assistente domiciliare**).

“Il rapporto tra gli infermieri e gli anziani è molto buono anche perché andando a casa dell’anziano è ovvio che si instaura un rapporto di fiducia. Poi capita spesso che l’anziano si affeziona all’infermiere per cui quando siamo costretti a cambiarlo vuoi per ragioni di ferie o altro l’anziano non accetta facilmente tale cambiamento. Devi pensare che abbiamo anziani con piaghe in zone diciamo intime per cui magari avere lo stesso infermiere aiuta a livello psicologico capisci ... noi siamo fortunati perché su 4 infermieri uno è donna per cui le pazienti donne quando possibile le deleghiamo a lei proprio per questo ... ma avendo poco personale le garantisco che sono più le volte che tali esigenze non riusciamo a soddisfarle anche se nel nostro piccolo facciamo il possibile” (**Intervista n°58: Responsabile ADI**).

Conclusioni

L’influenza dei servizi sulla qualità della vita anziana è stata analizzata in questo capitolo dando voce agli utenti.

In particolare, si è provveduto ad esporre quanto rilevato prendendo in considerazione tre categorie analitiche attraverso le quali è stato possibile effettuare un’esposizione trasversale del livello di benessere dell’utente anziano raggiungibile attraverso i servizi in una prospettiva bio-psico-sociale.

La prima categoria è stata quella dell’*empowerment* dell’anziano nei servizi e quindi la possibilità di quest’ultimo di dire la propria sulla cura da ricevere. A questo proposito i risultati hanno messo in luce da un lato l’inclinazione dei professionisti e dei familiari a non tener conto del parere dell’anziano in merito alla cura da ricevere sia essa residenziale che comunitaria, in quanto considerato

fragile, e dall'altro il disdegno di quest'ultimo ad essere trattato tale specialmente quando in caso di istituzionalizzazione si ritrova ad essere rinchiuso per inganno.

Dalle interviste effettuate è emerso che l'ingresso degli anziani nelle strutture assistenziali non è mai una libera scelta. Difficilmente, infatti, questi hanno dichiarato di volersi allontanare dalla propria casa in quanto simbolo della loro vita passata. Così anche quando sono loro a decidere, ciò avviene perché costretti dalla malattia o dalla povertà. Quest'ultima, in particolare, si è rilevata determinante per la qualità della vita degli anziani istituzionalizzati visto che solo coloro che possono pagarsi una stanza singola con bagno hanno la possibilità non solo di avere più spazio a disposizione dove deporre le loro cose ma anche di non dover condividere il proprio bagno con altri.

Lo stesso tipo di testimonianze si sono rilevate tra quelli che ricevono le cure domiciliari. In questo caso, solo coloro che sono in grado di pagarsi qualche ora di prestazione in più riescono a vivere una vita dignitosa; gli altri, infatti, sono spesso costretti a doversi arrangiare con quel poco che riescono ad avere o ad affidarsi a badanti extracomunitarie che se da un lato garantiscono un aiuto continuo ed economico dall'altro potrebbero maltrattare o derubare gli anziani.

In relazione al secondo tema affrontato nel corso del capitolo e cioè la qualità della vita quotidiana dell'anziano tramite i servizi, le testimonianze raccolte hanno fatto riscoprire nei centri di aggregazione sociale una risorsa per gli anziani calabresi. Trattandosi infatti di centri autogestiti dagli stessi anziani quest'ultimi trovano in essi la possibilità di esprimere la loro creatività e vitalità.

È lasciata invece alla discrezionalità e abilità dei *manager* inglesi le capacità dei *day centres* di influenzare positivamente la qualità della vita quotidiana dell'anziano. Basta poco infatti perché questi si trasformino in luoghi di parcheggio per le famiglie dove l'anziano sostanzialmente trascorre il proprio tempo a mangiare e stare seduto ad una sedia proprio come spesso accade nelle strutture residenziali. In quest'ultime, tuttavia, a differenza dei *day centres*, gli anziani non hanno la possibilità di far ritorno a casa per cui devono ogni giorno sottostare alle regole e alla *routine* imposte dalla struttura residenziale. È così che

per loro ogni giorno diventa uguale all'altro al punto da annientare la loro voglia di vivere.

Ma il supplizio di vivere una vita poco attiva è risultata causata anche da un non efficace ed efficiente intervento domiciliare che può limitare invece di potenziare le residue capacità motorie dell'utente anziano. In Calabria, infatti, gli anziani non possono contare su un adeguato supporto domiciliare tant'è che sono costretti ad arrangiarsi con quel poco che possono avere e a rinunciare a vivere una vita più attiva. In Kent, invece, si è riscontrato che gli anziani non sempre hanno la possibilità di avere il supporto necessario quando da loro richiesto e quindi sono spesso costretti a sottostare alla disponibilità degli operatori adeguando ad essa di volta in volta l'organizzazione della loro vita quotidiana.

Infine, la terza e ultima questione analizzata in questo capitolo è stata quella relativa al rapporto tra tessuto relazionale e servizi. Partendo dall'analisi della capacità di quest'ultimi ad agire in modo complementare alle relazioni primarie in cui l'individuo anziano è inserito, è risultato evidente che mentre in Kent la complementarietà tra servizi e famiglia è risultata ostacolata dalla carenza della cura informale poiché scoraggiata dalla presenza della cultura individualista, in Calabria quella informale si è rilevata la principale fonte di cura grazie alla forte presenza della cultura familista riuscendo, tra l'altro a compensare l'insufficienza dei servizi erogati a livello territoriale oltre che a influire sulla qualità della vita.

Nonostante, infine, le relazioni familiari e amicali si siano rilevate come essenziali per il benessere psicologico ed emotivo dell'anziano essendo le uniche in grado di offrirgli l'affetto di cui ha bisogno, i servizi residenziali a questo proposito non si sono rilevati in grado di creare relazioni sociali a contenuto affettivo e tradizionale tra gli utenti in modo da poter far parlare di comunità nelle strutture residenziali in termini weberiani. Solo il rapporto tra operatori e utenti si è dimostrato in grado di andare al di là del semplice rapporto professionale sia se si tratta di servizi residenziali che comunitari.

Conclusione

L'ipotesi di fondo che ha guidato la ricerca sin qui presentata è stata quella di verificare se i servizi di *community care*, promossi dalle più recenti riforme adottate dai governi italiano (lg. 328/2000) e inglese (NHS Plan 2000), hanno un impatto positivo sulla qualità della vita anziana rispetto a quelli residenziali.

Dalle numerose informazioni raccolte attraverso le interviste effettuate agli operatori e agli utenti anziani, si sono individuate due problematiche comuni che ostacolano tale ipotesi in ambo i contesti: la prima è l'incapacità dei servizi di preparare gli utenti a riconoscersi come persone bisognose di aiuto prima di erogargli l'assistenza di cui hanno bisogno, e la seconda è il mancato coinvolgimento di quest'ultimo nel processo decisionale riguardante la scelta sulla tipologia dei servizi da destinargli per soddisfare i suoi bisogni.

Secondo le testimonianze di chi lavora giorno per giorno a contatto con l'utenza sia in Kent che in Calabria, le difficoltà maggiori, conseguenti a queste due questioni, si riscontrano principalmente nell'instaurare un rapporto di fiducia con la persona anziana. Quest'ultima, infatti, essendo inconsapevole delle motivazioni e del tipo di aiuto che gli viene offerto percepisce la presenza dell'operatore domiciliare a casa propria come una invasione della propria privacy e una minaccia per la propria integrità al punto da rendersi poco disponibile a collaborare per migliorare il proprio benessere.

Accanto a tutto questo, in Calabria, a differenza che in Kent, si è poi avuto modo di constatare che quando l'aiuto formale va in sostituzione anziché a supporto di quello informale, gli anziani subiscono un decadimento psicologico. Mentre in Kent, infatti, la cultura individualista e la trasformazione delle strutture familiari hanno disincentivato la presa in carico dei più anziani da parte dei membri più giovani al punto che l'allontanamento dei figli viene percepito da parte dei primi come necessario e naturale, in Calabria i risultati hanno messo in evidenza un forte senso di appartenenza tra i membri familiari che ha spinto tradizionalmente quest'ultimi a prendersi cura dei più deboli. Al momento del bisogno, quindi, i genitori si aspettano che siano i figli e non i servizi territoriali a prendersi cura di loro al punto da sentirsi abbandonati, anche quando ricevono l'aiuto a casa propria.

È per questo che in Calabria più che in Kent si è posta la necessità di sviluppare servizi sociali e sanitari capaci di supportare anziché sostituire le famiglie nel ruolo di cura, oltre a promuovere a livello territoriale training rivolti alle famiglie e finalizzati a metterle in grado di prendersi cura dei membri più anziani, anche se affetti da malattie cronico degenerative.

In merito, i centri di aggregazione sociale si sono rivelati una preziosa risorsa per potenziare la qualità della vita dell'anziano calabrese autosufficiente. Questi, infatti, essendo autogestiti dagli stessi anziani e rivolti esclusivamente allo svago e alla socializzazione si sono dimostrati capaci di agire in modo complementare all'aiuto familiare. Per gli uomini, in particolare, rappresentano un diversivo per coprire le giornate, solitamente poco attive dopo il pensionamento, mentre per le donne diventano luoghi dove riposarsi dalle fatiche quotidiane da svolgere nel contesto familiare.

In entrambi i contesti, al contrario, si è avuto modo di appurare che gli anziani una volta entrati nelle strutture residenziali perdono il controllo sulla gestione della loro vita quotidiana dovendo sottostare alle regole e alla *routine* impostagli dalla vita istituzionale.

Lo scenario tipico che si ha di fronte sia in Kent che in Calabria quando si entra nelle strutture residenziali, infatti, è quello di vedere gli anziani tutti seduti ad una sedia con affianco o di fronte una televisione accesa che nessuno di loro però solitamente guarda o ascolta. La noia e l'apatia di non poter fare niente si scontra continuamente con la loro voglia di fare e di vivere una vita più attiva. È come se la loro vitalità si spegnesse e morisse molto prima del subentrare della morte fisica. Le donne, in particolare, fanno fatica ad accettare che altri svolgano al loro posto i lavori domestici, mentre negli uomini aumenta la malinconia verso una vita più attiva che già il pensionamento aveva compromesso.

Salta, inoltre, immediatamente agli occhi di chi entra nelle strutture residenziali, il loro stare ognuno per proprio conto evitando lo sguardo altrui. Alla luce delle testimonianze raccolte è palesemente emerso, infatti, che non si costruiscono quasi mai in questi contesti relazioni sociali che vadano al di là del semplice saluto. È per questo che passeggiando per i corridoi si è avuto modo di

imbattersi anche in chi preferisce rimanere nella propria stanza in assoluta solitudine, magari per leggere un libro.

L'ingresso negli istituti residenziali rappresenta per gli anziani intervistati la perdita dell'indipendenza e della libertà che potevano avere solo all'interno delle mura domestiche dove tra l'altro risiedono i ricordi della loro vita passata. È così che una volta entrati negli istituti, soprattutto se non per loro scelta, subiscono un decadimento psicologico che generalmente li spinge a lasciarsi andare fino a morire in poco tempo. Al contrario, quando sono loro a decidere di entrare negli istituti solitamente per motivi economici o per la scarsità di servizi alternativi come accade in Calabria, o di salute come accade soprattutto in Kent, il passaggio dalla propria casa all'istituto di cura viene considerato principalmente come l'ultima spiaggia o il minore dei mali.

Lo stesso scenario delle strutture residenziali si è alcune volte riscontrato nelle strutture semiresidenziali o nei *day centres* inglesi anche se a differenza di quanto avviene negli istituti, qui l'anziano può far ritorno a casa la sera. È lasciata, infatti, al manager la facoltà di decidere se organizzare la scansione della giornata in modo istituzionalizzante, e quindi trasformando il centro in un luogo di parcheggio per le famiglie dove sostanzialmente l'anziano ha modo di mangiare e stare seduto ad una sedia per tutto il giorno aspettando che qualcuno prima o poi vada a riprenderlo e riportarlo a casa, oppure fare il modo che gli utenti siano coinvolti in diverse attività ludiche da loro stessi promosse. In entrambi i casi, tuttavia, la capacità dei *day centres* di potenziare la qualità della vita anziana non dipende solo dalle abilità professionali del manager ma anche dalla volontà dell'anziano di frequentare il centro. In caso contrario, infatti, si è avuto modo di interloquire anche nei centri più attivi con persone anziane poco inclini a partecipare alle attività o a socializzare con i propri pari.

Le maggiori differenze tra i due contesti si sono, poi, riscontrate principalmente nella qualità dell'offerta assistenziale.

Ciò che caratterizza la Calabria rispetto al Kent nell'ambito dei servizi socio-sanitari è sia una marcata separazione degli enti che erogano le prestazioni a domicilio di tipo sociale e sanitario, che l'inefficacia e l'inefficienza dei servizi offerti che impediscono da un lato di soddisfare i bisogni della persona anziana

seguendo una prospettiva bio-psico-sociale e dall'altro di influenzare positivamente la loro qualità della vita.

Secondo quanto riscontrato dalle interviste, effettuate in Calabria ai professionisti sociali e sanitari le difficoltà di raggiungere una collaborazione tra chi gestisce i servizi sociali e sanitari risiedono nella paura di perdere attraverso la collaborazione la reciproca responsabilità e legittimità del servizio offerto, non essendoci ancora una chiara definizione di quelli che dovrebbero essere i loro rispettivi ruoli sul territorio.

La legge 8 Novembre 2000 n.328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, introduce per la prima volta in Italia un piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, analogamente a quanto era stato previsto ventidue anni prima in campo sanitario con l'istituzione del sistema sanitario nazionale attraverso la legge 23 Dicembre 1978 n.833.

La mancanza di una legge nazionale di riferimento in materia dei servizi sociali prima della 328/2000, ha reso quindi estremamente problematico il raccordo fra comuni, aziende sanitarie locali e attori privati nell'erogazione dei servizi che acquista, ora, un'importanza notevole nei piani di zona previsti dalla legge 328/2000, che stenta tuttavia, da quando emerso dalla ricerca sul campo, ad essere implementata in Calabria.

L'aiuto domiciliare a scopo socio-assistenziale continua così ad essere affidato agli enti locali comunali, mentre quello sanitario alle aziende sanitarie locali. Il tutto avviene senza che vi siano accordi tra le parti per l'erogazione di un supporto domiciliare integrato.

Dal lato socio-assistenziale gli enti comunali affidano l'erogazione dell'assistenza domiciliare alle cooperative sociali sotto convenzione. Succede però che, a causa di una spesa sociale procapite di circa 24 euro, i comuni calabresi cercano di risparmiare le risorse selezionando le cooperative tramite il criterio del massimo ribasso a scapito della qualità delle prestazioni offerte.

Le cooperative, infatti, generalmente offrono le prestazioni tramite personale poco qualificato e quindi incapace ad esempio di somministrare frizioni e massaggi a prevenzione delle piaghe da decubito, di effettuare interventi di primo

soccorso in caso di necessità o di supportare l'anziano per un corretto movimento degli arti invalidi e nell'uso degli ausili e presidi sanitari. Succede così che tali compiti vengono impropriamente affidati agli infermieri domiciliari che si rifiutano di espletarli in quanto mansioni non di loro competenza.

Inoltre, in Calabria, a differenza che in Kent, la gestione ed erogazione dei servizi sociali è affidata agli enti locali comunali a capo dei quali si trovano uomini politici eletti dalla popolazione locale. Succede così che la selezione delle cooperative venga utilizzata come moneta di scambio clientelare.

Ciò crea spesso una discontinuità nell'erogazione dell'aiuto domiciliare, poiché il politico di turno può di volta in volta decidere di affidare la somministrazione dell'assistenza domiciliare a cooperative diverse a seconda del loro colore politico, creando non pochi disagi agli utenti ormai abituati a ricevere l'aiuto da parte del proprio operatore domiciliare di fiducia.

In altre realtà comunali, invece, le ristrettezze economiche spingono i comuni ad impiegare i giovani del servizio civile o i lavoratori socialmente utili per erogare il servizio domiciliare, in quanto a differenza degli operatori delle cooperative vengono pagati rispettivamente a livello nazionale e regionale.

È così che quando questi operatori vengono utilizzati per offrire un supporto nell'igiene della persona, gli anziani si ritrovano a ricevere l'aiuto di cui necessitano da personale non solo non specializzato ma anche senza alcuna esperienza in campo assistenziale. Al contrario, nelle realtà in cui invece le ristrettezze economiche spingono i comuni ad impiegare i lavoratori socialmente utili e i giovani del servizio civile esclusivamente per offrire ore di compagnia agli utenti, o per fargli la spesa e accompagnarli dal medico, gli anziani hanno la possibilità di poter contare su un valido, seppur minimo, aiuto domiciliare.

Sul versante sanitario, l'erogazione dell'assistenza domiciliare è affidata alle Aziende Sanitarie Locali. Qui è il medico di base che viene chiamato a svolgere un ruolo di *gatekeeper* avendo il compito di prescrivere l'assistenza sanitaria domiciliare ai suoi pazienti.

Dalle interviste effettuate ai responsabili del servizio domiciliare sanitario è emersa, tuttavia, una diffidenza verso le motivazioni etiche e professionali del

medico di base a causa della presenza di un conflitto di interessi che spingerebbe questa categoria a non prescrivere l'assistenza domiciliare per i propri pazienti. I medici di base, infatti, hanno la possibilità di ottenere un extra economico dall'Asl se dimostrano che il paziente ha in realtà bisogno di visite domiciliari da parte del medico di base, quella che in gergo medico viene definita assistenza domiciliare programmata o ADP. Inoltre, esiste la possibilità che possano essere socio o messi a capo di strutture residenziali e quindi nuovamente poco interessati ad indirizzare i propri pazienti verso l'assistenza domiciliare erogata dall'Asl.

A fronte dell'inefficacia e dell'inefficienza dei servizi territoriali calabresi, la famiglia si è rilevata essere la principale barriera dell'istituzionalizzazione degli anziani. I trasferimenti monetari erogati al posto dei servizi, infatti, vengono generalmente usati da parte di quest'ultime per sostenere le spese necessarie per prendersi cura dei membri più anziani. Inoltre, considerando l'alto tasso di disoccupazione e povertà con cui spesso queste famiglie sono costrette a fare i conti, capita che gli assegni vengano utilizzati da parte di quest'ultime anche come ammortizzatori del degrado economico in cui vivono.

In contrasto, in Kent, l'introduzione dei nuovi servizi di *intermediate care* da parte della riforma dell'*NHS Plan 2000*, mirati al recupero dell'autosufficienza dell'anziano, sta riducendo il livello di istituzionalizzazione degli anziani. Ciò è emerso non solo dalle interviste effettuate ma anche dai dati forniti dal *Social Services Inspectorate*.

Infine, dal materiale messo a disposizione dalla ricerca sul campo, si è avuto modo di constatare come l'obbligo dell'integrazione nell'erogazione dei servizi di *intermediate care* tra i *Social Service Department* e i *Primary Care Trust*, responsabili rispettivamente della gestione e della erogazione dei servizi sociali e sanitari locali, stia da un lato aumentando le occasioni di collaborazione tra i servizi e quindi incentivando la condivisione delle diverse esperienze e conoscenze formative essenziali per lavorare insieme in modo più proficuo, e dall'altro mettendo sempre più in evidenza le persistenti diversità tra i due organismi in termini di priorità e modalità di intervento che spesso impediscono alle parti di raggiungere in modo immediato una decisione sulle rispettive competenze e risorse da impiegare nella cura da erogare.

A questo proposito lo sviluppo di training integrati tra i professionisti sociali e sanitari nella contea del Kent stanno riducendo, secondo le testimonianze raccolte da parte delle nuove generazioni, la mancata consapevolezza reciproca dei ruoli da assumere nel processo di cura.

APPENDICE A

Gli otto standards del *National Framework for older people* del 2001

Standard 1: Rooting out age discrimination

NHS services will be provided, regardless of age, on the basis of clinical need alone. Social care services will not use age in their eligibility criteria or policies, to restrict access to available services.

Standard 2: Person- centred care

NHS and social care services treat older people as individuals and enable them to make choices about their own care. This is achieved through the single assessment process, integrated commissioning arrangements and integrated provision of services, including community equipment and continence services.

Standard 3: Intermediate care

Older people will have access to a new range of intermediate care services at home or in designed care settings, to promote their independence by providing enhanced services from the NHS and councils to prevent unnecessary hospital admission and effective rehabilitation services to enable early discharge from hospital and to prevent premature or unnecessary admission to long term residential care.

Standard 4: General hospital care

Older people's care in hospital is delivered through appropriate specialist care and by hospital staff who have the right set of skills to meet their needs.

Standard 5: Stroke

The NHS will take action to prevent strokes, working in partnership with other agencies where appropriate. People who are thought to have had stroke have access to diagnostic services, are treated appropriately by a specialist stroke

service, and subsequently, with their carers, participate in a multidisciplinary programme of secondary prevention and rehabilitation.

Standard 6: Falls

The NHS working in partnership with councils, takes action to prevent falls and reduce resultant fractures or other injuries in their populations of older people. Older people who have fallen receive effective treatment and rehabilitation and, with their carers, receive advice on prevention, through a specialised falls service.

Standard 7: Mental health in older people

Older people who have mental health problems have access to integrated mental health services, provided by the NHS and councils to ensure effective diagnosis, treatment and support, for them and for their carers.

Standard 8: The promotion of health and active life in older age

The health and well being of older people is promoted through a co-ordinated programme of action led by the NHS with support from councils.

APPENDICE B

Criteria di eleggibilità per l'accesso ai servizi in Kent

Critical – when:

- ✓ Life is, or will be, threatened; and/or
- ✓ Significant health problems have developed or will develop; and/or
- ✓ There is, or will be, little or no choice and control over vital aspects of the immediate environment; and/or
- ✓ Serious abuse or neglect has occurred or will occur; and/or
- ✓ There is, or will be, an inability to carry out vital personal care or domestic routine; and/or
- ✓ Vital involvement in work, education or learning cannot or will not be sustained; and/or
- ✓ Vital social support systems and relationships cannot or will not be sustained; and/or
- ✓ Vital family and other social roles and responsibilities cannot or will not be undertaken.

Substantial – when:

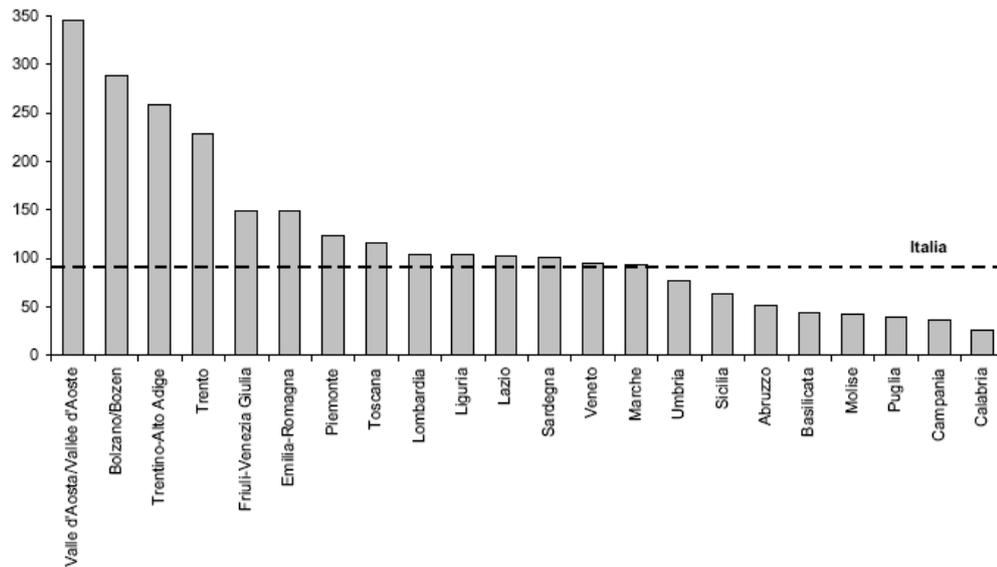
- ✓ There is, or will be, only partial choice and control over the immediate environment; and/or
- ✓ Abuse or neglect has occurred or will occur; and/or
- ✓ There is, or will be, an inability to carry out the majority of personal care or domestic routines; and/or
- ✓ Involvement in many aspects of work, education or learning cannot or will not be sustained; and/or
- ✓ The majority of social support systems and relationships cannot or will not be sustained; and/or
- ✓ The majority of family and other social roles and responsibilities cannot or will not be undertaken.

Moderate – when:

- ✓ There is, or will be an inability to carry out several personal care or domestic routines; and/or
- ✓ Involvement in several aspects of work, education or learning cannot or will not be sustained; and/or
- ✓ Several social support systems and relationships cannot or will not be sustained; and/or

- ✓ Several family and other social roles and responsibilities cannot or will not be undertaken.

APPENDICE C



Fonte: Istat, Centro interregionale per il sistema informatico e il sistema statistico, Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Ragioneria generale dello Stato, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati

Tabella C1: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione – anno 2004 (valori pro capite in euro) (Fonte ISTAT, 2006).

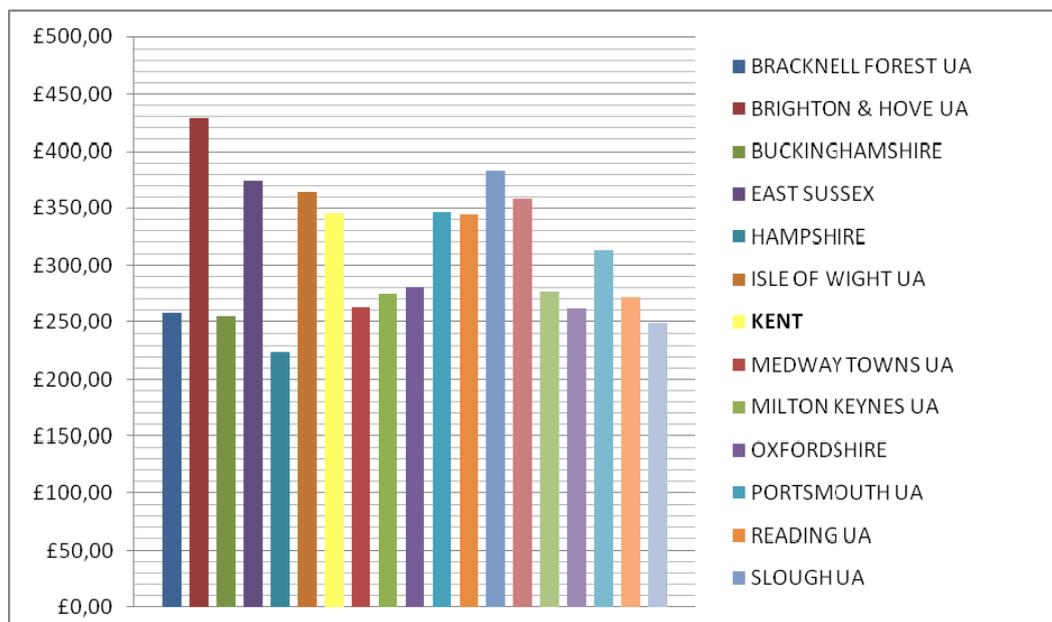


Tabella C2: Spesa per interventi e servizi sociali nelle contee e nelle unitary authority della regione del South East – anno 2003-2004 (valori pro capite in sterline) (Fonte DoH, 2008).

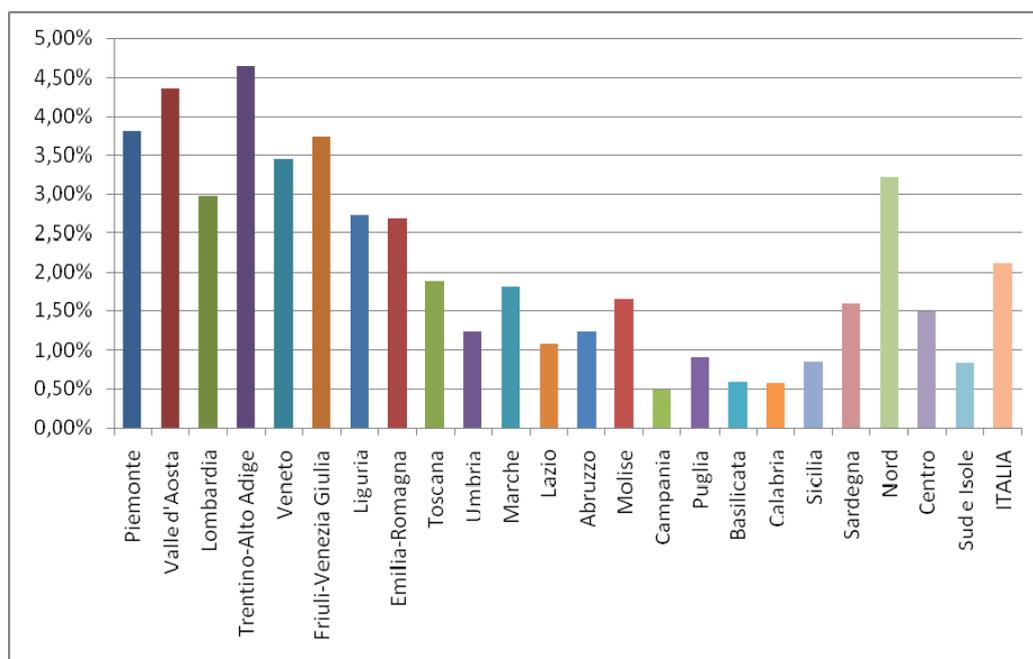


Tabella C3: Tasso di istituzionalizzazione anziani over 65 al 31 dicembre 2001 per regione. (Fonte: elaborazione dati ISTAT)

APPENDICE D

Criteria di eleggibilità per l'accesso ai servizi in Calabria (fac-simile)

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE PER "ASSISTENZA DOMICILIARE"

Il Signor _____ stato civile _____ nato il _____
a _____ residente a _____ in via _____
tel. (proprio) _____ tel. (parente) _____ tel. (vicino) _____

SI PRESENTA NEL MODO SEGUENTE

- È Autosufficiente
- È parzialmente autosufficiente
- Non è autosufficiente
- È allettato

- Vive da solo
- Vive con i familiari
- Vive con estranei
- Ha parenti in città

- È titolare di pensione

- Riceve interventi assistenziali
- se sì, da parte dell'ente _____

- È invalido/a civile
- È non vedente
- Indennità di accompagnamento

- Abita in casa propria
- Abita in affitto

- Riceve aiuti familiari
- se sì, di che genere _____

- Non riceve aiuti familiari

- Ha bisogno dei seguenti servizi:
 - Riordino delle stanze e pulizia generale dell'alloggio
 - Aiuto nella preparazione dei pasti
 - Acquisto di generi alimentari e articoli casalinghi
 - Aiuto nella cura della persona
 - Aiuto nella somministrazione dei medicinali
 - Altro _____

APPENDICE E

60-64				65 e oltre			
Basso livello di istruzione		Alto livello di istruzione		Basso livello di istruzione		Alto livello di istruzione	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
41,4%	56,6%	9,1%	5,6%	63,0%	77,0%	5,7%	2,7%

Tabella E1: Popolazione italiana residente da 60 anni e oltre per titolo di studio, classe d'età e sesso – anno 2006 (*valori percentuali*). (Fonte: ISTAT, 2007).

60-64				65-74			
Lower level of qualification		Higher level of qualification		Lower level of qualification		Higher level of qualification	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
21%	20,1%	14,7%	13,3%	16,2%	15%	13%	11,4%

Tabella E2: Popolazione residente in Inghilterra da 60 anni e oltre per titolo di studio, età e sesso. Censimento 2001 (*valori percentuali*). (Fonte: *Office for National Statistics*, 2001)

Regioni e Ripartizioni	CLASSI DI ETÀ'				Totale	
	20-34	35-49	50-64	65 e più	Laureati	%
Piemonte	69.142	83.785	49.863	28.830	231.620	6,6
Valle d'A.	1.849	2.346	1.254	574	6.023	6,1
Lombardia	181.379	208.694	115.486	64.644	570.203	7,7
Liguria	29.264	38.582	26.392	18.826	113.064	8,4
Italia Nord-Occidentale	281.634	333.407	192.995	112.874	920.910	7,4
Trentino A.A.	14.809	17.254	9.004	4.533	45.600	6,2
<i>Bolzano</i>	<i>6.756</i>	<i>7.510</i>	<i>3.789</i>	<i>2.090</i>	<i>20.145</i>	<i>5,6</i>
<i>Trento</i>	<i>8.053</i>	<i>9.744</i>	<i>5.215</i>	<i>2.443</i>	<i>25.455</i>	<i>6,6</i>
Veneto	76.376	88.032	49.167	23.913	237.488	6,4
Friuli V.G.	21.383	25.248	14.781	7.786	69.198	6,9
Emilia R.	79.886	97.521	54.948	29.174	261.529	7,8
Italia Nord-Orientale	192.454	228.055	127.900	65.406	613.815	7,0
Toscana	55.609	78.806	50.848	28.810	214.073	7,3
Umbria	15.161	19.536	12.679	6.426	53.802	7,8
Marche	26.143	32.931	20.077	10.695	89.846	7,4
Lazio	109.788	159.459	108.445	70.440	448.132	10,8
Italia Centrale	206.701	290.732	192.049	116.371	805.853	9,0
Abruzzo	23.365	28.783	17.208	9.193	78.549	7,7
Molise	5.388	6.767	4.165	2.025	18.345	7,2
Campania	87.905	120.012	73.904	43.523	325.344	7,7
Puglia	60.007	71.389	46.136	26.238	203.770	6,6
Basilicata	10.024	12.250	6.195	3.681	32.150	6,9
Calabria	34.826	45.155	26.947	14.995	121.923	7,9
Italia Meridionale	221.515	284.356	174.555	99.655	780.081	7,3
Sicilia	66.509	100.883	65.346	42.732	275.470	7,3
Sardegna	22.968	32.211	20.148	9.079	84.406	6,5
Italia Insulare	89.477	133.094	85.494	51.811	359.876	7,1
Totale	991.781	1.269.644	772.993	446.117	3.480.535	7,6

Tabella E3: Popolazione residente laureata di 20 anni e più per ripartizione e regione (*valori assoluti e percentuali*) Censimento 2001. (Fonte: ISTAT, 2005).

Bibliografia

- A.A. V.V. (1981), *Dizionario Garzanti della lingua italiana*, Garzanti editore.
- Abbatecola, G. e Malocchi, L. (a cura di) (1977), *Il potere della medicina*, Etas, Milano.
- Adams, J. e Robinson, P. (a cura di) (2002), *Devolution in practice: public policy differences within the UK*, Institute for Public Policy Research, Londra.
- Albanese, A. e Marzuoli, M. (2003), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Il Mulino, Bologna.
- Alcock P. e Craig C. (2001), *International Social Policy*, Palgrave, Basingstoke.
- Alcock, P. (1996), *Social Policy in Britain: Themes and Issues*, Macmillan, Basingstoke.
- Alcock, P. (2003), *Social Policy in Britain second edition*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Allen, I. (2001), *Social Care and Health: A New Deal?*, Policy Studies Institute, Londra.
- Amoretti, G. (1994), *Psicologia e terza età*, NIS, Roma.
- Andreini, G. (1994), *Dentro la cura: famiglie e anziani non autosufficienti*, Franco Angeli Milano.
- Anfossi L.; Bausano F.; Boffelli A.; Chiavinato G.L.; Colombo M.; Cremoncini V.; Delpierre G.; Hanau C.; Ivaldo M.; Noto V.; Sacchetta A. (1995), *Anziani, bisogni, servizi, progetti*, Fondazione Zancan, Padova.
- Ardigò, A. (1985), *Il paradosso del sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Ardigò, A. (1997), *Società e Salute*, Franco Angeli, Milano.
- Atkinson, H. and Wilks-Heeg, S. (2000), *Local government from Thatcher to Blair. The politics of creative autonomy*, Polity, Cambridge.
- Audit Commission (1986), *Making a Reality of Community Care*, Audit Commission, Londra.
- Baggott, R. (2002), *Health and Health care in Britain* (3th ed.), Macmillan, Basingstoke.
- Bailey, Kenneth D. (1995), *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.

- Balbuzzi, R. e Di Gaspare G. (2002), *Sanità e Assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano.
- Banfield, E. (1961), *Le basi morali di una società arretrata*, Il Mulino, Bologna.
- Barbanotti, G.; De Cecco, G. e Rossi, G. (2001), *Strutture per anziani. Gestire la qualità dei servizi*, Carocci, Roma.
- Calza Bini, P. (a cura di) (2001), *Lo stato sociale in Italia*, Rapporto annuale IRIDISS-CNR, Donzelli editore, Roma.
- Cowen, H. (1999), *Community Care and Social Policy*, Pearson Education, Essex.
- Barnes, M. (1997), *Care, Communities and Citizens*, Longman, Londra.
- Baroni, A. (1991), *La riabilitazione geriatrica*, La nuova Italia Scientifica, Roma.
- Basaglia, F. (1968), *L'istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini e Castoldi, Torino.
- Becchi, M. A. (1998), *Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle norme, ISO 9000*, Milano, Franco Angeli.
- Berger, P., Luckmann T. (1969) *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Bernard, M. (2000), *Promoting Health in Old Age: Critical Issues*, Open University Press, Buckingham.
- Bertin, G. (1996), *Valutazione e sapere sociologico*, Franco Angeli, Milano.
- Bertola, G.; Boeri, T. e Nicoletti, G. (2000), *Protezione sociale, occupazione e integrazione europea*, Il Mulino, Bologna.
- Blair, T. (1997) "Speech to the Labour Party Conference 30th September", *Guardian*, 1 October, 8.
- Blakemore, K. (1998), *Social policy: an introduction*, Open University Press, Buckingham.
- Bland, R. (1996), *Developing Services for Older People and Their Families*, Jessica Kingsley, Londra.
- Blumer, H. (1969), *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Boeri, T. (2002), *Meno pensioni, più welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Bognetti, G., Magnani A. (1990), *I servizi pubblici locali tra equità ed efficienza*, Franco Angeli, Milano.
- Bonarini, F. (2002), "Anziani nelle case di riposo", in *Polis*, **2**, Il Mulino, Bologna.

- Bortoli, B. (1997), *Teoria e storia del servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Boundon, R. (1970), *Metodologia della ricerca sociologica*, Il Mulino, Bologna.
- Breda, M. (2001), *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali*, Utet, Torino.
- Breviglieri, L. (1997), *Criticità nei servizi sociali*, Franco, Angeli, Milano.
- Bryans, W. (2004), *Managing in Health and Social Care: Essential Checklists for Frontline Staff*, Abingdon, Radcliffe Medical Press.
- Bua, G. (2001), *La qualità nei servizi sociali*, Centro scientifico editoriale, Torino.
- Buracchio, D. e Tiberio, A. (2001), *Società e servizio sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Byrne, T. (1986), *Local Government in Britain*, Penguin, Harmondsworth.
- Cappellini Vergara, F. (2001), *La promozione del benessere nella famiglia, nella scuola e nei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- Carbognin M. (1991), *Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Carnwell, R. e Buchanan J. (2005), *Effective Practice in Health and Social Care: a Partnership Approach*, Open University Press, Buckingham.
- Carrozza, P.; Rossi, E.; Ferioli, E. A. (a cura di) (2004), *Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del titolo 5*, Giappichelli, Torino.
- Cascioli, S. (2001), *L'assistenza agli anziani: il processo di programmazione e gli strumenti manageriali a supporto*, Franco Angeli, Milano.
- Catanzaro, R. (1989), *Società, Politica e Cultura nel Mezzogiorno*, Franco Angeli Milano.
- Catucci, S. (2000), *Introduzione a Foucault*, Laterza, Bari.
- Censi, A. (2001), *La vita possibile. Il lavoro sociale nelle residenze sanitarie per anziani*, Franco Angeli Milano.
- Chiva, A. (2001), *Promoting the Health of Older People: the Next Step in Health Generation*, Open University Press, Buckingham.
- Ciorli A. (1991), *Valutazione funzionale nei servizi per anziani*, Irer, Milano.
- Cipolla, C. (2002), *Valutare la qualità in sanità: metodologie e strumenti*, Franco Angeli, Milano.
- Clarke, A. (1997), *Studying the Organisation and Delivery of Health Services: a Reader*, Financial Times, Londra.
- Clasen J. (1999), *Comparative social policy*, Blackwell, Oxford.

- Clements, L. J. (2000), *Community Care and The Law*, Legal Action Group, Londra.
- Clough, R. (2000), *The practice of residential work*, Macmillan Press LTD, Basingstoke.
- Cochrane, A.; Clarke J. e S. Gewirtz (2001), *Comparing Welfare States*, Sage, Londra.
- Community Care (7 Marzo 2002), “Where better care?”.
- Corbetta, P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Corley, G. (2000), *Older People and Their Needs: a Multidisciplinary Perspective*, Whurr, Londra.
- Cornwell, R. (2005), *Effective Practice in Health and Social Care*, Open University Press, Maidenhead.
- Corrà D. (2000), *I servizi socio-assistenziali dei comuni*, Maggioli, Rimini.
- Costanzi C. e Ferrari, F. (1996), *La qualità soggettiva dell’assistenza residenziale agli anziani*, Summa, Padova.
- Costello, J. and Haggart, M. (2003), *Public Health and Society*, Macmillan, Londra.
- Cotesta, V. (a cura di) (1995), *Il welfare italiano*, Donzelli, Roma.
- Cremoncini V. e Taccani P. (1992), *Anziani come: verso una nuova cultura fra anziani e servizi*, Ministero della Sanità, Roma.
- CRESA (1988), *Qualità ed efficacia dei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Crespi, F. (1985), *Le vie della sociologia*, Il Mulino, Bologna.
- Crespi F. (2002), *Il pensiero sociologico*, Il Mulino, Bologna.
- Crotty, M. (1998), *The Foundations of Social Research*, SAGE, Londra.
- Davies, B. (1993), *The Reform of Community and Long-term Care of Elderly Persons: an International Perspective*, University of Kent, Canterbury.
- Dawn, O. (2003), *Constitutional reform in the UK*, Oxford University Press, Oxford.
- De Ambrogio, U. (1996), *Tutela dei cittadini e qualità dei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- De Beauvoir, S. (1970), *La terza età*, Einaudi, Torino.
- De Rose C. e Sacchini D. (2002), *L’età in gioco. Anziani in Calabria tra vecchie e nuove identità*, Rubbettino, Soveria Mannelli.

- De Vincenti, C. (2000), *Gli anziani in Europa. Sistemi sociali e modelli di welfare a confronto*, Laterza, Bari.
- Degli Albizi, M. (1993), “L’assistenza domiciliare all’anziano e l’integrazione “impossibile” tra servizi sociali e sanitari”, *Politiche sociali e servizi*, **1**, Milano.
- Denney, D. (1998), *Social Policy and Social Work*, University Press, Oxford.
- Denzin, N. K. e Lincoln, Y. (1998), *Strategies of Qualitative Inquiry*, SAGE, Londra.
- Department of Health (2001a), *The National Framework for older people: Modern standards and service models*, DoH, Londra.
- Department of Health (2001b), *Community Care (Direct Payments) Act 1996 – Policy and Practice Guidance*, <www.official-documents.co.uk>
- Department of Health (2008), Finance Statistics of Council Social Services Department:
2003-2004, Disponibile su <www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/StatisticalWorkAreas/index.htm>
- Di Nicola P., (1998), *La rete: metafora dell’appartenenza. Analisi strutturale e paradigma di rete*, Franco Angeli, Milano.
- Dobson, F. (1997), BBC Radio 4 Today Programme, 29 Dicembre.
- Donati, P. (1983), *La sociologia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- Donati, P. (1987), *Manuale di Sociologia Sanitaria*, NIS, Roma.
- Donati, P. (a cura di) (1986), *Salute e complessità sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Engel, G.I. (1977), “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, in *Science*, 196 (4286).
- Falcitelli, N.; Trabucchi, M. e Vasara, F (a cura di) (2002), *Rapporto Sanità 2002*, Il Mulino, Bologna.
- Fantozzi, P. (1993), *Politica, clientela e regolazione sociale. Il mezzogiorno nella questione italiana*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Fantozzi, P. (1997), *Comunità, società e politica nel sud d’Italia*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Fargion V. (1997), *Geografia della cittadinanza sociale in Italia – Regioni e politiche assistenziali dagli anni settanta agli anni novanta*, Il Mulino, Bologna.

- Feroli, E. (2003), *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino.
- Ferrario, F. (1992), *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, NIS, Roma.
- Ferrario, F. (1996), *Le dimensioni dell'intervento sociale*, NIS, Roma.
- Ferrario, F. (1997), *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Guerini Studio, Milano.
- Ferrario, P. (2001), *Politica dei servizi sociali*, Carocci, Roma.
- Ferrera, M. (1993), *Modelli di solidarietà*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera, M. (1995), *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in una prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera, M. (1997), *Le trappole del welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera, M. (2006), *Le politiche sociali: l'Italia in una riforma comparata*, Il Mulino, Bologna.
- Fiocco, P. M. (2002), *Qualità sociale dei servizi sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Fiocco, P.M. (2004), *Teoria sociale della cura*, Franco Angeli, Milano.
- Fiorentini, G. (2002), *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Folgheraiter, F. (1993), *Community care: teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Centro Studi Erickson, Trento.
- Folgheraiter, F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Foucault, M. (trad. it. 1969), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino.
- Franchini, R. (2001), *Costruire la comunità che cura*, Franco Angeli Milano.
- Franzoni, F. e Antonelli, M. (2007), *La rete dei servizi alla persona*, Carocci, Roma.
- Fraser, D. (1984), *The evolution of the British Welfare State*, Macmillan, Basingstoke.
- Freidson, E. (2002), *La dominanza medica*, Franco Angeli Milano.
- Gambino, S. (1999), *Regione Calabria e riforme istituzionali*, Periferia, Cosenza.
- Gambino, S. (2003), *Diritto regionale e degli enti locali*, Giuffrè, Milano.
- Gambino, S. (2003), *Il nuovo ordinamento regionale*, Giuffrè, Milano.
- Gambino, S. (2003), *Regionalismo, federalismo e devolution*, Giuffrè, Milano.
- Gambino, S. (2004), *Assistenza e tutela della salute*, Philos, Roma.
- Gambino, S. (2004), *Diritto costituzionale comparato ed europeo*, Giuffrè, Milano.

- Garrett, G. (1990), *Older People: Their Support and Care*, Macmillan, Basingstoke.
- Gerardi, S. e Lippi, A. (2000), *Tradurre le riforme in pratica*, R. Cortina, Milano.
- Gherzi R. F. (2001), *La legge quadro in materia di servizi sociali e la riforma del titolo V*, 2001 Ipsa, Milano.
- Gherzi, R. F. (2001), *La disciplina dei servizi sociali*, Ipsa, Milano.
- Ghisalberti, C. (1987), *Storia Costituzionale d'Italia*, Laterza, Bari.
- Giesen, B. e Schmid, M. (1982), *Introduzione alla sociologia*, Il Mulino, Bologna.
- Girotti F. (1998), *Welfare state. Storia, modelli e critica*, Carocci, Roma.
- Giumelli, G. (1994), *Anziani e assistenza: dalla carità verso la sicurezza sociale*, Franco Angeli Milano.
- Glasby, J. (2003) *Coming of Age: the Role of Children's Trust*, Seminar pack based on Health Services Management Centre seminar, 30 April, University of Birmingham, Birmingham.
- Glasby, J. e Littlechild, R. (2004), *The Health and Social Care Divide: the experience of older people*, Policy Press, Bristol.
- Glasby, J. e Peck, E. (2004), *Care Trusts: Partnership Working in Action*, Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Glaser, B. G. e Strauss, A. L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago.
- Goffman, E. (1968), *Asylums, le istituzioni totali: meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- Goldstein, (1988), *Il modello cognitivo umanistico nel servizio sociale*, Astrolabio, Roma. Citato in Cappellini, Vergara, F. (2001), *La promozione del benessere nella famiglia, nella scuola e nei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- Gonzo, M. (1999), *L'intervista nei servizi sociosanitari*, R. Cortina, Milano.
- Gori, C. (2001), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli Milano.
- Gori, C. (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna.
- Gori, E. (1999), *Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità*, Etas, Milano.
- Grbich, C. (1999), *Qualitative research in health: an introduction*, SAGE, Londra.
- Guaita A. (1996), *L'assistenza a domicilio per gli anziani*, Milano, Franco Angeli.

- Guala, C. (1993), *Posso farle una domanda? L'intervista nella ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Guala, C. (2000), *Metodi di ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Gui L. (1995), *L'utente che non c'è. Emarginazione grave, persona senza dimora e servizi sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Gui, L. (2005), *Proposte per l'integrazione nei servizi sociali e sanitari: formazione e azione dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale*, Franco Angeli Milano.
- Guidicini, P. (1995), *Questionari, interviste, storie di vita*, Franco Angeli Milano.
- Gully, V. (1994), *Coordinating Care at Home: Practical Approaches to Organizing Support for Older People*, Collins, Londra.
- Ham, C. (1999), *Health policy in Britain*, (4th), Palgrave, New York.
- Ham, C. (1999), Going by the book, *The guardian*, 29 September.
- Ham, C. (2004), *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service*, Palgrave, Macmillan, Basingstoke.
- Hantrais, L. e Steen, M. (1996), *Cross-national research methods in the social science*, Pinter, Londra.
- Hart, C. (1998), *Doing a Literature Review*, SAGE , Londra.
- Herzlich, C. e Adam, P. (1999), *Sociologia della malattia e della medicina*, Franco Angeli Milano.
- Higgins, R.; Oldman, C. e Hunter, D.J. (2004) "Working together: lessons for collaboration between health and social services", *Health and Social Care in the Community*, 2(5), pp.269-277.
- Hill, M. (1999), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Hill, M. (2003), *Understanding social policy*, Blackwell, Cambridge.
- Hillman, J. (2000), *La forza del carattere: la vita che dura*, Adelphi, Milano.
- HMSO (1989), *Caring for people: community care in the next decade and beyond*, HMSO, Londra.
- Hughes, B. (1995), *Older People and Community Care*, Open University Press, Buckingham.
- Illich, I. (trad. it 1976), *Nemesi Medica*, Mondadori, Milano.
- ISTAT (2001), *Censimento 2001*. Disponibile su <<http://www.istat.it>>.
- ISTAT (2006), *Annuario Statistico 2006*, ISTAT, Roma.
- ISTAT (2007a), *Annuario Statistico 2007*, ISTAT, Roma.

- ISTAT (2007b), *Lavoro-Disoccupazione. Diminuisce la disoccupazione. Restano le differenze di genere*. Disponibile su <http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070307_00/14_disoccupazione.pdf>.
- Izzo, A. (1991), *Storia del pensiero sociologico*, Il Mulino, Bologna.
- Kendall, J. e Knapp, M. (1993), "Defining the nonprofit sector: the United Kingdom", *Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*, 5, The Johns Hopkins Institute for Policy Studies, Baltimore.
- Kennett, P. (2001), *Comparative Social Policy*, Open University Press, Buckingham.
- Kent County Council (2003), *Employment, Occupations and Workforce*, Kent County Council, Maidstone, Leaflet CN4/03. Disponibile su <<http://www.kent.gov.uk/planningresearch>>.
- Kent County Council, *Population and Lifestyle*, Kent County Council, Maidstone, Leaflet CN2/03. Disponibile su <<http://www.kent.gov.uk/planningresearch>>.
- Kent County Council (2005a), 2003 Mid Year Population Estimates, Kent County Council, Maidstone, Leaflet MYE1/05. Disponibile su <<http://www.kent.gov.uk/planningresearch>>.
- Kent County Council (2005b), *Population Change in Kent*, Kent County Council, Maidstone, Leaflet DEM1/05. Disponibile su <<http://www.kent.gov.uk/planningresearch>>.
- Kent County Council (2002), *Population Change 1 – Births Deaths and Natural Change*, Kent County Council, Maidstone, Leaflet DEM1b/02. Disponibile su <<http://www.kent.gov.uk/planningresearch>>.
- Klein, R. (2001), *New Politics of the NHS*, (4th ed.), Harlow, Prendice Hall.
- La Rosa, M. (1995), *Solidarietà, equità e qualità. In difesa di un nuovo welfare in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- La Rosa M. (2001), *I servizi residenziali per gli anziani ed i problemi della qualità*, Franco Angeli, Milano.
- La Torre, G. (2003), *I servizi socio-assistenziali in Calabria*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Le Grand, J., Bartlett, W. (a cura di) (1993), *Quasi- markets and Social Policy*, Macmillan, Londra.

- Leathard, A. (1990), *Health care provision: past, present and future*, Chapman and Hall, Londra.
- Loxley, A. (1997), *Inter-Professional Collaboration in Health and Welfare: Working with Difference*, Jessica Kingsley, Londra.
- Maggian, R. (2001), *I servizi socioassistenziali. Verso un sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari*, Carocci, Roma.
- Maggian, R. (2002), *Il sistema integrato dell'assistenza*, Il Mulino, Bologna.
- Maino, F. (2001), *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Malcolm P. (2005), *The origins of social work*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Malin, N.; Manthorpe, J.; Race, D. e Wilmot, S. (1999), *Community care for nurses and the caring professions*, Open University Press, Buckingham.
- Maluccelli, L. (2007), *Lavori di cura*, Il Mulino, Bologna.
- Mandelstam, M. (1999), *Community Care Practice and the Law*, Jessica Kingsley, Londra.
- Manoukian, Olivetti F. (1998), *Produrre servizi*, Il Mulino, Bologna.
- Mapelli, V. (1999), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- Marshall, M. (2006), *Il lavoro sociale con l'anziano*, Erickson, Trento.
- Marshall, T. H. (1976), *Cittadinanza e classe sociale*, UTET, Torino.
- Martin, V. (2003a), *Leading Change in health and Social Care*, Routledge, Londra.
- Martini, E. R. e Sequi, R. (1989), *Il lavoro nella comunità*, NIS, Roma.
- McDonald, A. (1999), *Understanding Community Care: a Guide for Social Workers*, Macmillan, Basingstoke.
- McKeown, T. (1976), *The role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?*, Basil Blackwell, Oxford.
- Mead, G. (1997), *Health and Social Services in Primary Care: an Effective Combination?*, Financial Time Health Care, Londra.
- Means, R. (2002), *From Community Care to Market Care? The development of Welfare Services for Older People*, Policy Press, Bristol.
- Means, R. et al. (1997), *Making Partnership Work in Community Care: A guide for Practitioners in Housing, Health and Social Services*, Policy Press, Bristol.
- Means, R. e Smith, R. (1998), *From Poor Law to community care: the development of welfare services for elderly people, 1939-1971*, The Policy Press, Bristol.

- Means, R.; Richards S. e Randall, S. (2003), *Community Care: Policy and Practice*, third edition, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Milner, J. (2005), *L'assessment nei servizi sociali*, Erickson, Trento.
- Minervini, E. (1989), "Esiste la categoria giuridica degli anziani?", *Giur. it.*, **II**, p. 318. Citato in Albanese, A. e Marzuoli, C. (2003), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Il Mulino, Bologna.
- Moonie, N. et. al. (1995), *Health and Social Care: Intermediate*, Heinemann, Oxford.
- Moullin, M. (2002), *Delivering Excellence in Health and Social Care: quality, excellence and performance measurement*, Open University Press, Buckingham.
- Negro, G. (1992), *Organizzare la qualità nei servizi*, Il Sole 24 ore, Milano.
- Neuman, L. W. (1991), *Social Research methods. Qualitative and quantitative approaches*, Allyn and Bacon, Boston. Citato in Ricolfi, L. (1997), *La ricerca qualitativa*, NIS, Roma.
- Niero, M. (1995), *Metodi e tecniche di ricerca sociale per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Niero, M. (2002), *Qualità della vita e della salute*, Franco Angeli Milano.
- O'Hagan, G. (1999), *Of Primary Importance: Inspection of Social Services Departments' Links with Primary Health Services-Older People*, DoH, Londra.
- Obelkevich, J. e Catterall, P. (1994) in "Understanding post-war British society", Routledge, Londra.
- Office for National Statistics (2007), *Population Trends*, **130**, Palgrave Macmillano, New York. Disponibile su <<http://www.statistics.gov.uk>>.
- Office for National Statistics (2005), *Birth statistics*, Leaflet FM1/33, Office for National Statistics, Londra. Disponibile su <<http://www.statistics.gov.uk>>.
- Office of the Deputy Prime Minister (2004), *The English Indices of Deprivation 2004*, ODPM Publications, Wetherby. Disponibile su <<http://www.odpm.gov.uk>>.
- Office for National Statistics (2001), *Censimento 20001*, Office for National Statistics, Londra. Disponibile su <<http://www.statistics.gov.uk>>
- Ongaro Basaglia, Franca (1982), *Salute/Malattia: le parole della medicina*, Einaudi, Torino.

- Paci, M. (2005), *Nuovi lavori, nuovo welfare: sicurezza e libertà nella società attiva*, Il Mulino, Bologna.
- Parrott, L. (2002), *Social Work and Social Care*, (2a ed), Routledge, Londra.
- Pavan, R. (1976), *Senza speranza?: emarginazione degli anziani e ruoli sociali*, Società editrice napoletana, Napoli.
- Peace, S.; Kellaher, L. e Willcocks, D. (1997), *Re-evaluating residential care*, Open University Press, Buckingham.
- Piselli, F. (1981), *Parentela ed Emigrazione*, Giulio Einaudi, Torino.
- Piva, P.T. (2006), *I servizi alla persona*, Carocci, Roma.
- Poxton, R. (1996), *Joint Approaches for a Better Old Age: Developing Services through Joint Commissioning*, King's Fund, Londra.
- Poxton, R. (1999), *Working Across the Boundaries: Experiences of primary health and social care partnerships in practice*, King's Fund Publishing, Londra.
- Pugliese, A. (1985), *Calabria: i caratteri di un'economia dependente*, Franco Angeli Milano.
- Punch, F. K. (1998), *Introduction to Social Research: quantitative and qualitative approaches*, SAGE, Londra.
- Ranci O. (2000), *La valutazione della qualità nei servizi sanitari*, Franco, Angeli, Milano.
- Ranci C. (2001), *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- Ranci, C. (2002), *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Ranci, C. (1999), *Oltre il Welfare State*, Il Mulino, Bologna.
- Rapport, F. (2004), *New Qualitative Methodologies in Health and Social Care Research*, Routledge, Londra.
- Regalia, C. (2000), *Valutazione e qualità dei servizi*, Unicopoli, Milano.
- Rei, D. (1994), *Servizi sociali e politiche pubbliche*, NIS, Roma.
- Richard P. (1999), *Working across the Boundaries: experiences of primary health and social care partnerships in practice*, King's Fund, Londra.
- Ritter, G. A. (1991), *Storia dello stato sociale*, Laterza, Bari.
- Rizzo M. (2002), *L'assistenza sociale: fra costituzione, giudice costituzionale e legge*, Periferia, Cosenza.
- Rolla, G. (2002), *Diritto regionale e degli enti locali*, Giuffrè Editore, Milano.

- Rummery, R., e Glendinning, C. (2000), *Primary Care and Social Services: Developing New Partnerships for Older People*, Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Saccapani A. (1995), *I servizi sociali negli enti locali*, ICA, Brescia.
- Salamon, L. M. e Anheier, H. K. (1992), "In search of the nonprofit sector II: The problem of classification". *Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*, **3**, The Johns Hopkins Institute for Policy Studies, Baltimore.
- Sanicola, L. (1994), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli.
- Sapsford, R. e Jupp, V. (1996), *Data Collection and Analysis*, SAGE, Londra.
- Saraceno, C. (1997), *Regionalismo, federalismo, welfare state*, Giuffrè, Milano.
- Schwartz H. e Jacobs J. (1987), *Sociologia Qualitativa*, Il Mulino, Bologna.
- Scortegagna, R. (1999), *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna.
- Seed, P. e Lloyd, G. (1997), *Quality of life*, Jessica Kingsley Publishers, Londra.
- Serra, R. (2001), *Logiche di rete*, Franco Angeli, Milano.
- Sgreccia, E. (1994), *Persone e terza età: assistenza, inserimento, compartecipazione*, Teotokos, Siracusa.
- Sidell, M. (1995), *Health and old age: Myth, Mystery and management*, Open University Press, Buckingham.
- Sikes, R.; Bochel, C. e Ellison, N. (2002), *Social Policy review n. 14: Developments and debates: 2001-2002*, The Policy Press, Bristol.
- Silvey, J. (1991), *Cooperation in Community Care: Inter-Professional Issues in the Assessment of Old People*, University of Nottingham, Nottingham.
- Social Services Inspectorate (2003), *Improving older people's services: an overview of performance*, <<http://www.doh.gov.uk/ssi/olderpeople03.htm>>.
- Sparti, D. (1995), *Epistemologia delle scienze sociali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Stanzione, P. (1991), *Anziani e tutele giuridiche*, Edizione Scientifica Italiana, Napoli.
- Strauss, A.L. e Corbin, J. (1990), *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, SAGE, Newbury Park.
- Taccani, P.; Tramma, S. e Dotti, A. B. (1999), *Gli anziani nelle strutture residenziali*, Carocci, Roma.
- Tacchi, E. M. (1995), *L'anziano e la sua casa*, F. Angeli, Milano.

- Tamanza, G. (2001), *Anziani: rappresentazioni e transizioni dell'ultima età della vita*, Franco Angeli Milano.
- Thatcher M. (1981), Speech to WRVS National Conference 'Facing the New Challenge', 19 Gennaio, p.3.
- Thompson, N. e Thompson, S. (2005), *Community care*, Russell House, Dorset.
- Timmins, N. (1996), *The five giants*, Fontana Press, Londra.
- Titmuss, R. M. (1950), *Problems of social policy*, HOMSO, Londra.
- Tognetti Bordogna, M. (1989), *I confini della salute: paradigmi da contestualizzare*, Franco Angeli Milano.
- Tognetti Bordogna, M. (1998), *Lineamenti di politica sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Townsend, P. (1962), *The Last Refuge:: a survey of residential institutions and homes of old people*, Routledge & Kegan Paul, Londra.
- Townsend, P. (1981), "The structured dependency of the elderly: the creation of social policy in the twentieth century", *Ageing and society*, **1** (1): 5-28.
- Trabucchi, M. (1998), *Assistenza e riabilitazione geriatrica*, Franco Angeli Milano.
- Trigilia, C. (1992), *Sviluppo senza autonomia. Effetti perversi delle politiche nel Mezzogiorno*, Il Mulino, Bologna.
- Vecchiato, T. (1995), *La valutazione dei servizi sociali e sanitari*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Viani, G. (2002), *Manuale di legislazione sanitaria*, Franco Angeli Milano.
- Victor, C. (1991), *Health and Health Care in Later Life*, Open University Press, Buckingham.
- Victor, C. (1997), *Community Care and Older People*, Stanley Thornes (publishers) Ltd, Cheltenham.
- Walker, A. (1995), *Half a Century of Promises: The Failure to Realise "Community Care" for Older People*, Counsel and Care, Londra.
- Walker, A. (2004), *Growing older: quality of life in older age*, Open University Press, Maidenhead.
- Walker, A. e Maltby, T. (1997), *Ageing Europe*, Open University Press, Buckingham.

- Walker, A. e Warren, L. (1996), *Changing Services for Older People: The Neighbourhood Support Units Innovation*, Open University Press, Buckingham.
- Walker, A. e Naegele, G. (1999), *The Politics of Old Age in Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Wall, A. e Owen, B. (2002), *Health Policy* (2a ed), Routledge, Londra.
- Wallace, R. A. e Wolf A. (2000), *La teoria sociologica contemporanea*, Il Mulino, Bologna.
- Warren, (1951), *The elderly in community*, *Social Service Quarterly*, vol. 24, n.3.
- Wasik, B. (1990), *Home Visiting: Procedures for Helping Families*, SAGE, Londra.
- Weber, M. (trad. it. 1974), *Economia e Società*, Milano, Comunità.
- Weber, M. (1968), *On Charisma and Institution Building: Selected Papers*, con introduzione di S. N. Eisenstadt, University of Chicago Press, Chicago.
- Wilson, D. e C. Game (1998), *Local Government in the United Kingdom*, 2edn, Macmillan Press, Basingstoke.
- Winchester, R. (2002), "Where Better to Care", *Community Care*, Mar. 7th - 13th, p. 26-28.
- Wistow, G. (1988), *Health and Local Authority collaboration: lessons and prospects*, in Wistow, G. e Brooks, T. (a cura di), *Joint Planning and Joint Management*, Royal Institute of Public Administration, Londra.