

Il Welfare degli altri. I servizi per anziani in Danimarca

Fabrizio Giunco – Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS

Abstract:

La pandemia è stata una lezione esemplare per l'Italia. I più anziani hanno pagato un prezzo durissimo, non solo nelle RSA o mentre bussavano alle porte di ospedali ormai al collasso. In tutte le regioni, anziani fragili e con ridotta autonomia si sono ritrovati confinati in case prive di reali servizi, barricati entro confini da difendere da chiunque arrivasse dall'esterno ma anche fuori dal normale sistema di tutela: tamponi, visite domiciliari, guardia medica, consigli affidabili. Con loro, famiglie e badanti, sempre a rischio di micro-cluster locali (di condominio, di famiglia, di appartamento). Un vero dramma sociale ed esistenziale, prima che sanitario. Per molti aspetti, si è trattato di una catastrofe annunciata, che ha fatto emergere le debolezze del sistema di welfare italiano, così centrato sulla sanità ospedaliera e specialistica ma così debole sul territorio. La speranza è che il nuovo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sappia affrontare questa debolezza; nel caso, anche facendosi ispirare da Paesi e sistemi che hanno già sviluppato soluzioni originali ed efficaci. Un Paese a cui guardare con interesse è sicuramente la Danimarca, per molti un modello di eccellenza per la qualità e originalità del suo sistema di welfare.

¹La pandemia da SARS-CoV-2 ha fatto emergere molte debolezze del sistema di cura territoriale, con particolare riferimento alle conseguenze subite dai più anziani. Fra gli ultra65enni, nel 2020, sono stati registrati quasi 100.000 morti in più rispetto alla media dei cinque anni precedenti (ISTAT, 2021). Hanno certamente contribuito i decessi in RSA ma anche la crisi del sistema ospedaliero e delle cure primarie. Per molti mesi chi era affetto da normali problemi di salute o malattia non ha avuto la possibilità di ricevere le stesse attenzioni precedenti. Non da meno, in tutta Italia, anziani fragili e con ridotta autonomia sono rimasti confinati in case prive di reali servizi, barricati entro confini da difendere da chiunque arrivasse dall'esterno ma anche fuori dal normale sistema di tutela: tamponi, visite domiciliari, guardia medica, consigli affidabili. Paura, deprivazione sociale e affettiva, limitazioni delle attività e degli interessi. Con loro, famiglie e badanti, sempre a rischio di micro-cluster locali (di condominio, di famiglia, di appartamento). Un vero dramma sociale ed esistenziale, prima che sanitario. Per molti aspetti, si è trattato di una catastrofe annunciata, nonostante l'Italia abbia ancora uno dei migliori sistemi sanitari al mondo. Lo ha ricordato anche l'OECD nel 2015, esprimendo però al Ministero della salute alcune preoccupazioni rispetto alla rilevanza dei tagli economici degli anni precedenti. Ben diversa è la situazione dei servizi sociali e sociosanitari, extra-ospedalieri e territoriali; si tratta di quelli che, nella terminologia internazionale, sono più spesso definiti come servizi di Long-Term Care (LTC). L'Italia, ha sottolineato la stessa OECD, non ha un vero sistema di LTC, ma solo un insieme frammentato, confuso, mal distribuito e mal finanziato di sussidi e servizi, senza un sicuro modello di governo. Problema non da poco, alla luce dei cambiamenti della struttura di popolazione e dell'imponente invecchiamento della popolazione.

¹ L'articolo è una sintesi del capitolo del volume curato da Carla Costanzi e Antonio Guaita *RSA, oltre la pandemia. Ripensare la residenzialità collettiva e promuovere contesti abitativi accoglienti e sicuri*, pubblicato da Maggioli Editore nel 2021. È stato inoltre pubblicato precedentemente nel numero 2/2021 della Rivista *Welfare Oggi* (pp. 33-40).

Il confronto con gli altri Paesi a economia avanzata è impietoso, se non drammatico. I Servizi di assistenza domiciliare sociali (SAD) italiani raggiungono meno dell'1% della popolazione 65+, la metà di quelli sostenuti 10 anni fa. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) fatica a superare il 3-4%, con una intensità – 11-14 accessi all'anno – inadeguata per essere di reale

supporto, anche solo agli anziani non autosufficienti (Italia Longeva, 2020). Il complesso delle strutture residenziali extra-ospedaliere – fra cui le RSA – raggiunge poco più del 2% degli ultra65enni. Solo la Lombardia si avvicina al 3% (NNA, 2021). Si tratta di medie lontane da quelle europee o dell'area OECD. Inutile ricordare i Centri diurni – alcuni anche di alta qualità, ma numericamente residuali – o i servizi abitativi di vita indipendente o assistita, anch'essi presenti ma quasi estranei dal pensiero e dalla programmazione nazionale o regionale.

Un dato emblematico: il servizio più consistente verso la non autosufficienza continua ad essere rappresentato da colf e badanti. Difficile da spiegare a esperti o colleghi di altri Paesi che la sesta economia mondiale considera normale che poco più di 600.000 mila anziani con ridotta o assente autonomia abbiano come principale o unico sostegno operatori non professionali, mal pagati, per il 60% impiegati irregolarmente, non certificati e totalmente esterni a qualunque sistema istituzionale di governo o controllo (Pasquinelli, 2021). Per inciso, la pandemia ha creato le premesse per una possibile crisi anche in questo ambito, con ulteriori e negative ricadute su famiglie già allo stremo. Quindi, molto da fare, anche per chi dovrà garantire un utilizzo consapevole delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Uno sguardo verso altri Paesi. Il caso della Danimarca

Anche per questo motivo, sembra utile guardarsi un po' intorno per fare tesoro di quanto già sperimentato da altri Paesi. In questo ambito, la Danimarca rappresenta sicuramente un modello di eccellenza. Dalla fine degli anni '80 ha totalmente ripensato l'offerta di servizi, grazie a robuste riforme normative e alla ricerca di soluzioni originali e spesso non convenzionali. Solo qualche dato per contestualizzare le riflessioni che seguiranno. La Danimarca è un Paese di 5,8 milioni di abitanti. Si tratta di una comunità tradizionalmente forte e coesa, orgogliosa del proprio sistema di welfare. I diritti, la cultura, i valori e i desideri dei cittadini sono consegnati alla responsabilità politica e dei governi, che si sentono impegnati a tradurli in modelli implementati con rigore, coerenza e determinazione. In altre parole, un'applicazione matura della democrazia rappresentativa, che rifugge da atteggiamenti politici paternalistici o dirigistici (The Economist, 2013). Il suo sistema di welfare garantisce servizi abitativi e residenziali – diffusi e di alta qualità – al 6% della popolazione con più di 65 anni, tre volte in più rispetto all'Italia.

Imbarazzante il confronto sui servizi domiciliari; in Danimarca raggiungono oltre il 30% degli ultra65enni. Inoltre, il 20% degli ultra75enni riceve almeno una visita preventiva all'anno e tutti gli anziani possono contare su un case-manager comunale di riferimento e su molte forme di supporto economico o di servizio alle difficoltà quotidiane o familiari. Altri numeri possono essere di aiuto. La spesa per il sistema di LTC

danese è fra le più alte in Europa (OECD, 2018), equivalente al 2,5% del PIL nazionale, poco meno del doppio della media europea. Ammonta a circa un quarto della spesa sanitaria, contro il 13% della media UE28. Il 29,4% della spesa sanitaria è assorbito dai pazienti domiciliari o ambulatoriali, contro il 26,3% di quelli ricoverati. In altre parole, la Danimarca è uno dei pochi Paesi dell'UE ad avere una spesa per i degenti ricoverati inferiore a quella per i pazienti esterni (European Commission, 2019).

Al tempo stesso, grazie anche alla solidità delle politiche territoriali, la Danimarca registra ottimi risultati nei

ricoveri ospedalieri evitabili per malattie croniche e nel contenimento dei ritardi per liste di attesa o problemi

amministrativi alla dimissione, mentre la mortalità evitabile perché prevenibile con adeguati interventi di sanità pubblica è fra le più basse nell'UE 28 (OECD, 2018).

L'attenzione alla salute e al benessere

Il modello danese esprime una visione estensiva dell'offerta di welfare. Ad esempio, l'offerta sanitaria viene ritenuta in qualche modo secondaria rispetto all'elevata attenzione alla tutela della salute in senso ampio: qualità abitativa e ambientale, benessere, stile di vita, sicurezza, prevenzione (European Commission, 2018).

Non a caso, tutte le riforme dell'assetto dei servizi sociali e sanitari hanno sempre integrato in modo originale l'azione di ministeri con competenze diverse: casa, lavoro, territorio, trasporti, ambiente, interni, politiche sociali, salute, anziani (European Parliament, 1996). Lo stesso Ministero della salute, piuttosto che avere una forte identità propria, ha più volte cambiato denominazione o è stato fuso con altri ministeri o funzioni (Ministero dello sviluppo e degli affari sanitari, Ministero della salute e della prevenzione, Ministero degli interni e della salute, Ministero della salute e degli anziani).

Con una visione così integrata e così attenta alla tutela dei cittadini, non deve sorprendere il fatto che, secondo l'OECD, la Danimarca "si colloca al di sopra della media in termini di equilibrio lavoro-vita privata, relazioni sociali, qualità ambientale, impegno civile, istruzione e competenze, occupazione e guadagni, stato di salute, benessere soggettivo e sicurezza personale" (OECD, 2021).

Si tratta, quindi, di un esempio di efficace equilibrio fra mercato, distribuzione dei suoi benefici, tutela del lavoro, carico fiscale, investimenti pubblici e protezione sociale. Questo, anche se il reddito netto disponibile (circa 25.000 euro/anno) e la ricchezza netta media delle famiglie (circa 98.000 euro) si collocano leggermente al di sotto della media dei 35 Paesi OCSE, mentre i prezzi al consumo sono fra i più alti in Europa (+39% rispetto alla media EU28). Casa e spese accessorie (riscaldamento, elettricità) assorbono oggi il 33,5% delle spese dei cittadini danesi. Però, solo il 7,2% dei danesi rientra nella definizione di povertà (meno del 50% del reddito medio nazionale) collocandosi quindi ai livelli più bassi fra i Paesi europei (Statistics Denmark, 2019). Anche i tassi di esclusione sociale e le diseguaglianze di reddito sono inferiori alla media europea. Si tratta però di una economia solida, che ha retto bene l'impatto delle crisi mondiali (Statistic Denmark, 2019) e che è in grado di sostenere una elevata spesa pubblica per servizi e protezione sociale (44% del totale della spesa nel 2018).

L'attenzione all'abitare

Per gli stessi motivi, è altrettanto emblematico che le riforme delle politiche abitative, ambientali e dell'organizzazione urbana abbiano ampiamente preceduto quelle dell'offerta di servizi. Già a partire dagli anni '50, infatti, la Danimarca ha investito fino al 2% del PIL nella qualificazione dell'offerta abitativa. Quando sono iniziate le riforme successive del sistema di welfare, quindi, la qualità abitativa e urbanistica del Paese era già elevata e i problemi collegati meno acuti di quelli presenti in molti altri Paesi europei. L'obiettivo di vivere la vecchiaia nella propria casa appartiene alla cultura diffusa e coincide con i desideri degli anziani danesi, almeno fino a che non si rimanga soli per la morte del coniuge o i propri bisogni non oltrepassino soglie non sostenibili, ad esempio per malattie o disabilità. Sembra utile richiamare le conclusioni di Duncan MacLennan nel rapporto "Housing Policy in the EU Member States": "Esistono alcune dominanti etiche delle politiche abitative danesi. Le politiche abitative costruiscono comunità e non solo case; anche il miglioramento dell'ambiente urbano richiede coesione sociale per avere successo ma promuove anche coesione quando riesce a migliorare l'ambiente" (European Parliament, 1996).

Per questo e altri motivi, nel modello danese l'abitare (Housing) viene considerato come la prima ed essenziale forma di servizio e tutte le soluzioni che saranno descritte di seguito ruotano attorno alla diversa ricomposizione dell'abitare con i servizi alla persona e i servizi sanitari del territorio.

In questo senso, tutte le soluzioni residenziali danesi appartengono al più ampio settore dell'Housing sociale e sono interpretate dal sistema prima di tutto come abitazioni. Questo vale anche per le Nursing Homes (NH), che nella modellizzazione internazionale sono le strutture più vicine alle RSA italiane, almeno nelle regioni che hanno normato queste ultime come strutture a maggiore intensità assistenziale e complessità organizzativa. Tutte devono rispondere alle stesse normative locali sulla qualità costruttiva, la sostenibilità ambientale e l'idoneità o adattabilità alle limitazioni nelle autonomie quotidiane di chi in esse abita: accessibilità, adattamenti strutturali, tecnologie assistive.

Il sistema di LTC danese

Il modello di LTC si fonda su altri paradigmi, oltre a quelli già anticipati. Tutte le persone devono poter ricevere interventi di pari qualità e quantità, indipendentemente dal luogo in cui essi dovranno essere garantiti: dimora naturale, housing sociale pubblico o privato, strutture specializzate a minore o maggiore protezione, nursing homes. L'unica variabile è rappresentata dalle necessità delle persone, non dal luogo di erogazione. Il nuovo paradigma è nel complesso semplice. La casa, la rete di sostegno naturale della persona e le nuove soluzioni abitative a diverso grado di protezione sociale rappresentano la piattaforma (Habitat Pad) per una più efficace ed efficiente azione dei servizi di supporto domiciliare (Predazzi, 2013). Se le case sono adatte, è più efficace spostare i servizi che costringere le persone a ripetuti cambiamenti nelle fasi più delicate della loro esistenza (The Danish Ministry of Housing, 2014). Secondo questa visione, un'abitazione ben strutturata, eventualmente arricchita da servizi di base che favoriscano la socialità della persona e assolvano ai suoi bisogni di protezione primaria (prossimità ad altri, monitoraggio della situazione, tutela dai pericoli, attenuazione dei rischi), rappresenta la piattaforma necessaria per permettere agli interventi domiciliari di operare sia in modo efficace (raggiungere i risultati attesi del lavoro di cura) che efficiente: garantita la sicurezza e protezione abitativa, i servizi professionali possono agire solo sui bisogni ulteriori, senza dover prendere in carico anche quelli sottostanti o considerare il trasferimento della persona a una soluzione istituzionale totalizzante. Il sistema danese valorizza i benefici dell'integrazione abitativa con le altre forme di supporto alla persona (operative ed economiche), secondo una visione sistemica che privilegia le risposte ai bisogni, la continuità di cura lungo l'intero arco della vita e una visione di insieme piuttosto che l'attenzione alla sola offerta (Predazzi, 2002).

Il modello di governo e regolazione

Questa impostazione richiede un modello di governo solido ed efficace. Il Governo centrale ha un ruolo ridotto nelle politiche di LTC danesi; definisce i principi generali, promuove accordi sulla regolazione generale o avvia linee di finanziamento specifiche per le politiche locali. Le cinque regioni amministrative governano e regolano i servizi sanitari: ospedali, servizi di salute mentale, medici di cure primarie, specialisti, farmacisti e dentisti (WHO, 2019). Il governo del sistema di LTC è invece molto più decentralizzato. Dal 1976 tutta la responsabilità dei servizi territoriali – residenziali e domiciliari, sanitari e sociali – è stata affidata alle 98 municipalità, che sono responsabili dell'erogazione e della qualità dei servizi di Housing sociale e di LTC, della prevenzione primaria e dei servizi per anziani e per le dipendenze. Definiscono i criteri di eleggibilità a ricevere servizi, acquistano servizi dagli erogatori privati e mantengono la responsabilità per le attività riabilitative di comunità. Le municipalità hanno una notevole autonomia, anche nella definizione dei modelli di valutazione e dei percorsi di presa in carico. Ne consegue una notevole variabilità nelle applicazioni locali; come sottolinea la Commissione europea, questo porta

a “98 versioni municipali del sistema Danese di LTC” (European Commission, 2018). Questo aspetto specifico del sistema danese, sia culturale che organizzativo, rappresenta in realtà uno dei punti di forza del sistema, che vuole essere orientato alla persona e non alla malattia. Sostiene infatti una specifica attenzione alla variabilità dei bisogni e alla prossimità necessaria per costruire progetti di supporto efficaci e altamente personalizzabili.

I servizi di LTC: la domiciliarità

Nel loro complesso i servizi di LTC sono articolati in 5 ambiti di intervento, in gran parte componibili o sovrapponibili fra loro (Tabella 1).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Interventi preventivi2. Riabilitazione di comunità e <i>Reablement</i>3. Aiuto domiciliare4. Case e servizi residenziali per gli anziani5. Altre misure: assistenza personale, supporto economico, cibi e consegne a domicilio |
|---|

Tabella 1 – I cinque ambiti di intervento del sistema di LTC danese

I servizi di sostegno domiciliare sono erogati in base ai bisogni delle persone, indipendentemente da reddito, età, salute e situazione abitativa. Non sono previste soglie o livelli minimi di dipendenza per ottenere servizi e benefici economici. Anche la presenza di uno o più familiari conviventi non rappresenta un criterio per limitare la possibilità di ricevere servizi (European Commission, 2019). Le visite preventive sono offerte a tutte le persone che hanno compiuto 75 anni e diventano annuali dopo gli 80 anni. La valutazione prende in considerazione la funzionalità della persona, i suoi bisogni medici, assistenziali e psicologici, le risorse sociali su cui può contare e le possibili aree di rischio o criticità nella vita quotidiana (Schulz, 2010). I servizi di aiuto domiciliare comprendono: cure personali (aiuto nelle attività di base della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, alzarsi da letto, mangiare); aiuto domestico (pulizia della casa, spesa, lavanderia) oltre a consegne e pasti a domicilio. I servizi sono integrabili fra loro e con quelli di tipo sanitario (cure primarie, assistenza infermieristica, riabilitazione, cure palliative) e sono di intensità graduabile fino a livelli di intensità anche molto elevata. Ad esempio, è prevista la possibilità di avere un operatore a disposizione per l'intera giornata per un massimo di sei mesi o giorno e notte per periodi più brevi. Gli interventi di riabilitazione sono gratuiti e accessibili sia attraverso gli ospedali che i Comuni; questi garantiscono interventi di addestramento sia a domicilio che nei centri di riabilitazione. Per l'erogazione degli interventi riabilitativi, sono obbligatori accordi formalizzati fra Regioni e Comuni per assicurare la necessaria cooperazione.

I medici di cure primarie regolano l'accesso ai servizi sanitari. La continuità di cura è invece garantita dal governo delle municipalità, i cui servizi sono accessibili telefonicamente 24 ore su 24, mentre un case-manager (più spesso un operatore sociale o un infermiere) accompagna il processo e governa tutti gli interventi necessari. Gli interventi legati a limitazioni permanenti sono gratuiti. Quelli di durata temporanea, ad esempio dopo un evento acuto o un ricovero ospedaliero, possono essere soggetti a una compartecipazione economica al di sopra di un certo livello di reddito della persona (18.000 euro per persone sole e 25.000 euro per le coppie). Anche la consegna a domicilio dei pasti prevede una tariffa mensile con un limite massimo (7 euro nel 2016). I familiari e altri caregiver

informali partecipano al processo di valutazione dei bisogni. Se la municipalità non è in grado di erogare i servizi necessari, le persone possono acquistare servizi privati che saranno rimborsati. Ogni municipalità deve proporre agli utenti la possibilità di scegliere fra almeno due erogatori diversi, uno dei quali può essere pubblico. Nel 2016 il 36% degli utenti ha scelto un erogatore privato (Denmark Statistik, 2018). Oltre a questi servizi, vanno considerati anche:

- **Reablement:** interventi riabilitativi orientati a riguadagnare il più possibile l'indipendenza funzionale

compromessa da un periodo di malattia, un ricovero ospedaliero o altri motivi di decadimento delle autonomie (WHO, 2019). Gli obiettivi da raggiungere sono condivisi con la persona e i suoi caregiver. I programmi sono intensivi e di durata limitata a 4-12 settimane, multidisciplinari e integrati fra i servizi sanitari e sociali.

- **Sussidi e interventi economici:** destinati alle persone con basse entrate o che debbano sostenere costi che oltrepassino le proprie possibilità (affitto, pasti, costi vivi delle abitazioni, farmaci e spese sanitarie,

trasporti). Questi sussidi sono indipendenti dal luogo in cui la persona vive e possono essere garantiti anche agli anziani che si sono trasferiti in una delle forme di abitazione di vita assistita, fra cui le stesse NH.

Sono previsti anche interventi di supporto tecnico o economico alla sistemazione o adattamento dell'abitazione originaria o di quella di nuovo ingresso (sistemazione degli accessi, ascensori, sollevatori). Altri contributi sono previsti per tecnologia, auto e mezzi di trasporto, sistemi di allarme interni o esterni all'abitazione, monitoraggio del movimento della persona o sistemi di controllo o blocco delle porte.

Il supporto ai familiari

L'esperienza del lavoro di cura da parte di conviventi, familiari e altri caregiver informali è meno onerosa che nel resto d'Europa (OECD, 2011), grazie anche alla specifica tutela della riconciliazione vita-lavoro. Nel modello danese, il lavoro di cura non remunerato di familiari o altri caregiver viene considerato una facoltà, non un obbligo né un limite per ottenere servizi. Sono previsti interventi di addestramento, educazione, gruppi di auto- e mutuo-aiuto e una notevole attenzione al supporto e sollievo ai familiari che garantiscono cure ad anziani fragili o vulnerabili. Gli interventi di sollievo possono prevedere anche l'accoglienza temporanea dell'anziano in una struttura residenziale o interventi domiciliari specifici, in presenza di particolari e temporanee necessità, ad esempio dopo una dimissione ospedaliera. Programmi speciali (counselling, formazione, centri diurni con funzioni di sollievo) sono riservati alle persone con demenza.

Già dagli anni '50 è stata inoltre favorita la partecipazione delle donne al mercato del lavoro e una misura specifica è stata quella di trasformare il lavoro di cura familiare non retribuito in lavoro riconosciuto e remunerato (WHO, 2019). Gli anziani possono proporre che gli interventi di cui necessitano siano svolti non da un erogatore pubblico o privato, ma da una persona specifica (un familiare, conoscente o persona di fiducia), che dovrà essere approvato dalla municipalità. Le persone selezionate possono essere registrate dal Comune come caregiver di un familiare stretto. Il caregiver deve dimostrare di poter garantire le cure necessarie, di non essere in età pensionabile e che esiste un accordo con il beneficiario delle cure. Una volta registrato, il caregiver viene assunto dal Comune per un tempo massimo di sei mesi, con una retribuzione calcolata in base al reddito personale, oppure può essere compensato per i mancati guadagni legati alla cura di un familiare in condizioni terminali. Sarà quindi definito un vero e proprio contratto remunerato, che vede la municipalità come datore di lavoro.

Fra abitare e RSA

In presenza di bisogni specifici, gli anziani danesi possono scegliere di utilizzare una notevole varietà di sistemazioni abitative alternative, differenti per il grado di protezione sociale o di intensità delle

cure che possono essere garantite. Va sottolineato come la Danimarca sia stata uno dei primi Paesi a perseguire politiche attive di deistituzionalizzazione, impedendo fra il 1984 e il 1988 la costruzione o attivazione delle NH più tradizionali. Spesso questa scelta viene confusa con quella della chiusura della RSA. Questa affermazione non risponde al vero. La Danimarca ha più semplicemente abbandonato il modello delle grandi istituzioni con più letti per camera e soluzioni architettoniche e organizzative standardizzate, totalizzanti e di tipo ospedaliero. Le NH in Danimarca esistono ancora ma hanno dovuto ispirarsi al modello costruttivo abitativo. Così, al termine del primo ciclo di riforme, i posti letto in NH a impostazione ospedaliera e tradizionale sono stati ridotti da 36.500 a 8.800, ma i posti complessivi in strutture abitative e residenziali sono aumentati da 64.000 a 82.000 (Nordic Social Statistic Committee, 2017). Il sistema di welfare ha quindi uno dei suoi pilastri nell'ampia diffusione di soluzioni abitative adatte o adattabili alla vecchiaia, ben localizzate e ben integrate nel tessuto urbano e con la rete dei servizi di comunità. Tutte appartengono al sistema di Housing sociale, sostenuto da investimenti economici o normativi pubblici e per lo più gestite da attori non profit. La normativa distingue fra la componente abitativa della sistemazione e quella organizzativa collegata alle funzioni di servizio necessarie a sostenere i bisogni delle persone.

Nella maggior parte dei casi la residenza consiste in un condominio con appartamenti da uno o due locali

con servizi (bagno, cucina). Solo nelle poche strutture derivate dalla riconversione delle precedenti NH, la

sistemazione avviene in una camera con bagno ad uso personale e con cucina condivisa con gli altri residenti. In ogni caso, il residente può esercitare la propria autonomia nella vita personale come se vivesse nella propria casa. Le strutture destinate ad anziani con disabilità o limitazioni delle funzioni quotidiane devono essere integrate da aree di servizio e sistemi di chiamata e di pronta assistenza. Le aree di servizio sono attive 24 ore su 24 ed hanno uno staff professionale dedicato o condiviso con altri servizi. Anche per questo motivo, molti complessi sono realizzati in prossimità di centri sociali o diurni o di altri erogatori di servizi professionali. Le persone accedono a tutte le strutture in virtù di un contratto assimilabile a un normale contratto di affitto e mantengono il diritto a eventuali trattamenti pensionistici o integrativi

e possono ricevere i contributi economici previsti per il sostegno all'abitare. Oltre all'affitto, pagano direttamente le tariffe per riscaldamento, utenze, cibo, lavanderia e altre eventuali necessità personali. Gli staff professionali dipendono e sono finanziati dalla municipalità. I servizi sanitari sono gratuiti e i loro costi non rientrano in quelli previsti dal contratto di affitto. Nelle strutture non è mai prevista un'assistenza medica, che resta a capo dei medici di cure primarie. Nel complesso, la maggior parte delle équipes di LTC municipali – che possono avere base anche negli ospedali – opera in modo integrato con i medici di cure primarie e gli infermieri di comunità, anche per ridurre la necessità o la durata delle degenze ospedaliere.

In questo modo, il confine fra le normali strutture abitative e quelle di residenzialità a maggiore protezione

è molto sfumato.

Conclusioni

La pandemia ha almeno insegnato qualcosa. Un sistema fondato sugli ospedali garantisce alcune risposte, anche di alta qualità; può però crollare come un castello di carta di fronte a numeri o interventi non previsti. Una comunità sana, coesa e solidale sa invece organizzarsi e rispondere bene anche alle catastrofi naturali: epidemie, terremoti, alluvioni. A volte, sa anche prevenirle o ridurne le conseguenze. La vecchiaia non è una epidemia, né una malattia; è una normale età della vita che impone però attenzioni specifiche. In questo senso, anche la Danimarca ha subito le conseguenze della pandemia; i cittadini hanno sofferto, ma il sistema ha tenuto. Era un sistema centrato sui Comuni, sul territorio e sull'abitare, dove anche ospedali e servizi sanitari hanno potuto svolgere

meglio e in modo più efficace il loro lavoro specifico. È possibile trarre ispirazione dalle loro soluzioni? Certamente sì. In Italia è tempo di avviare riforme sostanziali del sistema, che facciano tesoro degli errori passati e dell'esperienza di tutti. Il confronto con la Danimarca deve necessariamente partire dai numeri; quelli relativi all'offerta di servizi sono impietosi ma salutari. Insegnano

almeno che i bisogni vanno quantificati, seguiti nel tempo e devono guidare la programmazione delle risposte. Queste in Danimarca si basano su tre pilastri: supporto domiciliare, supporto abitativo, supporto alle famiglie. Sono reciprocamente sussidiari, integrati e sostenuti da un solido modello di governo, ampiamente decentralizzato e completamente affidato alle Municipalità.

Offerta e governo sono a guida sociale, ma ben collegati alle risposte sanitarie ospedaliere, specialistiche e di cure primarie, con beneficio di tutti. L'insieme funziona meglio del particolare e i risultati sono evidenti, grazie anche alla originale ripartizione delle risorse economiche rispetto alla media europea e italiana. Di conseguenza, il carico fiscale è elevato ma i cittadini non se ne lamentano più di tanto, per la qualità e puntualità dei servizi che ricevono in cambio. Problemi e preoccupazioni esistono anche in Danimarca – l'invecchiamento della popolazione dovrà essere affrontato anche da loro con riforme e correttivi –, ma i fondamentali del sistema sono solidi e saranno certamente in grado di governarli.

Come concludere? Sarebbe interessante leggere un PNRR che utilizzi una lingua originale, diversa da quella di altri piani e programmi precedenti. Un po' di danese?

Bibliografia

European Commission (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. Denmark. Brussels: European Commission.

European Commission (2018). *Informal care in Europe: exploring formalization, availability and quality*. Brussels: European Commission.

European Commission (2019). *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability, Country document, 2019 update*. Brussels: European Commission.

European Network of Economic Policy Research Institutes (2010). *ANCIEN. Assessing needs of care in European nations. The Long-Term Care system for the elderly in Denmark*. s.l: ENEPRI Research Project.

European Parliament (1996). *National Experience. Housing policy in the EU member States*. Disponibile da: https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/w14/text2_en.htm (u.a. 8/11/2022).

European Parliament. National Experience. Housing policy in the EU member States. Disponibile da: https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/w14/text2_en.htm (u.a. 8/11/2022).

ISTAT (2021). *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020*, ISTAT, 5 marzo 2021.

Network Non Autosufficienza (NNA) (2021). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Sant'Arcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.*

Nordic Social Statistic Committee (2017). *Social protection in the Nordic countries: scope, expenditure and financing 2015/2016*. Copenhagen: Nordic Social Statistics Committee.

OECD (2011). *Help wanted? Providing and paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2018). *Health at a glance: Europe 2018*. Paris: OECD.

OECD (2021). *OECD Better Life Index*. Disponibile da: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/it/countries/denmark-it/> (u.a. 7/11/2022).

Pasquinelli, S. e Pozzoli, F. (2021). *Badanti dopo la pandemia. Vent'anni di lavoro di cura in Italia*, Quaderno WP3 del progetto "Time to care", Milano, 2021.

Predazzi M. (2013). *Arco di vita e habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali*. Milano: Fondazione Housing Sociale.

Predazzi, M. (2002). *La cultura dell'arco di vita*. In A. Guerci (a cura di), *Living and curing old age in the world*. Genova: Erga.

Statistics Denmark (2019). *Denmark in figures 2019*. Copenhagen: Statistics Denmark.

Statistics Denmark. [Online] 2019. Disponibile da: <https://www.dst.dk/en> (u.a. 10/11/2022).

The Economist (2013). *Northern Lights. The Nordic countries are reinventing their model of capitalism, says Adrian Wooldridge*. "The Economist", Special report, Jan 31st, 2013 edition, 31 January 2013.

WHO (2019). *Denmark: Country case study on the integrated delivery of long-term care*. Copenhagen: World Health Organization. Regional office for Europe series on integrated delivery of long-term care.